Die kumulative Habilitation gliedert sich in fünf Bände, die hier zu einer pdf zusammengeführt sind. Die Seitenzahlen beginnen jeweils pro Band erneut.

Zitationsempfehlung für ein Zitieren aus dieser Zusammenfassung: „Rosemarie Tüpker: Musiktherapie in Praxis, Forschung und Lehre. Schriften zur Habilitation, Dortmund 2005. Dann Band, Artikeltitel und Seitenzahl."

BAND 1

BEITRÄGE ZUR PSYCHOLOGIE DER MUSIK

1.1 **Musik – eine Zaubermacht? Kritische Untersuchung zur Bedeutung der Musik im Märchen** **5**
Musiktherapeutische Umschau Band 20/3, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1999, 23-248

1.2 **Zum Musikbegriff der musiktherapeutischen Improvisation** **21**
In: Einblicke, Heft 12, 2001, 44-69

1.3 **Wo ist die Musik, wenn wir sie nicht hören?** **43**
In: Oberhoff, B. (Hg.): Das Unbewusste in der Musik. Psychosozial-Verlag, Gießen 2002, 75-102

1.4 **Selbstpsychologie und Musiktherapie** **64**
In: Oberhoff, B. (Hg.): Die Musik als Geliebte. Psychosozial-Verlag, Gießen 2003, 99-138

1.5 **Musikhören als Gestalt** **95**
Zur Veröffentlichung angenommen in: Frohne-Hagemann (Hg.): Theorie und Praxis der Rezeptiven Musiktherapie, L. Reichert Verlag, Wiesbaden 2004

BAND 2

BEITRÄGE ZUR THEORIE UND PRAXEOLOGIE DER MUSIKTHERAPIE

2.1 **Musiktherapie in der Psychosomatik** **5**
In: Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift, Heft 10/1990, Kohlhammer, Stuttgart 1990, 730-733

2.2 **Vergewaltigung und sexueller Mißbrauch. Kein Thema für die Musiktherapie?** **11**
In: Einblicke, Heft 2, Deutscher Berufsverband der Musiktherapeuten, Berlin 1990, 52-66

2.3 **Musik und Sprache als Mittel in psychologischer Behandlung und Forschung** **25**
In: Spielen und Sprechen in der Musiktherapie. Materialien zur Musiktherapie und Morphologie, Heft 5, IMM, Zwesten 1992, 7-44

2.4 **Zur Bedeutung künstlerischer Formenbildung in der Musiktherapie** **48**
In: Spiele der Seele. Hrsg.: H.-H. Decker-Voigt, Trialog-Verlag, Bremen 1992, 121-144

2.5 **Musiktherapie: Hören und Verstehen** **66**
In: Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Hrsg.: Petersen/Fevers-Schorre/ Schwerdtfeger. Springer, Berlin/ Heidelberg/New York 1993, 105-112

2.6 **Blickpunkt Musiktherapie: Tötungsphantasien heute und 'Euthanasie' im 'Dritten Reich'** **75**
In: Vor 50 Jahren … Gedenkveranstaltungen der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster zum 8. Mai 1945. Hrsg.: Ruth-Elisabeth Mohrmann, LIT Verlag, Münster 1996, 101-119

2.7 **Nichts ist ohne Grund. Musiktherapie bei funktionellen Störungen** **89**
In: Tüpker, R. (Hg) Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis LIT Verlag, Münster 1996, 8-37

2.8 **Musiktherapie als Erweiterung des Behandlungsangebotes oder:** **111**
Warum braucht die Psychiatrie die Kunst?
In: ′therapie kreativ′. Zeitschrift für kreative Sozial- und Psychotherapie, Heft 21. Affenkönig-Verlag, Neukirchen-Vluyn 1998, 3-23

2.9 **Morphologisch orientierte Musiktherapie** **127**
In: Schulen der Musiktherapie. Hrsg. Hans-Helmut Decker-Voigt, Ernst Reinhard Verlag, München/Basel 2001, 55-77

2.10 **Musik bis ins hohe Alter** **146**
In: Musik bis ins hohe Alter. Fortführung, Neubeginn, Therapie (Hg. mit Hans Hermann Wickel), LIT Verlag, Münster 2001, 6-19

2.11 **Musiktherapeutische Konzepte mit alten Menschen** **156**
In: Musik bis ins hohe Alter. Fortführung, Neubeginn, Therapie (Hg. mit Hans Hermann Wickel), LIT Verlag, Münster 2001, 87-142

2.12 **Einigung in Differenz. Zum Behandlungsauftrag der Musiktherapie** **194**
In Einblicke, Heft 14, Berlin 2003, 124-140

BAND 3

BEITRÄGE ZU FORSCHUNGSMETHODIK UND WISSENSCHAFTSTHEORIE

3.1 **Wissenschaftlichkeit in kunsttherapeutischer Forschung** **5**
In: Musiktherapeutische Umschau 1990 Band 11/1 Bochinsky Verlag, 11-20. Sowie mit dem Titel „Auf der Suche nach angemessenen Formen wissenschaftlichen Vorgehens in kunsttherapeutischer Forschung“ in: Ansätze kunsttherapeutischer Forschung. Hrsg. P. Petersen, Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg/New York 1990, 71-86 (Neuauflage in Petersen 2002)

3.2 **Leitfaden zur Protokollierung musiktherapeutischer Behandlungen** **18**
In: Einblicke, Heft 4, Deutscher Berufsverband der Musiktherapeuten, Berlin 1993, 43-67

3.3 **Forschen oder Heilen. Kritische Betrachtungen zum herrschenden Forschungsparadigma** **50**
In: Peter Petersen (Hg.): Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Mayer Verlag, Stuttgart 2002, 34-72

3.4 **Morphological Research** (mit Eckhard Weymann) **79**
Zur Veröffentlichung vorgesehen in: Barbara Wheeler: Music Therapy Research, 2 nd edition

BAND 4

BEITRÄGE ZUR LEHRE

4.1 **Supervision im Erleben von Studierenden der Musiktherapie** **5**
In: Einblicke, Heft 7, Deutscher Berufsverband der Musiktherapeuten, Berlin 1996, 53-80

4.2 **Supervision als Unterrichtsfach in der musiktherapeutischen Ausbildung** **33**
In: Musiktherapeutische Umschau 3-4/Band 17, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen/ Zürich 1996, 242-251

4.3 **Reflexion seelischer Verhältnisse in der musikalischen Improvisation** **41**
In: Wege zur musiktherapeutischen Improvisation. (Hrsg. mit Martin Lenz), LIT Verlag, Münster 1998, 135-203

4.4 **Lehrmusiktherapie im veränderten Berufsfeld** **87**
In: Musiktherapeutische Umschau 2/Band 20, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen/Zürich 1999, 114-122

BAND 5

LEXIKONARTIKEL

5.1 **„Musiktherapie“** (mit Manfred Kühn) **5**
In: Bühring/Kemper (Hg.): Naturheilverfahren und unkonventionelle medizinische Richtungen. Loseblattsammlung 9, 1-20, Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg/New-York, 1997

5.2 In: Decker-Voigt (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen 1996, zu den Stichworten
"Leiden-Können" (ebd. S. 194-197) **18**
"Methodisch-Werden" (ebd. S. 217-220) **20**
"Anders-Werden" (ebd. S. 13-15) **22**
"Bewerkstelligen" (ebd. S. 65-67) **24**

5.3 **"Forschungsmethodik"** (ebd. S. 102-104) **27**

5.4 **"Sexueller Mißbrauch"** (ebd. S. 336-339) **30**

Rosemarie Tüpker

Musiktherapie in Praxis, Forschung und Lehre

Schriften zur Habilitation
Dortmund 2005

BAND 1 **BEITRÄGE ZUR PSYCHOLOGIE DER MUSIK**

BAND 2 BEITRÄGE ZUR THEORIE UND PRAXEOLOGIE DER MUSIKTHERAPIE

BAND 3 BEITRÄGE ZU FORSCHUNGSMETHODIK UND WISSENSCHAFTSTHEORIE

BAND 4 BEITRÄGE ZUR LEHRE

BAND 5 LEXIKONARTIKEL

INHALTSVERZEICHNIS

BAND 1

BEITRÄGE ZUR PSYCHOLOGIE DER MUSIK

1.1 **Musik – eine Zaubermacht? Kritische Untersuchung zur Bedeutung der Musik im Märchen** **5**
Musiktherapeutische Umschau Band 20/3, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1999, 23-248

1.2 **Zum Musikbegriff der musiktherapeutischen Improvisation** **21**
In: Einblicke, Heft 12, 2001, 44-69

1.3 **Wo ist die Musik, wenn wir sie nicht hören?** **43**
In: Oberhoff, B. (Hg.): Das Unbewusste in der Musik. Psychosozial-Verlag, Gießen 2002, 75-102

1.4 **Selbstpsychologie und Musiktherapie** **64**
In: Oberhoff, B. (Hg.): Die Musik als Geliebte. Psychosozial-Verlag, Gießen 2003, 99-138

1.5 **Musikhören als Gestalt** **95**
Zur Veröffentlichung angenommen in: Frohne-Hagemann (Hg.): Theorie und Praxis der Rezeptiven Musiktherapie, L. Reichert Verlag, Wiesbaden 2004

BAND 2

BEITRÄGE ZUR THEORIE UND PRAXEOLOGIE DER MUSIKTHERAPIE

2.1 **Musiktherapie in der Psychosomatik** **5**
In: Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift, Heft 10/1990, Kohlhammer, Stuttgart 1990, 730-733

2.2 **Vergewaltigung und sexueller Mißbrauch. Kein Thema für die Musiktherapie?** **11**
In: Einblicke, Heft 2, Deutscher Berufsverband der Musiktherapeuten, Berlin 1990, 52-66

2.3 **Musik und Sprache als Mittel in psychologischer Behandlung und Forschung** **25**
In: Spielen und Sprechen in der Musiktherapie. Materialien zur Musiktherapie und Morphologie, Heft 5, IMM, Zwesten 1992, 7-44

2.4 **Zur Bedeutung künstlerischer Formenbildung in der Musiktherapie** **48**
In: Spiele der Seele. Hrsg.: H.-H. Decker-Voigt, Trialog-Verlag, Bremen 1992, 121-144

2.5 **Musiktherapie: Hören und Verstehen** **66**
In: Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Hrsg.: Petersen/Fevers-Schorre/ Schwerdtfeger. Springer, Berlin/ Heidelberg/New York 1993, 105-112

2.6 **Blickpunkt Musiktherapie: Tötungsphantasien heute und 'Euthanasie' im 'Dritten Reich'** **75**
In: Vor 50 Jahren … Gedenkveranstaltungen der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster zum 8. Mai 1945. Hrsg.: Ruth-Elisabeth Mohrmann, LIT Verlag, Münster 1996, 101-119

2.7 **Nichts ist ohne Grund. Musiktherapie bei funktionellen Störungen** **89**
In: Tüpker, R. (Hg) Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis LIT Verlag, Münster 1996, 8-37

2.8 **Musiktherapie als Erweiterung des Behandlungsangebotes oder: Warum braucht die Psychiatrie die Kunst?** **111**
In: ′therapie kreativ′. Zeitschrift für kreative Sozial- und Psychotherapie, Heft 21. Affenkönig-Verlag, Neukirchen-Vluyn 1998, 3-23

2.9 **Morphologisch orientierte Musiktherapie** **127**
In: Schulen der Musiktherapie. Hrsg. Hans-Helmut Decker-Voigt, Ernst Reinhard Verlag, München/Basel 2001, 55-77

2.10 **Musik bis ins hohe Alter** **146**
In: Musik bis ins hohe Alter. Fortführung, Neubeginn, Therapie (Hg. mit Hans Hermann Wickel), LIT Verlag, Münster 2001, 6-19

2.11 **Musiktherapeutische Konzepte mit alten Menschen** **156**
In: Musik bis ins hohe Alter. Fortführung, Neubeginn, Therapie (Hg. mit Hans Hermann Wickel), LIT Verlag, Münster 2001, 87-142

2.12 **Einigung in Differenz. Zum Behandlungsauftrag der Musiktherapie** **194**
In Einblicke, Heft 14, Berlin 2003, 124-140

BAND 3

BEITRÄGE ZU FORSCHUNGSMETHODIK UND WISSENSCHAFTSTHEORIE

3.1 **Wissenschaftlichkeit in kunsttherapeutischer Forschung** **5**
In: Musiktherapeutische Umschau 1990 Band 11/1 Bochinsky Verlag, 11-20. Sowie mit dem Titel „Auf der Suche nach angemessenen Formen wissenschaftlichen Vorgehens in kunsttherapeutischer Forschung“ in: Ansätze kunsttherapeutischer Forschung. Hrsg. P. Petersen, Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg/New York 1990, 71-86 (Neuauflage in Petersen 2002)

3.2 **Leitfaden zur Protokollierung musiktherapeutischer Behandlungen** **18**
In: Einblicke, Heft 4, Deutscher Berufsverband der Musiktherapeuten, Berlin 1993, 43-67

3.3 **Forschen oder Heilen. Kritische Betrachtungen zum herrschenden Forschungsparadigma** **50**
In: Peter Petersen (Hg.): Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Mayer Verlag, Stuttgart 2002, 34-72

3.4 **Morphological Research** (mit Eckhard Weymann) **79**
Zur Veröffentlichung vorgesehen in: Barbara Wheeler: Music Therapy Research, 2 nd edition

BAND 4

BEITRÄGE ZUR LEHRE

4.1 **Supervision im Erleben von Studierenden der Musiktherapie** **5**
In: Einblicke, Heft 7, Deutscher Berufsverband der Musiktherapeuten, Berlin 1996, 53-80

4.2 **Supervision als Unterrichtsfach in der musiktherapeutischen Ausbildung** **33**
In: Musiktherapeutische Umschau 3-4/Band 17, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen/ Zürich 1996, 242-251

4.3 **Reflexion seelischer Verhältnisse in der musikalischen Improvisation** **41**
In: Wege zur musiktherapeutischen Improvisation. (Hrsg. mit Martin Lenz), LIT Verlag, Münster 1998, 135-203

4.4 **Lehrmusiktherapie im veränderten Berufsfeld** **87**
In: Musiktherapeutische Umschau 2/Band 20, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen/Zürich 1999, 114-122

BAND 5

LEXIKONARTIKEL

5.1 **„Musiktherapie“** (mit Manfred Kühn) **5**
In: Bühring/Kemper (Hg.): Naturheilverfahren und unkonventionelle medizinische Richtungen. Loseblattsammlung 9, 1-20, Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg/New-York, 1997

5.2 In: Decker-Voigt (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen 1996, zu den Stichworten
"Leiden-Können" (ebd. S. 194-197) **18**
"Methodisch-Werden" (ebd. S. 217-220) **20**
"Anders-Werden" (ebd. S. 13-15) **22**
"Bewerkstelligen" (ebd. S. 65-67) **24**

5.3 **"Forschungsmethodik"** (ebd. S. 102-104) **27**

5.4 **"Sexueller Mißbrauch"** (ebd. S. 336-339) **30**

BAND

1

BEITRÄGE ZUR PSYCHOLOGIE DER MUSIK

ZEITSCHRITEN-ARTIKEL

1.1

Musik – eine Zaubermacht?

Kritische Untersuchung zur Bedeutung der Musik im Märchen[1]

Music' s Magical Powers?

A Critical Analysis of the Significance of Music in Fairy-tales

Zusammenfassung Anhand von 66 europäischen Märchen wird die Frage nach dem Musikbegriff der Märchen auf der äußeren Erzählebene wie auf der psychologischen Ebene untersucht. Als durchgängig zeigt sich, daß uns Musik in den Märchen insgesamt als etwas Verbindendes begegnet. Im einzelnen werden vier Typen herausgearbeitet, in denen Musik dargestellt wird als Bewegende, als Zeugin, als Verbindende zwischen zwei Welten und als das Begehrte. Musik als Heilmittel im Sinne einer direkt wirksamen Wundermedizin konnte in den untersuchten Märchen hingegen kaum gefunden werden.

Summary Based on a study of 66 European fairy tales the question of their musical concept is gone into on both the external story-telling and the psychology levels. It was possible to prove in general that music in fairy-tales has a connecting type of function. On a more detailed plane, four categories were developed, in which music was found to be representable as something moving, as a witness, as a link between two worlds and as an object of desire. However, the role of music as an effective medical remedy was hardly evident in the fairy-tales examined.

Keywords Fairy-tales, concept of music, psychological function of music

---

[1] In: Musiktherapeutische Umschau 3/Band 20, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen/Zürich 1999, 231-248

Musik alleine genügt (meist) nicht

„Musik ist eine göttliche Kunst, und ihre Ausübung gehört zu den Kulturtechniken, die den Menschen von den Göttern verliehen wurden. Viele Märchen erzählen von dieser übernatürlichen Herkunft der Musik und ihrer damit verbundenen magischen Kraft, die Zauber zu lösen und böse Mächte zu bannen vermag.“ Diese Sätze finden sich im Kommentar des Herausgebers einer Sammlung von „Musikmärchen“ (1, S. 159ff), die in der Reihe „Märchen der Welt“ erschienen ist. Und geben sie nicht auch das wieder, was wir von der Verbindung „Musik, (Mythen), Märchen“ glauben erwarten zu dürfen: als Reservat einer vergangenen – besseren – Welt, von der wir uns nur zu gerne erzählen lassen, daß sie in uns allen verborgen und noch wirksam sei? Können wir uns als MusiktherapeutInnen mit Hilfe der Märchen vielleicht auf dieses alte Wissen um die „wohltätige Wirkung und die Macht der Musik“ berufen?

In diesem Band sind – laut Einleitung – europäische Märchen zusammengestellt, in denen die Musik ein „konstituierendes Element“ ist, also nicht nur nebenbei vorkommt, sondern „als »Movens« eine für die Handlung wesentliche Rolle spielt“. Schon auf dieser Ebene sieht sich allerdings der Leser des Bändchens mit einer verblüffend anmutenden Differenz konfrontiert, denn bestenfalls für gut ein Drittel der insgesamt 29 aufgeführten Märchen ist diese Aussage einigermaßen haltbar. In den übrigen zwei Dritteln finden sich z.B. Märchen, in denen die Hauptperson zwar Musiker von Beruf ist, die Musik aber ansonsten kaum eine Rolle spielt; in denen ein – eigentlich nur ironisch als Musik bezeichnetes – Krachmachen zum Verschrecken dient (Die Bremer Stadtmusikanten), oder in denen Musik zu spielen zwar kurz weiterhilft, aber offensichtlich bei weitem nicht ausreicht, um das Glück zu erlangen:

Denn dazu muß man auch noch furchterregende Nächte durchstehen, drei Jungfrauen erlösen, ein Schloß mit großen Reichtümern erwerben, mit Hilfe von drei Superman-Gestalten die Schulden des Königshauses eintreiben und mit einer merkwürdigen Jagdtechnik drei Rehe fangen (Der Geiger und seine drei Gesellen). Oder man muß auch töten können (Das Zauberspiel der Geige), drei Teufel austricksen und sich deren Macht aneignen (Der Prinz mit der Flöte), seine Frau gut behandeln (Der Maultrommelspieler). Oder man braucht neben einer Drehorgel (in der Funktion eines Trojanischen Pferdes) auch ein Schiff, das zu Lande und zu Wasser fahren kann (Der Königssohn in der Drehorgel).

In vielen Märchen sind es, neben den musikalischen Künsten – und zumeist mehr noch – die (märchen)üblichen Eigenschaften, die man zum Weiterkommen braucht: Beherztheit, Unerschrockenheit, Treue, Klugheit, Mildtätigkeit oder auch Raffinesse, ein gehöriges Stück Bösartigkeit oder einfach Glück und den Beistand hilfreicher Geister.

Bedeutsam für die Frage nach der Musik ist dabei die Tatsache, daß man diese Eigenschaften meist nicht durch die Ausübung oder das Hören von Musik erwerben oder steigern kann.

Einige Märchen scheinen gar die Idealisierung der „Musik als Gottesgabe“ selbst zu verspotten, wenn etwa von einem Soldaten erzählt wird, der Musik machen beim Teufel in der Hölle erlernt hat (Des Teufels rußiger Bruder) oder wenn uns in „Der musikalische Pope“ eine Figur begegnet, deren „Musikalität“ mit Habgier und gotteslästerlichem Spott gleichgesetzt wird und zu dem Ergebnis führt, daß der Pope und sein Diakon „aus dem geistlichen Stand ausgestoßen“ werden.

Auch in dem rheinländischen Märchen „Die Wundergeige“ wird unsere Erwartung auf die wunderbare Wirkung der Musik herbe enttäuscht: Ein Bäcker inszeniert mit und an seiner Frau einen fingierten Mord und dann ihre ebenso fingierte Wiedererweckung durch das Spiel auf seiner Geige. So zur Wundergeige avanciert, kann er das ihm offensichtlich nicht sehr wichtige Instrument gewinnbringend an seinen Nachbarn verkaufen, der – auf ihre Zauberkraft vertrauend – im Streit mit seiner Frau nun endlich auf die Beherrschung seiner Wut verzichten zu können glaubt, seine Frau totschlägt und sie vergeblich zur Besinnung zu geigen versucht: „je länger er geigte, desto weniger stand sie auf.“

Wie hier ist selbst die irdischere Behauptung, es handele sich beim Musizieren um eine Kulturtechnik, manchmal schwer aufrechtzuerhalten: etwa angesichts eines verstorbenen Dudelsackpfeifers, der posthum mit seinem Pfeifen nacheinander fünfzig Mädchen ermordet, damit der aufgrund seines schlechten Ansehens abgewiesene Sohn doch noch zu einer Frau kommt. (Der alte Dudelsackpfeifer). Als die Erwählte dann immer noch nicht will, läßt er sie drei Mal tödlich erkranken, bis sie endlich einsieht, daß es wohl besser ist, bei dem ungeliebten Mann zu bleiben. Was, fragt man sich verwundert, soll die „Botschaft“ dieses Märchens über die Musik sein? Etwa: Schlage einem Musiker nichts ab, sonst wird seine Musik mörderisch, seine Rache grenzenlos?

Folgen wir beim Lesen der „Musikmärchen“ der Aussage, daß sie etwas davon wiedergeben, was „die Völker schon in der Frühzeit“ als das „Wesen und die Wirkung der Musik auf Menschen und Tiere … empfunden haben“ (1, S. 3), so finden wir uns mit einer Sichtweise unserer Altvorderen konfrontiert, die sich nicht sonderlich zur Idealisierung von Musik eignet, dafür aber einen teilweise erfrischenden Realismus aufweist, und dann auch einige psychologisch interessante und unerwartete Hinweise zum Musikverständnis gibt. Die Erfahrung mit den hier skizzierten Differenzen führte mich zu der Fragestellung: Was sagen die europäischen Volks- und Zaubermärchen tatsächlich über die Musik aus, über die Auffassung des märchenerzählenden „Volkes“ von der Musik und den Musikern?

Zur Untersuchung dieser Fragestellung wurden über die genannte Sammlung hinaus weitere 37 Märchen hinzugezogen, so daß insgesamt 66 Märchen untersucht wurden. Dabei wurde die Eingrenzung Petzoldts auf Märchen im engeren Sinne (also unter Ausschluß von Mythen und Sagen) und den europäischen Erzählraum beibehalten, da auf diese Weise eine Vergleichbarkeit herstellbar war, eine Beliebigkeit oder Überfülle des Materials vermieden werden konnte und die Herausarbeitung von durchgängigen Motiven und ihren Varianten möglich wurde. Trotz dieser Eingrenzungen kann in dem hier gegebenen Rahmen nur ein Teil der Ergebnisse dieser Untersuchung wiedergegeben werden. Eine vollständige Auflistung der untersuchten Märchen (deren Titel im Text jeweils kursiv erscheinen) findet sich am Schluß des Textes. Die jeweilige Nummerierung verweist auf die nachfolgenden Quellenangaben.

Musik und Instrumente jenseits der Höfe

Auf einer auch dem historischen „Außen“ angehörenden Erzählebene geben die Märchen – quasi ergänzend zur Musikgeschichte der Höfe und der Kirchen – Auskunft über die Instrumente, die ‚im Volk‘ gespielt wurde und die Art der Musik, die den Menschen der sozialen Schicht bekannt war, aus der die Märchen kommen. In den 66 untersuchten Märchen finden wir erwähnt:

21 x	Geige, Fiedel
16 x	Flöte, (Rohr-)Pfeife
12 x	Gesang (von Menschen, Tieren, „von irgendwo“, u.a.)
4 x	Dudelsack
1 – 3 x	Drehorgel, Laute, Maultrommel, Harfe, Horn, Trommel, Trompete

Nicht immer sind Herkunft und Herstellung der Musik benannt. Überraschend ist der Gesang im Märchen: Von den zwölf hier untersuchten Märchen, in denen im weitesten Sinne vom Singen oder vom Gesang die Rede ist, bezieht sich dies nur knapp zur Hälfte auf menschlichen Gesang. Bisweilen kommt der Gesang unbestimmt aus einer anderen Welt (z.B. Der Gesang im Schloß), manchmal handelt es sich um den Gesang von Vögeln (Der Gesang des Phönix; Der Mönch und das Vöglein; Von dem Machandelboom), was uns an die bekannte Streitfrage erinnert, ob Vogelgesang Musik sei oder nicht. Im Märchen singen aber auch andere Tiere oder gar ein Baum (Das singende klingende Bäumchen) oder ein Kuchen (Käferchen und der junge König). In dem Zigeunermärchen „Berzebukk“ ist auch das Instrument selbst märchenhaft: Berichtet wird von einem ziemlich gruseligen „Blashorn“ mit 100 echten (!) einzusetzenden Zungen, die zuvor den 100 abgeschlagenen Köpfen des besiegten „einhundertmännerstarken Kämpen“ zu entnehmen sind. In einem erst in neuerer Zeit aufgezeichneten Märchen „Der eifersüchtige Schmied“ hören wir von einer Ultraschallgeige, deren Töne man zwar nicht hört, die aber Gefängnismauern sprengt – und den eisernen Schlüpfer der begehrten Frau.

Im Hinblick auf die Frage nach dem Wesen einzelner Instrumente, welches sich ja anhand des Zusammenhangs von bestimmten Instrumenten mit bestimmten psychologischen Motiven oder Erzähltypen aufzeigen ließe, versagen sich die Märchen derlei Erwartungen: Bei gleichen Motiven tauchen unterschiedliche Instrumente auf, bei gleichen Instrumenten verschiedene Motive. Ein solcher Zusammenhang ist also nicht gegeben. Eher gibt es Hinweise, daß die Märchen eine Austauschbarkeit von Symbolen kennen, der Zusammenhang des Gemeinten sich also weniger aus einzelnen Elementen als vielmehr nur aus dem jeweiligen Gesamtzusammenhang erschließen läßt.

Auskunft über die dem Volk bekannte Musik geben auch zwei auffällig häufig anzutreffende Kombinationen: Musik und Tanz und Musik in Verbindung mit Sprache in Form des Liedes. Während wir die Verbindung von Musik und Text gesondert ansprechen würden, scheint das im Märchen eher umgekehrt erwähnenswert zu sein, so heißt es z.B. von der Sprache der Vögel, diese sei gewesen wie „Musik ohne Worte“. (Der Zaunkönig aus 4) Auch wenn sich historisch die Aufzeichnung der Märchen und die uns bekannte Musik des Barock, der Klassik usw. längere Zeit überschnitten haben, machen uns die Märchen mit diesen Tatsachen darauf aufmerksam, daß das, was wir oft zentral mit Musik meinen, entweder „dem Volk“ soziokulturell gar nicht zugänglich war oder aber zumindest keinen Eingang in die Märchen als weitererzählte Lebenserfahrung gefunden hat. Das gleiche gilt für die gesamte Kirchenmusik, die in den untersuchten Märchen nicht ein einziges Mal Erwähnung findet.

Musik als Beruf – immer schon eine zwiespältige Geschichte

Viele Märchen geben auf dieser äußeren Erzählebene eine nur zu deutliche Auskunft über die sozial schlechte Stellung der Berufsmusiker, sowohl finanziell als auch im Sinne der Wertschätzung. Sie ziehen durch die Lande und spielen auf der Kirmes, bei Tanzfesten und Hochzeiten. Bisweilen gefällt ihre Kunst im Königshaus, ihre Stellung dort ist oft der des Hofnarren vergleichbar. In einigen Märchen ist der Musikerberuf als kennzeichnendes Attribut gleichbedeutend mit der Armut des Helden erwähnt. Bisweilen ist es der scheinbar typische Beruf der Verkrüppelten, Ausgestoßenen oder des Mißachteten.

In dem irländischen Märchen „Eine probate Kur" dient der über dem Bett aufgehängte Dudelsack der Entlarvung eines „Wechselbalgs". Der Dudelsack wird über das Bett des kranken Richard gehängt, wenn man ihn auf demselben wird spielen hören, so kann man sich sicher sein, daß es sich um ein solches – von Zwergen oder anderen bösen Geistern untergeschobenes, häßlich-böses – Kind handelt. (Eine ähnliche Bedeutung hat der Dudelsack in „Der kleine Sackpfeifer".)

Bisweilen scheinen sich die Schuldgefühle gegenüber den so Mißachteten in Rachephantasien zu spiegeln: Dann rächen sich die Musiker mit der Zaubermacht der Musik und lassen ihre Mitmenschen tanzen, bis sie tot umfallen.

Hinsichtlich der Wertschätzung der Musik müssen wir ernüchternd feststellen, daß viele Märchen auch nicht anders klingen als die Mahnungen bürgerlicher Eltern, wenn eines der Kinder Musiker werden will.

Ein schönes Beispiel ist das griechische Märchen „Die Wetten des Flötenspielers", in dem der Beruf des Musikers als der Inbegriff der Faulheit auftaucht und durch die Kunst des Zockens ergänzt wird. (Weil's so schön ist: „Es war einmal ein Faulpelz, dessen Beruf war es, Flöte zu spielen. In seiner großen Faulheit spielte er sie auf der Nase liegend.") Faulheit und Spielsucht erweisen sich hier allerdings als eine durchaus lebenstüchtige Kombination: Durch Zocken gewinnt der Flötist sein zunächst verlorenes Vermögen zurück – geht nach Hause, schlägt seine Frau (die Vertreterin der Moral) tot, setzt sich zur Ruhe „und freut sich seines Lebens".

Ähnlich jenseits aller Idealisierungen schön ist das Märchen „Der Gesang im Schloß":

Drei arme Söhne eines armen Vaters können sich dem Zauber des Gesangs aus einem Schloß – trotz der Warnung ihres steinreichen Arbeitgebers – nicht entziehen, verlieren dadurch einer nach dem anderen die Arbeitsstelle und durch weitere Dummheit auch noch jeweils den zum Trost mitgegebenen Lohn. Der Reihe nach kehren sie arm wie zuvor zu ihrem armen Vater zurück. Aber es scheint hier etwas Besseres zu geben als Reichtum: Sie fangen an, über ihre Dummheit und ihr Schicksal zu lachen, „und wenn sie zu lachen nicht aufgehört haben, lachen sie heute noch fort".

Aber nicht immer sympathisiert das Märchen mit den Dummen, Faulen und Musikliebenden:

„Hondidldo" heißt der jüngste und dümmste von drei Bauernsöhnen, von denen sowieso „der eine dümmer als der andere" war. Er kann mit seiner Fiedelmusik magische Kunststückchen vollbringen: größer und kleiner machen. Damit könnte man ja im Grunde weit kommen, und üblicherweise sind diese Jüngsten und Dümmsten in den Märchen ja durchaus erfolgreich und finden ihr Glück. Musik scheint aber auch hier nicht als förderlich für eine solche Entwicklung angesehen zu werden: Hondidldo erweist sich als so

dumm, daß er alles verliert, zum Schluß auch noch seine Fiedel, worüber er aus Gram verstirbt. Keine „glücklich und zufrieden"-Wendung beschließt das Märchen, sondern eine ernüchternd banale Formel: „De G'schicht is' aus. Dort lauft a Maus. Hot a rot's Rockerl an. Jetzt fongt a andrer zun erzähln an."

Daß die Märchen auch auf der Erzählebene des historischen „Außen" gelesen werden können und müssen, wird m.E. an der deutlich positiveren Einschätzung der Musik und des Musikerseins in den sog. Zigeunermärchen erkennbar sowie auch an der Aufnahme aktueller Realitäten in den späteren Niederschriften dieser Märchen. (Neben der Ultraschallgeige werden z.B. Radio und Fernsehen erwähnt, Sozialarbeiter und die Begebenheit, aufgrund unehelicher Kinder Alimente zahlen müssen.) Auch gehört dieser Ebene an, daß die umherziehenden Musiker in den Märchen immer Männer sind. Frauen können sich zwar, wenn sie ermordet werden, in ein Musikinstrument verwandeln, aber sie spielen fast nie Instrumente:

Nur in zwei der untersuchten Märchen wird erwähnt, daß eine Frau singt und dazu Harfe spielt (Der Königssohn in der Drehorgel; Die singende Besenbindertochter); einmal spielt eine Königin Flöte (die sich aber eigentlich alleine spielt.); einmal ist die schöne Singstimme der (ebenfalls später ermordeten) Protagonistin Zeichen ihrer Schönheit und ihres Gut-Seins (Die singende Geige); einmal singt eine Frau während sie ihren Mann mit dem Pastor betrügt (Das Lied vom alten Hildebrand).

Musik als Bewegende

Daß die äußere Erzählebene und die Ebene der psychologischen Mitteilung an das Unbewußte wiederum nicht gleichzusetzen sind, läßt sich an den beiden Märchen „Des Teufels rußiger Bruder" und „Die ewige Geige" verdeutlichen: Im ersteren, bereits erwähnten, dient ein „abgedankter Soldat", das heißt einer, der weder Geld noch sonstige für das zivile Leben brauchbare Fähigkeiten hat, sieben Jahre dem Teufel in der Hölle. Auf der psycho-logischen Ebene werden Teufel und Hölle hier spürbar als die erfolgreiche Auseinandersetzung mit den eigenen Schattenseiten, deren Integration dann auch zur Lebenstauglichkeit des Helden führt. Obwohl es zuvor gar nicht erzählt wurde, findet sich der Wandlungsprozeß des Protagonisten symbolisiert in der Bemerkung am Schluß des Märchens: Er „ging herum und machte Musik; denn das hatte er beim Teufel in der Hölle gelernt" und in der Tatsache, daß dies zur Wertschätzung durch den König und damit zum Gewinn der jüngsten Königstochter und des Königreiches führt.

Im Gegensatz dazu wird im zweiten Märchen die Geige einem Handwerksburschen für Mildtätigkeit vom zunächst unerkannten Herrgott persönlich geschenkt, verbunden mit der erwünschten Macht, „daß alle Leut tanzen müssen, wann ich geigen tua". Aber das Märchen idealisiert eben gerade nicht: die Gottesgabe wird erst zur Erlangung von Reichtum und Macht gebraucht, dann zum Spaß am ‚Tanzen-lassen-bis-zum-Tod' mißbraucht. Und so steht denn auch das „Ewige" im Titel für den Erhalt des Bösen in der Welt, indem der Protagonist sich geigend dem Galgen zu entziehen weiß. Zugleich finden wir in diesem Märchen ein erstes wiederholt auftauchendes Motiv: Musik als ein Mittel, andere zu bewegen.

Musik als bewegende Kraft finden wir zum einen in der bodenständigsten (und häufigsten) Fassung, daß Musik Menschen zum Tanzen bringt:

„Dieser Spielmann fiedelte so, daß alles tanzen mußte, wenn er aufzuspielen begann. Sogar die Toten erwachten auf ihren Bahren. Lustig tummelten sie sich im Reigen". (Die sechs Faulpelze und Prinzessin Goldhaar)

In der Unwillkürlichkeit, mit der dies stets der Musik allein zugeschrieben wird, scheinen Wille und Subjektivität des Einzelnen außer Kraft gesetzt, so als verspüre nicht erst einer eine Lust zu tanzen, und tue es dann, sondern als fahre die Musik unmittelbar in die Glieder und bewege die Menschen wie intentionslose Marionetten – bis hin zum eigenen Erschöpfungstod. Wie zur Steigerung oder Bestätigung dieser Vorstellung können sich selbst die Tiere und die Toten diesem Bewegt-Werden nicht entziehen. Diese häufig von guten Geistern (oder von Gott s.o., oder vom Teufel, wie in „Die Teufelsflöte") als Belohnung verliehene Gabe wird bisweilen „positiv" genutzt (z.B. zum Reich-Werden), oft aber eben auch ausgesprochen bösartig. (Weitere Beispiele für diesen Typus sind: Der Mönch und der Junge; Der Flötenspieler; Der Liebste Roland.)

Für uns als MusiktherapeutInnen ist in dieser Vorstellung ein Musikbegriff erkennbar, dem wir auch heute mit der vielleicht vergleichbaren Ambivalenz von positiver Erwartung und befürchtetem Mißbrauch sowohl bei PatientInnen als auch in der Wissenschaft begegnen: Musik als ein mächtiges Mittel, welches jenseits von Subjektivität und Beziehung hilft oder eben auch schadet. (Stichwort: Musik-Medizin)

Sehr viel seltener finden wir die uns vermutlich näherstehende Vorstellung der Musik als bewegend im emotionalen Sinne. Am schönsten und deutlichsten dargestellt findet sich diese uns vertraute Erfahrung mit Musik in dem Zigeunermärchen „Die Erschaffung der Geige" (1), in der die verarmte Welt bloßen Reichtums, in der es nichts Neues mehr gibt, dadurch bereichert wird, daß einer sich der Verzweiflung des (eigenen) Kerkers stellt und von dort die Fähigkeit mit sich bringt, Affekte in anderen zu bewirken.

Psychologisch können wir die Geschichte des Jünglings, der von der Fee Matuya im Kerker eine Kiste und ein Stäbchen erhält, ihr einige Haare ausreißen muß – woraus die Saiten und die Bogenbespannung werden – und ihr Lachen und ihr Weinen geschenkt bekommt – wodurch das alles erst zur Geige wird – als Überwindung der „analen" Phase verstehen, in der die Weltbeschränkung bloßen Besitzens und Behalten-Wollens durch die Neues schaffende Fähigkeit verwandelt wird, im anderen eine Emotion – ein Begehren – zu erzeugen. Oder wir können mit Daniel Stern (1992, S. 198ff) Musik hier verstehen als Symbolisierung des Bereichs des „subjektiven Selbst" und der „subjektiven Bezogenheit" als einer Sphäre, die den Austausch, die Kommunikation von Affekten und „inneren" Bewegtheiten ermöglicht.

Als Beispiel für das, was ich mit dem „erfrischenden Realismus" der Märchen meine, kann hier als dritte Form des Bewegens erwähnt werden, daß man Musik auch benutzen kann, um andere zu vertreiben:

Neben den bekannten Bremer Stadtmusikanten wird da im Rheinland von einem Trompeter erzählt, der sich vor einem Wolf auf einen Baum geflüchtet hatte und – nachdem anderes nicht half – schließlich zu seinem Instrument griff und „so jämmerlich spielte, daß selbst den Wolf das Heulen ankam" und er ihn so vertreiben konnte. (Der Trompeter auf dem Baum) Auch in dem Rom-Märchen „Die zwölf Kinder" kann mit Trommeln die Bärin für eine Weile ferngehalten werden.

Musik als Zeugin

Eine von zwei eifersüchtigen Schwestern lockt die jüngste und schönste der Mädchenschar an eine gefährliche Klippe, versetzt ihr einen Schlag und stößt sie, die in harmloser Unschuld nach der rettenden Hand der Schwester greift, endgültig in den Tod. Die Suche nach der Verschwundenen bleibt vergeblich, die Tat unerkannt und ungesühnt. Aber der Wacholderzweig, den die Stürzende mit in die Tiefe riß, schlägt Wurzeln und wächst zu einem stattlichen Baum heran „und wenn der Wind durch die Zweige wehte, ertönten seltsame, klagende Laute, der Klage einer Geige ähnlich …“ Ein junger Zigeuner sitzt gerne an diesem Baum, verliert seine Geige, die er meisterhaft zu spielen weiß. Er erfährt träumend von dem geschehenen Unrecht und hört aus der Tiefe eine Stimme, die ihn auffordert, sich aus dem Wacholder eine neue Geige zu schnitzen. Zunächst im Traum – dann auch in Wirklichkeit – spielt diese Geige ganz von selbst und singt zugleich dazu und entlarvt so das Verbrechen. (Die singende Geige)

Musik erscheint hier als Bewahrerin oder Wiederbeleberin der Erinnerung, die in der Lage ist, das Unaufgedeckte und der Verdrängung anheim Gegebene zu bezeugen und damit zu integrieren. Dieses Motiv der Musik als Zeugin, die oft erst nach Jahren in die Wirklichkeit tritt und gehört wird, war ein für mich überraschendes Motiv, insbesondere auch in der variativen Häufigkeit, in der es in den Märchen auftaucht. Nicht immer wird dieses Motiv – wie hier – so weitergeführt, daß die Ermordete dadurch wiedererweckt wird, manchmal geht es um das Wiederherstellen der rechten Verhältnisse durch die Entlarvung und Bestrafung der Täter.

In „Das klagende Lied“ z.B. hört der Schwesternmörder die ihn anklagende Musik „von ungeheurem Grauen durchrieselt“ – und während sich in dem von der gemeinsamen Mutter gespielten Flötensolo das Geschehene entlarvt, entsinkt das Zepter seiner Hand, die Krone rollt von seinem Haupt, er stürzt vom Thron, stöhnt und wimmert und windet sich schließlich in Todeszuckungen. Die Trauer schließlich ist es, die hier einen Abschluß der offen gebliebenen Gestalt ermöglicht: „Die alte Königin aber weinte und betete noch bis Mitternacht – dann verlöschte sie selbst die letzte Kerze und zerbrach die Flöte, auf daß niemand mehr das klagende Lied vernehme.“

Eng verbunden mit der Wahrung der Erinnerung ist das Motiv des Knochens als des Teiles (des Körpers), der am längsten überdauert.

Wurde in „Das klagende Lied“ aus den Gebeinen der Toten eine Flöte, so fertigt in „Vom singenden Dudelsack“ (in dem zwei Brüder den Jüngsten erschlagen haben) ein Schäfer, der das Verbrechen gesehen hat, aus Knochen und Haut des Ermordeten einen Dudelsack. In „Die Wunderblume Rominae“ wird aus dem Haar des ermordeten Bruders ein Schilfrohr, dieses dann zur Flöte. In „Der singende Knochen“ erscheint einem Hirten ein zufällig gefundenes Knöchelchen als Mundstück für sein Horn geeignet.

Wie dies häufiger zu finden ist, spielt hier das Instrument ohne Wissen und ohne Zutun des Musizierenden von sich aus das entlarvende Lied, was in diesem Fall zur Bestrafung des Täters und zur anständigen Bestattung des Opfers führt.

So auch in dem Rom-Märchen „Der verlorene Bruder will die eigene Schwester heiraten“, in dem die zur Geige gewordene tote Jolanka selbst-singend die wahren Familienverhältnisse aufdeckt, so den drohenden Inzest zwischen Bruder und Schwester verhindert – und nach vielen weiteren Verwandlungen wieder lebendig und des Prinzen Frau wird.

Während es in den bisher genannten Märchen immer um Geschwistermord (aus Rivalität) geht, wird in dem bekannteren Grimm'schen Märchen „Von dem Machandelboom" ein Junge von der Stiefmutter ermordet und Vater und Schwester als Speise vorgesetzt. In diesem Fall ist es ein Vogel, der die auflösende Nachricht singt. Erinnern wir uns in diesem Zusammenhang an das ebenfalls von den Gebrüdern Grimm aufgezeichnete Märchen „Die Gänsemagd", so finden wir hierin zugleich eine Art Übergang vom Musikmärchen zum Tiermärchen.

Hier ist es das in Versen sprechende Pferd, welches die falsche Braut enttarnt. Zur Erinnerung: „O du Falada, da du hangest. O du Jungfer Königin, da du gangest, wenn das deine Mutter wüßte, ihr Herz tät' ihr zerspringen."

Wir erkennen darin m.E. wiederum die Flexibilität der Märchen. Den Wünschen nach einer Eins-zu-Eins-Symbolik werden sie eher nicht gerecht: Musik begegnet uns als Zeugin und Künderin der verdrängten Schuld, ein sprechendes Pferd tut es aber auch, in anderen Märchen übernehmen Steine diese Funktion.

Und eine andere Einschränkung ist m.E. ebenfalls zu berücksichtigen, die wiederum einer Überhöhung der Bedeutung der Musik entgegenwirken kann. Auch dort, wo die Instrumente in ihrem Spiel von dem geschehenen Unrecht künden, finden sich im Märchen selbst stets Texte berichtet: Die Flöte, die Geige, der Dudelsack, sie scheinen einen Text zu spielen oder zu „singen". Es ist also hier immer ein Verbund von Musik als Wiederbelebung und der Konkretisierung in Sprache, dessen es bedarf, damit das Verdrängte in Erscheinung treten und integriert werden kann.

Nur erwähnt werden können hier zwei Varianten, in denen es nicht um Mord geht, aber die Bedeutung der Musik als Künderin des Verborgenen ebenfalls auftaucht: „Die singende Besenbindertochter" und „Der Prinz mit den Eselsohren". Im letzteren vertraut ein Barbier das Geheimnis, welches er unter Todesgefahr nicht preisgeben darf, woran er aber zu schwer zu tragen hat, auf den Rat eines Weisen hin einer einsamen Erdgrube an. Als er geht, ist ihm leicht ums Herz wie schon lange nicht mehr und er hat ein Lied auf den Lippen. Doch auch die Erde kann das Geheimnis nicht bewahren: Ein Schilfrohr wächst über der Grube – und wie kann es anders sein: Die Hirten machen eine Flöte draus und bald ertönt das gar seltsame Lied „Unser Prinz hat Eselsohren, Eselsohren hat unser Prinz." (Übrigens verhilft hier der Verrat des Barbiers dem Prinzen, dem die Eselsohren von einer Fee als Patengeschenk vermacht worden waren, auf daß er nicht dem Hochmut anheimfalle, zur Akzeptanz seiner Unvollkommenheit und damit zur positiven Annahme des zunächst merkwürdig anmutenden Geschenkes. Wodurch denn auch der Barbier nicht sterben muß.)

Musik als Heilmittel?

Für uns als MusiktherapeutInnen liegt die Frage nahe, ob wir in den Märchen Hinweise auf die Erfahrung einer heilsamen Wirkung von Musik finden. Während wir im vorigen Abschnitt Musik durchaus als Beitrag zum Heil-Werden im Sinne der Integration ungeliebter Anteile beschrieben finden, suchen wir Hinweise auf die Heilkraft der Musik im Sinne einer „Musikmedizin" fast vergebens. Es sei denn, man führt die Befreiung vom Buckel als Lohn für das musikalische Assistieren bei Elfen und kleinen Männchen als Heilung durch Musik an. Vereitelt wird eine solche Interpretation dieses häufiger vorzufindenden Motivs (z.B. Der Musikant mit dem Buckel; Die zwei buckligen Musikanten) einmal dadurch, daß nicht die Musik selbst das ist, was hier heilt: Weder heilen

diese Berufsmusiker mit Musik, noch wird ihnen eine Heilung durch Musik zuteil. Vielmehr ist die Begegnung mit der Welt der Elfen und Zwerge, der Lohn für rechtes Handeln, das, was hier zur Befreiung von belastender Verkrümmung führt. Eine Motivik, der wir in vielen anderen Versionen begegnen, in der die Musik keine Rolle spielt. Sie kann daher nur schwerlich als konstitutiv für das Gemeinte angesehen werden. Zum anderen vergällt uns die gleichzeitig dargestellte Unzuverlässigkeit des Heilmittels die Freude an der Beweisführung:

Bei den zwei buckligen Männchen nämlich wird der eine als Lohn für musikalische Ergänzung von seiner Last befreit, der zweite, der es ihm nachtun will hingegen bekommt die des ersten noch obendrauf. Und es ist hier nicht wie bei Goldmarie und Pechmarie, die ja für ihr jeweils unterschiedliches Handeln belohnt und bestraft werden, nein, beide Musiker sind gleich gut und spielen in gleicher Art mit, nur machen die kleinen Männlein sich beim zweiten Mal eben einen Jux, lassen ihn seinen Wunsch nicht zu Ende aussprechen, sondern interpretieren den begonnenen Satz: „Ach mein Buckel …“ in schlicht bösartiger Weise und „brachten den Buckel seines Kameraden und hefteten ihn auf seinen Rücken … und das Gekicher der Männchen hallte ihm noch aus der Ferne nach.“

In den untersuchten Märchen habe ich nur einmal von Menschen gespielte Musik als Heilmittel in diesem engeren Sinne gefunden. Und dies ausgerechnet in einem Zusammenhang, der darauf angelegt scheint, uns diese Vorstellung endgültig zu verleiden, denn Musik „heilt“ hier sehr unheilvoll:

In dem serbischen Märchen „Wie sich die Tochter eines Kaisers in ein Lamm verwandelt“ überantwortet die sterbende Mutter ihre gerade heiratsfähige Tochter dem Vater zum inzestuösen Mißbrauch, indem sie ihm auf dem Sterbebett einen Ring überläßt mit der Anweisung, er dürfe nach ihrem Tode nur die Frau heiraten, der dieser Ring passe. Nachdem alle Frauen des Reiches sich per Ringtest als nicht gemeint erwiesen haben, spielt die Tochter zufällig mit dem Ring und siehe da: Sie ist es, die die Mutter als ihre Nachfolgerin im Sinn hatte. Zwar zeigt der kaiserliche Vater zunächst eine Spur von Gewissen, indem er für einen halben Tag in Ohnmacht fällt, aber dann will er der Verlockung doch nicht standhalten, sondern überläßt die Wahrung des Tabus der Tochter. Als diese sich mit seinem Messer (!) suizidiert, kommt die Musik ins Spiel: Flöte spielend holt er sie heilend-unheilvoll ins Leben zurück. Und dieses Märchen endet wirklich ohne Heilung. Die Tochter kann zwar den Inzest verhindern, aber unter endgültiger Preisgabe ihrer Entwicklung zur Frau. Nachdem auch das Abschlagen der linken und Verbrennen der rechten Hand wieder „geheilt“ werden (diesmal mit Kräutern) und so nicht helfen, verwandelt sie sich in ein Lämmchen, „war immer bei ihm und sprang und blökte an seiner Seite“. Nur unter dieser Selbstaufgabe des Kindes wird der Vater wieder zum Vater: „und er fütterte und pflegte es wie sein Kind“.

Es mutet schon makaber an, wenn ein Herausgeber dieses Märchen der Sparte „Märchen von Krankheit und Heilung“ (und der Untergruppe „Heilende weise Frauen“) zuordnet, denn daß hier eine Krankengeschichte ohne Heilung berichtet wird, ist – wie aus den Kommentaren zu ersehen ist – nicht gemeint (2). Als solche ist sie allerdings sehr eindrucksvoll und psychopathologisch durchaus lehrreich: Kennen wir nicht diese „Lämmchen“, die re-infantilisiert scheinbar nur „herumspringen“ und „blöken“, und wie lange dauert es oft – wenn es denn überhaupt gelingt – bis wir vielleicht auf eine ähnliche Geschichte stoßen, die dieses von allen belächelte Verhalten als letzte heldenhafte Rettung verstehbar werden läßt. (Es ist dies übrigens nicht das einzige Märchen, welches sich mit Inzesterfahrungen auseinandersetzt.)

Einzig in dem Märchen „Der Gesang des Phönix“ ist von der Heilung der Blindheit des Königs durch Gesang die Rede. Aber auch hier ist es eine m.E. offene Frage der Interpretation, ob die Kraft der Erneuerung, die es hier über verschiedene Schritte zu entwickeln gilt, mit dem Gesang des Phönix in „Musik“ symbolisiert wird oder doch nicht eher durch eine mythische Tiergestalt. (Dieses sehr schöne und psychologisch interessante Märchen ist zu komplex, um diese Frage hier anhand einer genaueren Darstellung diskutieren zu können.)

Musik als Verbindende zweier Welten

Antworten auf die Frage danach, welche Erfahrung mit Musik sich in den Märchen spiegelt, sind nicht notwendig daran gebunden, daß die Musik den Hauptstrang der Erzählung darstellt. So finden wir bei ansonsten unterschiedlicher Motivik immer wieder Musik als Verbindung zwischen zwei Welten. Als Beispiel sei hier das isländische Märchen „Der Maultrommelspieler“ aufgeführt.

Gleich mehrmals verbindet das Maultrommelspiel des Protagonisten die unterirdische Welt der „Huldren“ mit der Welt der „Christenmenschen“. Der Held spielt nach dem Abendessen allein zu seiner eigenen Unterhaltung den „Thomasglockenreigen“ (eines der eher seltenen Märchen, in denen sich nähere Angaben dazu finden, was oder daß überhaupt etwas Bestimmtes gespielt wird). Doch noch im Spiel – „mit dem Instrument im Munde“ – schläft er ein. Er erwacht wieder – und dann wird klar: Er ist in eine andere – die unterirdische, unchristliche – Welt hinein erwacht. Zunächst scheint er dem Geschehen in dieser Welt nur als unerkannter Zuschauer beizuwohnen, dann greift er wieder zum Instrument und auch diesmal gelingt die Verbindung: Er spielt einen ausgelassenen Tanz, und die zunächst erschrockenen Huldremädchen kommen zurück und tanzen dazu. Als sie durch eine Un(ge)schicklichkeit des Helden wieder verschwunden sind, gelingt die Wiederherstellung des Kontaktes ein drittes Mal. Dem Spieler fällt ein bestimmtes Stück ein, die „Blaue Weise“, ein Stück, welches er von einem Spielmann kennt, der es in alten Zeiten von den Unterirdischen gelernt hat. (Der musikalische Austausch zwischen der heidnisch-unterirdischen Welt und der „Christenwelt“ scheint also auf eine gewisse Tradition zurückgreifen zu können.)

Die Kenntnis des anderen, die Fähigkeit, die Musik des anderen spielen zu können (wir nennen das auch das „Iso-Prinzip“), bringt die beiden Mädchen zurück und es kommt nun zu einem wechselseitigen Kulturaustausch, in dem die Mädchen die Blaue Weise lernen und dem Helden dafür ein leckeres Lakritzrezept verraten. Die durch die Musik ermöglichte Verbindung geht hier in eine dauerhafte Verbundenheit (Ehe) über, und wieder scheint uns der weitere Verlauf des Märchens zu bestätigen, daß Musik alleine nicht reicht, denn es gilt noch viele Proben zu bestehen, bis die unterirdische Welt (die Welt des Es, des Schattens, der Nebenfiguration…) so mit der „Christenwelt“ (als Symbol der Kultur, des (Über-)Ichs, der Hauptfiguration…) versöhnt ist, daß eine Synthese ohne Repression möglich ist. (Übrigens ein Beispiel dafür, daß durchaus nicht alle Märchen mit der Hochzeit enden.)

Recht deutlich finden wir dieses Motiv auch in „Der Prinz mit der Flöte“, der als dritter Sohn nur dank seiner Flöte die weiterführende Prüfung besteht und den Übergang in die zweite, unsichtbar wirksame Welt in der Welt findet. (Vgl. auch: Dat Erdmänneken.)

Aber es gibt auch angedeutete Fassungen, etwa in „Der treue Johannes“, der auf dem Bug des Schiffes sitzend „Musik macht“ (eine nähere Differenzierung gibt es hier nicht) und während er dies tut, kommen drei Raben geflogen und er „horchte, was sie miteinander

sprachen, denn er verstand das wohl". Auch wenn hier sprachlich keine Kausalität zwischen dem Musik-machen, dem Erscheinen der Raben und dem Verstehen der Rabensprache hergestellt wird, überzeugt die Interpretation von Grunder (1983, S. 62), auch diesen Brückenschlag der Verfassung des Musizierens zuzuschreiben.

Eine weitere Fassung solcher Verknüpfungen finden wir in dem Rufen der hilfreichen Geister mittels eines von ihnen geschenkten Instrumentes (z.B.: Der Fischer und die Urmi). Hier zeichnet sich aber zugleich wieder ein Übergang ab, bzw. die Flexibilität der Märchen in der Wahl der Symbole, denn wohl jede/r erinnert sich an die diversen anderen Geschenke (wie Ringe, Stäbe, Kugeln, Teppiche, Lampen, Töpfe etc.), die ebenso geeignet zu sein scheinen, die hilfreichen Geister herbeizuzaubern, wenn sie denn nur von ihnen zu diesem Zwecke überreicht wurden.

Psychologisch finden wir in dieser Motivik m.E. den Hinweis auf eine Erfahrung, die auch wir als MusikerInnen durchaus kennen und die wir auch in der Musiktherapie nutzen. Musizieren als Tätigkeit – wie auch das Musik-Hören – kann uns in andere psychische Verfassungen versetzen, in denen wir offen sind für „Einfälle" (einmal wörtlich genommen) aus den unterschiedlichen seelischen Schichten: Während die Märchen hier von den Unterirdischen, den Trollen, kleinen Männchen, Huldren usw. sprechen oder Tiere auftauchen lassen, nennen wir es heute – je nach psychologischer Ausrichtung – Triebe, Es, Schatten, Kind-Ich, Archetypen, Nebenfiguration, usw. Diese Unterschiede können und sollen hier nicht weiter diskutiert werden. Gemeinsam dürfte die Erfahrung sein, daß Musik unbewußte Bilder in uns wachrufen, uns Zeit- und Raumverschiebungen der unterschiedlichsten Art erleben lassen, uns aus einer anderen Schicht heraus (musikalisch) handeln lassen kann. Deshalb erleben wir z.B. oft so etwas wie eine andere „Fassung" unserer PatientInnen, wenn wir mit ihnen Musik machen, als wenn wir mit ihnen sprechen und auch sie erleben oft uns in der Musik anders. Peter Sloterdijk beschreibt dieses Dazwischen der musikalischen Verfassung („Wo sind wir, wenn wir Musik hören?") als sich gegenseitig erzeugende dialektische Gebärden von Ausfahrt und Heimkehr. (1993, S. 301)

Als eine Variante des hier dargestellten Motivs können wir daher die aus Heiligenlegenden bekannte Verschiebung des Zeitempfindens verstehen, die ja auch auf den Übergang in eine andere Bewußtseinsebene verweist.

In dem Märchen „Der Mönch und das Vöglein" ist es die Faszination des Gesangs der Nachtigall, die dreihundert Jahre zu einem Moment hat werden lassen. In „Die wunderbare Musik im Jenseits" gerinnen einem Schneider durch die „wunderliebliche Musik" dreihundert Jahre zu drei Stunden.

Verstehen wir die hier charakterisierte Erfahrung mit Musik als eine besondere psychische Verfassung, die uns quasi ein Transzendieren voraus und zurück, zum Licht und zum Schatten hin, ein Hinausgehen und Heimkehren ermöglicht, so ließen sich auch die Bespiele hier einordnen, in denen Musik und Rauscherfahrung in Verbindung gebracht werden, wie z.B. in dem Märchen: „Die Nachtschwärmerin" und den bereits genannten Beispielen erzwungenen rauschhaften Tanzen-Müssens durch Musik.

Musik als das Begehrte

In dem vielstufigen Entwicklungsmärchen „Das singende, klingende Bäumchen“ kommt die Musik zwar äußerlich betrachtet nur kurz vor, in diesem Fall aber in durchaus zentraler Bedeutung.

Prinzessin Gabriele ist eine allzu schöne Frau, deren gute Eigenschaften durch Eitelkeit, Hochmut, Willkür und Bösartigkeit bis zur Unkenntlichkeit „verdunkelt“ sind. Das, was die Geschichte, die mehrfach im Desaster zu enden droht, wendet, ist ihr Begehren, welches von „Tönen einer sehr lieblichen, nie zuvor gehörten Musik“ entfacht wird, die sie halb schlummernd aus der Ferne zu vernehmen glaubt. Die unstillbare Sehnsucht nach der Musik des Baumes wird hier – wie wir dies z.B. vom Symbol der „verbotenen Tür“ her kennen – „offiziell“ mit einem Tabu belegt, dessen Übertretung erst in immer größeres Unglück führt aber dann dort hindurch zur Wandlung.

Entwicklungspsychologisch gibt uns dieses sehr komplexe Märchen durch alle moralisierenden Überlagerungen hindurch zu erkennen, wie eine ödipale Verstrickung überwunden wird und die Prinzessin reif wird, „eine glückliche Mutter ihres Volkes“ zu werden. Fragen wir bei diesem Märchen nach der Bedeutung der Musik, so steht sie für die Art des Begehrens, welche in der Lage ist, als das Neue im Alten in die ödipale Liebe hineinzuragen und die darin Gefangene quasi an der Hand ihres eigenes Begehrens aus dieser Sackgasse herauszuführen.

Varianten des Motivs der Musik als das, was Sehnsucht und Verlangen auslöst, finden sich z.B. in: „Der Gesang im Schloß“, sowie in: „Die singende Besenbindertochter“ und all den Märchen, in denen der schöne Gesang, das schöne Spiel gefällt und dadurch die Nähe des Spielenden ersehnt wird.

Sehr häufig finden wir das Motiv eines Tieres, welches von der schönen Musik so angelockt wird, daß es darüber alle Vorsicht und Vernunft vergißt – und von dem entsprechenden Musiker überwunden (sprich erschlagen, in einen Schraubstock gezwängt etc.) werden kann.

So kann ein geigender Vater die Füchse, die seinen kleinen Sohn geraubt haben, überlisten und erschlagen (Das Zauberspiel der Geige), ein einsamer Geiger lockt auf der Suche nach Gesellschaft (versehentlich) durch sein Spiel erst einen Wolf, dann einen Fuchs und schließlich einen Hasen an, die er dann alle nicht will und ziemlich rüde behandelt. (Der wunderliche Spielmann)

Als eine Steigerung des von der Musik angeregten und auf sie bezogenen Wunsches können wir hier verstehen, daß alle drei Tiere gerne das Geigenspiel erlernen möchten. Das ist es auch, was ihnen letztlich zum Verderben wird, wie ganz gleichartig einem Bären in „Vom klugen Schneiderlein“ und dem Teufel in „Wie der Teufel das Geigenspiel lernte“.

Da die Tiere in diesen Märchen meist weder etwas Böses tun, noch als böse Figuren eingeführt werden, fällt es uns heute vermutlich schwer, die unverblümte Grausamkeit, die hier der Arglosigkeit der Tiere gegenübersteht, so richtig zu genießen. (Zumindest geht es mir so.) Vielleicht liegt das daran, daß uns die Projektion des menschlich „Schlechten“, der zu überwindenden Triebe oder Eigenschaften in die Tiere heute nicht mehr in gleichem Maße inne ist, wie dies vielleicht zur Erzählzeit der Märchen der Fall war. So ist in bezug auf diese Motivik zwar die psychologische Interpretation naheliegend, daß hier die Überwindung der „tierischen“ Eigenschaften durch die Musik, die Kontrolle des Triebhaften im weitesten Sinne, geschildert wird. Ob uns dies heute auch in der

Empfindung nachvollziehbar ist, muß vielleicht gerade hier offen bleiben. Eine zweite Aussage zur Musik, die sich hieraus erschließen läßt, ist die, daß Musik menschlich ist, der Wunsch der Tiere, sie zu erlernen, von daher auch für die Unangemessenheit von Wünschen steht, die „bestraft" wird. Oder anders formuliert: Musik-machen heißt Menschwerdung – und hier müssen wir dann natürlich die Umwandlung des Triebhaften in „Kultur" im weitesten Sinne wiederum mitdenken.

Für diese Sichtweise sprechen insbesondere die beiden Märchen „Das lautenspielende Eselein" und „Hans, mein Igel". Hier können die Tiere – deren Eltern allerdings Menschen sind – das erwünschte Instrument lernen – und sich zugleich über diesen Weg als Menschen in Tiergestalt erweisen und die „Tierhaut" abstreifen.

Wie aus beiden Unterabschnitten ersichtlich ist mit der Formulierung „Musik als das Begehrte" hier einerseits nicht Begierde im Sinne des „Animalisch-Sexuellen" gemeint, sondern gerade das Begehren, welches eine „Höherentwicklung" im menschlichen Sinne anstößt, aber eben in den Märchen dennoch deutlich als ein Begehren, Verlangen, unbedingtes Haben-Wollen auftritt. Gewählt wurde dieser Begriff auch deshalb, weil gerade hierin vielleicht eine psychologisch tiefer wirksame Bedeutung der Musik zutage tritt: Vielleicht gelingt ihr (bzw. uns mit ihr), die Dichotomie von hier animalische (aber lustvoll-süße) Sexualität und dort menschliche (aber unlustvoll-moralinsaure) Kultur zu überwinden und Kultivierung zum Begehrten – und zur Lust zu machen. Auch dies könnten wir als eine Potenz der Musik verstehen, die in der Musiktherapie – wie im musikalischen Alltag – von Bedeutung sein könnte.

Der „Musikbegriff" der Märchen und die Musiktherapie

Abschließend ist es mir zum einen wichtig zu betonen, daß es hier nicht um die psychologische Ausdeutung einzelner Märchen ging, sondern lediglich darum, durch die Zusammenschau einer größeren Anzahl von Märchen dem nachzuspüren, was sie uns zur Musik mitteilen und welche Erfahrung mit Musik ihren Niederschlag in den Märchen gefunden hat.

Um den Rahmen dieses Artikels nicht zu sehr auszuweiten, wurde deshalb auch auf die Diskussion der verschiedenen Methoden der Märchendeutung verzichtet, sowohl die der unterschiedlichen psychologischen Zugangsformen als auch die der Märchenforschung im engeren Sinne.

Methodisch standen vielmehr der Vergleich im Vordergrund, die Frage nach der Wiederkehr von Motiven, die Suche nach Entsprechungen wie nach unterscheidbaren Bedeutungen und Zusammenhängen. Gefragt wurde so danach, welche „Konzepte" von Musik in den Märchen sichtbar werden, welchen „Musikbegriff" die Märchen aufweisen, d.h. wie und als was in ihnen Musik begriffen wurde. Damit ist, so hoffe ich, zugleich deutlich, daß es hier um nichts Absolutes geht, daß auch der Musikbegriff der Märchen nicht notwendig „wahrer" ist, sondern kulturabhängig, menschengemacht, historisch, Niederschlag menschlicher Erfahrung einer bestimmten Zeit – und hier eines bestimmten Kulturraumes.

Daß sich aus diesem Vergleich eine Art Typologie ergeben hat, war vorher nicht absehbar, sondern ergab sich im Verlauf der Untersuchung.

Dabei gab es nur zwei Märchen, die mit dieser Typologie m.E. nicht angemessen erfaßt werden konnten („Der kleine Sackpfeifer“ und „Der Sohn, der mit dem Vater kämpfte“). In beiden steht die Musik im Zentrum der Erzählung in einer – jeweils unterschiedlichen – Bedeutung, die so speziell ist, daß mir hier tatsächlich nur eine Einzeldeutung angemessen erscheint. Diese sehr reizvolle Aufgabe muß notwendigerweise auf einen anderen Rahmen verschoben werden.

Zum anderen soll zum Schluß noch der Frage nachgegangen werden, ob sich quer zur dargestellten Typologie hinsichtlich der gefundenen Aussagen zur Musik eine Gemeinsamkeit im angetroffenen Musikverständnis herausarbeiten läßt. Vergleicht man die vier Positivaussagen, so läßt sich als durchgängiges Charakteristikum extrahieren, daß Musik immer eine Verbindung herstellt: „Musik als Bewegende“ schafft eine Verbindung zwischen zwei (oder mehr) Menschen, ohne die das hier beschriebene Bewegen nicht möglich wäre. (Da es sich nicht um ein mechanisches Anstoßen handelt, welches hier eine Bewegung auslöst, müssen wir das Entstehen eines seelischen Zwischenraumes prädisponieren, um dieses Bewegt-Werden denken zu können.) In dem Typus „Musik als Zeugin“ stellt die Musik eine Verbindung zwischen Vergangenheit und Gegenwart her bzw. eine Verbindung zum Verdrängten, Abgewehrten. In umgekehrter Richtung schafft die „Musik als das Begehrte“ eine Verbindung zwischen Gegenwart und Zukunft, im Sinne des Entwicklungsimpulses, des Folgens einer Vision, des Verfolgens einer Passion – und bisweilen geht dies in der Darstellungsform der Märchen mit der Herstellung einer Verbindung zwischen zwei Menschen einher. „Musik als Verbindung zweier Welten“ hat diesen Fokus selbst zum Thema. Musik als etwas Verbindendes läßt sich so als Hauptaussage der untersuchten Märchen herausstellen.

Es wäre zum einen reizvoll, dies einmal mit weiteren Märchen, insbesondere denen anderer Kulturräume, zu vergleichen. Zum anderen erscheint mir dieses Musikverständnis auch für die Musiktherapie von Interesse, und wir könnten einmal fragen, ob der Musik auch in der Behandlung eine solche Funktion zukommt, und in welchen verschiedenen Facetten und Ausformungen dies von Bedeutung sein kann. Wie auch bei den zuvor erwähnten gedanklichen Verbindungen zur Musiktherapie sollten wir aber m.E. das, was wir aus den Märchen oder auch aus Mythen und anderen Überlieferungen über Musik erfahren können, nie unmittelbar – und zumindest nicht unkritisch – als ableitende Begründung für die Musiktherapie gebrauchen, sondern eher als Anregung zur Reflexion, als Einladung zum erneuten Hinhören.

Quellen der untersuchten Märchen

1) „Musikmärchen“ (Hrsg. Leander Petzoldt) Fischer TB, Frankfurt a.M. 1995
2) „Märchen von Krankheit und Heilung“ (Hrsg. Stephan Marks) ebd. 1996
3) „Jugoslawische Märchen“ (Hrsg. Joseph Schütz) ebd. 1972
4) „Kinder- und Hausmärchen gesammelt durch die Brüder Grimm“, 3 Bd. Insel Verlag, Frankfurt a.M., 1984
5) „Zigeunermärchen aus aller Welt“, 4 Bd., (Hrsg. Heinz Mode) Insel Leipzig, 1983
6) „Singende Geigen“ (Hrsg. Marie Vorisková), Dausien Verlag, Prag 1966
7) „Russische Volksmärchen“, Diedrichs Verlag, Düsseldorf-Köln, 1955
8) „Märchen aus Mallorca“ (Hrsg. F. Karliner u. U. Ehrgott), ebd. 1968
9) „Englische Volksmärchen“ (dt. Uta Schier), ebd. 1970
10) „Französische Märchen“ (Hrsg. Jan Vladislav), Dausien Verlag, Hanau/M, 1970
11) „Spanische Märchen“ (dt. I. Kondrková), ebd. 1973
12) „Rheinische Märchen“ (Hrsg. Paul Weitershagen), Greven Verlag, Köln 1970

Liste der untersuchten Märchen:

Berzebukk (5)
Das lautenspielende Eselein (1 und 4: „Das Eselein“)
Das singende klingende Bäumchen (2)
Dat Erdmänneken (4)
Der beherzte Flötenspieler (1)
Der Fischer und die Urmi (5)
Der Geiger und seine drei Gesellen (1)
Der Gesang im Schloß (1)
Der kleine Sackpfeifer (1)
Der König und der arme Chavo (5)
Der Maultrommelspieler (1)
Der Mönch und der Junge (9)
Der Musikant mit der Buckel (12)
Der Prinz mit der Flöte (1)
Der treue Johannes (4)
Der Trompeter auf dem Baum (12)
Der wunderliche Spielmann (1 und 4)
Des Teufels rußiger Bruder (4)
Die drei Musikanten (1)
Die ewige Geige (1)
Die probate Kur (2)
Die singende Geige (6)
Der singende Knochen (4)
Die Wetten des Flötenspielers (1)
Die Wunderblume Rominae (8)
Die zwei buckligen Musikanten (1)
Glück und Unglück eines Chavo (5)
Hans Pfannkuch, der die Prinzessin nicht zur Frau genommen hat (10)
Hondidldo (1)
König Drosselbart (4)
Prinzessin und Bauernbursche (5)
Vom singenden Dudelsack (1)
Wie der Teufel das Geigenspiel lernte (1)
Das klagende Lied (1)
Das Lied vom alten Hildebrand (1 und 4)
Das Zauberspiel der Geige (1)
Der alte Dudelsackpfeifer (1)
Der eigersüchtige Schmied (5)
Der Flötenspieler (12)
Der Gesang des Phönix (1)
Der Jude im Dorn (4)
Der Königssohn in der Drehorgel (1)
Der Liebste Roland (4)
Der Mönch und das Vöglein (1)
Der musikalische Pope (1)
Der Prinz mit den Eselsohren (11)
Der Sohn kämpft gegen der Vater (5)
Der Trommler (4)
Der verlorene Bruder will die eigene Schwester heiraten (5)
Der Wunderring (5)
Die Bremer Stadtmusikanten (1 und 4)
Die Erschaffung der Geige (1)
Die Nachtschwärmerin (3)
Die sechs Faulpelze und Prinzessin Goldhaar (10)
Die singende Besenbindertochter (1)
Die Teufelsflöte (7)
Die wunderbare Musik im Jenseits (1)
Die Wundergeige (1)
Die zwölf Kinder (5)
Hans mein Igel (4)
Hadelumpumpum (1)

Käferchen und der junge König (11)
Leben und Tod der unvorsichtigen Maus (11)
Vom klugen Schneiderlein (4)
Von dem Machandelboom (4)
Wie sich die Tochter eines Kaisers in ein Lamm verwandelte (2)

SONSTIGE LITERATUR

Grunder, Katja (1983): Musik im Märchen, Dipl.-Arbeit, Fachhochschule Musiktherapie Heidelberg
Scherf, Walter (1995): Das Märchenlexikon, 2 Bd., Beck Verlag, München
Sloterdijk, Peter (1993): Weltfremdheit. Suhrkamp Verlag, Frankfurt a.M.
Stern, Daniel (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings, Klett-Cotta, Stuttgart

Zum Musikbegriff der musiktherapeutischen Improvisation[2]

ZEITSCHRITEN-ARTIKEL

1.2

On Music Concepts of Music Therapeutic Improvisation

Zusammenfassung Zu diesem Vortrag wurde untersucht, welchen (impliziten) Musikbegriff wir mit der musiktherapeutischen Improvisation und ihrer Lehre vertreten. Verglichen werden dazu verschiedene Musikbegriffe aus Musikwissenschaft, Musikpädagogik und Musiktherapie. Mit einem gesellschaftskritischen Exkurs über das Konzept des Humankapitals und der Verwertbarkeit von Menschen wird nach dem affirmativen oder kritischen Potential des jeweiligen Musikbegriffs gefragt. Als Ergebnis der Untersuchung wird dem verengten Werkbegriff der Musikwissenschaft ein Musikbegriff der musikalischen Improvisation gegenüber gestellt, der Musik als direkte Kommunikation zwischen Menschen in den Mittelpunkt rückt. Im Improvisations-unterricht in der Musiktherapie lernen die Studierenden Musik als Beziehungsgestaltung zwischen Menschen und als Mit-Teilung von Empfindungen und Selbst- und Welterleben kennen. Sie erfahren Musik als Prozess und Ereignis, als Ausdruck und Reflexion seelischer Verhältnisse, als Erkenntnismittel. In der Musiktherapie lernen sie Musik kennen als ein Medium, in dem sich Lebenserfahrung widerspiegeln kann, welches sie als TherapeutInnen in das Erleben des anderen hineinziehen, und welches durch die Möglichkeit der Neu- und Umgestaltung eine umwandelnde Verinnerlichung im Sinne einer heilsamen Verwandlung ermöglichen kann.

Summary This paper examines the (implicit) concept of music that we advocate when we practise and teach therapeutic improvisation. To this end, various music concepts stemming from musicology, music education and music therapy are compared. In a social critical section on the concept of human capital and of the utility of people, the paper discusses the affirmative or critical potential of various music concepts. In conclusion, the study confronts the narrow musicological concept of music in terms of the musical opus with a concept in terms of musical improvisation, which brings music into focus as direct communication between people. When they learn improvisation in music therapy, the students encounter music as a way of structuring relationship between people and as sharing feelings and the experience of oneself and the world. They experience music as a process and event, as an expression and reflection of inner states, as a medium of knowledge. In music therapy, they come to know music as a medium in which life experience can be reflected, as a potential for reformation and transformation, which can make a transforming internalisation in the sense of healing transformation possible.

Keywords improvisation, music therapy, affirmative and critical music concept, musicology, human capital

---

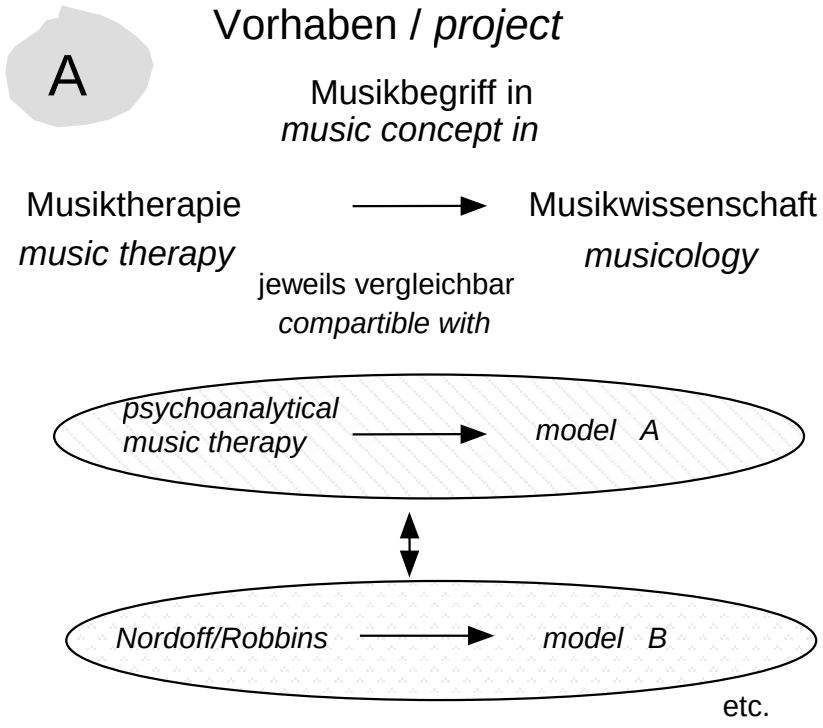
[2] In: Einblicke, Heft 12, 2001, 44-69

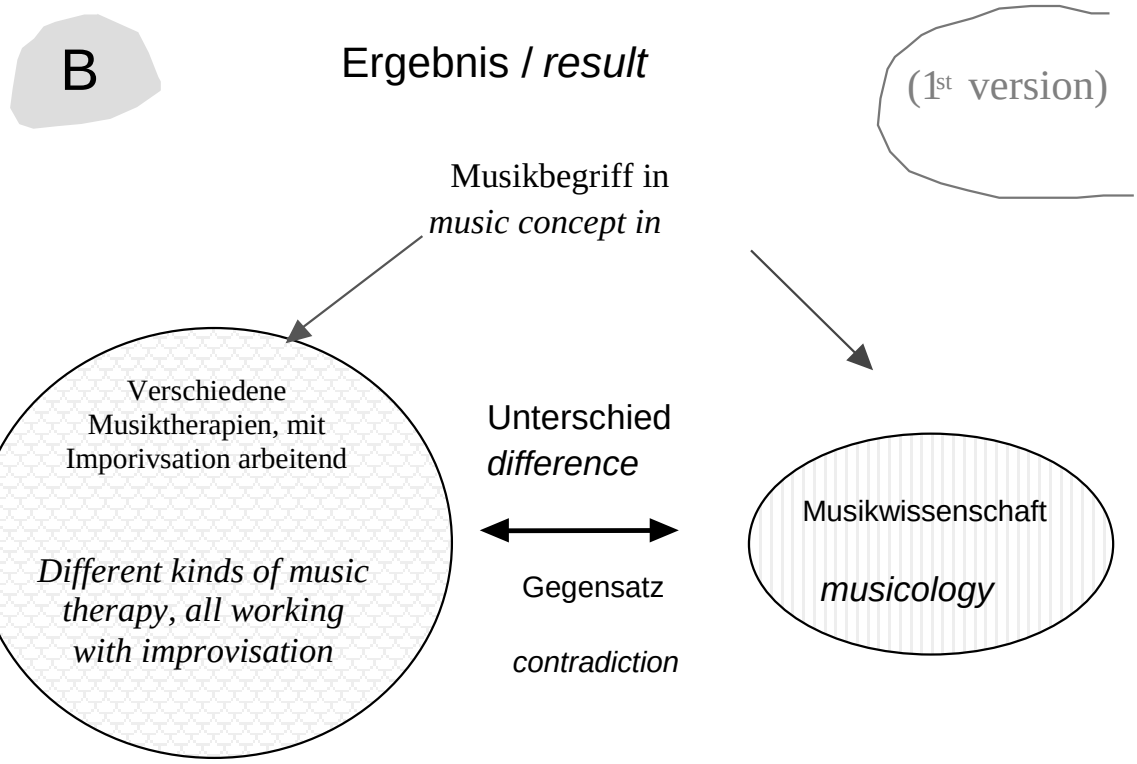
Während wir alle unmittelbar ein gemaltes Bild von einem gesungenen Lied, einen gesprochenen Text von einem erklingenden Musikstück unterscheiden können, ist die Frage danach, was wir unter Musik verstehen – will man es in Worte fassen – durchaus nicht einfach zu beantworten. Was ist Musik? Lässt sich das überhaupt so fragen? Als was verstehen wir Musik? Was fassen wir als Musik auf? Als was legen wir Musik aus? Und wie kommen wir darauf? Auf welchen Musikbegriff berufen wir uns, wenn wir sagen: „Das ist doch keine Musik mehr!“ oder „Das ist Musik in meinen Ohren.“

Die Frage nach dem Musikbegriff ist dabei durchaus keine rein akademische Frage, sondern reicht weit hinein in den kulturellen Umgang mit Musik. Der Musikbegriff bestimmt, wen Musik erreicht, wem was zugänglich und verfügbar ist. Das können wir uns leicht an dem Phänomen des Ausgrenzens der „Unmusikalischen“ vergegenwärtigen. Die Frage danach, wie wir Musik begreifen, ist auch keine rein nachträgliche Frage, sondern eine die immer schon maß-gebend beteiligt ist, wenn wir komponieren, üben, unterrichten, Werke gemäß historischer Aufführungspraxis aufführen oder nach neuerem Gusto, und wenn wir mit Musik behandeln. Nachträglich ist höchstens die Reflexion über den impliziten Musikbegriff, mit dem wir so oder so immer schon umgehen. Dass eine solche Reflexion notwendig ist, gerade auch für die Musiktherapie und noch einmal mehr für uns als Lehrende, wollte ich mit diesem Vortrag aufzeigen.

Ein erster Fragekomplex, den ich hier nur anschneiden und zur Diskussion stellen kann, ohne ihm weiter nachzugehen, bezieht sich auf die Gemeinsamkeiten und Differenzierungen der Auffassungen von Musik innerhalb der Musiktherapie. Welchen Musikbegriff vertritt eigentlich *die* Musiktherapie? Gibt es einen Musikbegriff des Improvisierens? Oder unterscheiden sich die verschiedenen musiktherapeutischen Richtungen im Hinblick auf unterschiedliche Auffassungen von Musik? Könnten evtl. verschiedene Musikbegriffe der Musiktherapien verglichen werden mit bestimmten historisch anzutreffenden Auffassungen von Musik? Gibt es Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu den in Musikwissenschaft und Musikpädagogik üblichen Musikbegriffen? Wie prägen sie den Umgang mit der Musik in der Behandlung und in der Lehre?

Daran knüpft sich ergänzend die Frage an, welchen Musikbegriff wir in den verschiedenen Schulen und Ausbildungen im Improvisationsunterricht lehren, sei es nun explizit, unbemerkt oder „heimlich“. Ist es ein affirmativer Musikbegriff, der bestehende Verhältnisse bestätigt und (ver-)festigt oder ist es ein „kritischer“ Musikbegriff? Was bedeuten die Kategorien einer kritischen Ästhetik für die Praxis und Lehre der musiktherapeutischen Improvisation? Lassen sich diese Kategorien der kritischen Theorie (Adorno) anwenden auf die Frage, inwieweit die Art, wie wir das musikalische Improvisieren als Lehrende der Musiktherapie vermitteln, eher eine Affirmation, ein Gleitmittel für bestehende kulturell-gesellschaftliche Verhältnisse ist, auf dass sie noch etwas besser in unveränderter Form funktionieren? Oder stellen wir uns quer? Inwieweit ist unser Musikbegriff in der Musiktherapie, in der Improvisation etwas Neues? Impliziert er eine kritische Haltung? Hat er ein kritisches Potential? Setzt er zu kritisierenden Tendenzen der gesellschaftlich-kulturellen Entwicklung etwas entgegen?


A
Vorhaben / *project*
Musikbegriff in
music concept in
Musiktherapie
music therapy
Musikwissenschaft
musicology
jeweils vergleichbar
compartible with
psychoanalytical music therapy
model A
Nordoff/Robbins
model B
etc.


B
Ergebnis / *result*
(1st version)
Musikbegriff in
music concept in
Verschiedene Musiktherapien, mit Imporivsation arbeitend
Different kinds of music therapy, all working with improvisation
Unterschied
difference
Gegensatz
contradiction
Musikwissenschaft
musicology

In bezug auf den ersten Fragekomplex erlebte ich bei der kursorischen Lektüre die Überraschung, dass mir die Differenz zwischen dem Musikverständnis der meisten MusiktherapeutInnen und dem in der Musikwissenschaft Üblichen wesentlich mehr ins Auge sprang, als dass es möglich war, Parallelen zwischen jeweils vergleichbaren Verständnissen in den verschiedenen musiktherapeutischen Schulen und in der Musikwissenschaft und -geschichte vorzufinden.

Nun ist dieser Eindruck vermutlich kein endgültiger und es würde sicher durchaus Sinn machen, noch einmal mehr zu lesen – vor allem auch musikwissenschaftliche Texte – und vielleicht käme dann doch einiges zu dem heraus, was Sie hier in der Skizze A angedeutet sehen. Ich muss zugeben, dass mir dazu dann die rechte Lust fehlte und es mir wesentlich interessanter schien, in nicht ganz so geordneter Form das herauszustellen, was sich mir als eine grundsätzliche Differenz (Skizze B) aufdrängte, da an den hier herausgestellten Gegensätzlichkeiten die Musiktherapie als ein Bereich des Musiklebens erkennbar wird, welcher auch im Hinblick auf übergreifende Fragen eine eigene Sichtweise beizutragen hat, die über den Behandlungskontext hinaus auch kulturell-gesellschaftliche Bedeutung hat.

Beispiele zum herkömmlichen Musikbegriff

Den in der Musikwissenschaft vorherrschenden – und meiner Erfahrung nach auch in der Musikausbildung weitgehend vertretenen Musikbegriff – möchte ich nun an drei Beispielen aufzeigen. Es handelt sich dabei durchaus um keine exotischen Beispiele. Sie stellen vielmehr das ganz normale musikwissenschaftliche Denken dar (zumindest trifft dies auf die deutsche Musikwissenschaft zu) und sind mir relativ zufällig – auf der Suche nach Texten zum Musikbegriff – begegnet.

Beispiel 1:
Casimir, Torsten (1991): Musikkommunikation und ihre Wirkung. Eine systemtheoretische Kritik.

Sowohl vom Titel als auch vom Untertitel her erschien die neuere Dissertation Torsten Casimirs der Schwerpunktsetzung der Musiktherapie nahe liegend. Verblüffend war dann zunächst die Auffassung bezüglich dessen, was hier unter musikalischer Kommunikation verstanden wird. Vieles ließe sich erwarten: die Kommunikation zwischen den Musikern beim Proben, Aufführen oder privaten Musizieren, in Abgrenzung dazu die vermutlich andersartige Kommunikation beim Improvisieren – in verschiedenen Stilen und Zusammenhängen, vielleicht die Kommunikationsformen im Instrumentalunterricht, vielleicht eine Kritik bezüglich der Entfremdung in der Kommunikation zwischen Aufführenden und Publikum, Komponisten und Interpreten etc. Doch nichts von alledem kommt überhaupt in den Blick.

Trotz kritischer Auseinandersetzung mit dem Begriff der Kommunikation allgemein (vor allem nach Luhmann) folgt die Arbeit in ihrem Verlauf der unausgesprochenen Einschränkung, dass unter Musikkommunikation das Rezipieren (Hören) von komponierter und aufgeführter, bzw. über Medien vermittelter Musik verstanden wird. Das geschieht unversehens – ohne weitere Definition, Erklärung oder Begründung. Es ist keine reflektierte Auswahl, sondern man merkt, dass der Autor – und man muss vermuten auch die Betreuer der Arbeit – gar nicht auf die Idee gekommen sind, dass der Inbegriff

musikalischer Kommunikation nicht gerade darin besteht, dass da einer an seinem CD-Player sitzt und sich ein Stück anhört – gespielt vor längerer Zeit an einem anderen Ort – gedacht, gefühlt und aufgeschrieben von einem Menschen, der zumeist längst schon verstorben ist. Es ist einfach (fast) nie die Rede von etwas anderem.

Das macht sich dann auch an einer Stelle bemerkbar, wo es um Musiktherapie geht (ebendort S. 273-284). Musiktherapie wird hier dargestellt als „ein Fallbeispiel" für das Thema „Psychische Folgen von Musikkommunikation". Es folgt eine Darlegung einiger älterer Musiktherapietexte, die einer Auswahl folgt, durch die der begrenzte Begriff musikalischer Kommunikation nicht in Frage gestellt wird. Auch hier scheint der Autor überhaupt nicht zu bemerken, dass in der Musiktherapie meist eine ganz andere Art von Kommunikation geschieht als das Nachvollziehen eines anderenorts längst abgeschlossenen Prozesses. Nein, auch im Fallbeispiel Musiktherapie macht er sich lediglich – ziemlich spekulative – Gedanken zu den anzunehmenden „Wirkungen" des Musikhörens und bezeichnet dies als „Musikkommunikation".

Beispiel 2:
Wolf, Rainer (1986): Zur objektiven Erkenntnis von Musik.

Musikwissenschaftliche Dissertation
1986. Universität Freiburg i.

Dass Musik eine Kulturerscheinung ist, somit ein Phänomen im Bereich des Menschlichen, scheint mir unter MusiktherapeutInnen weitgehend selbstverständlicher Konsens zu sein. Wir wissen um die Subjektivität des Musikerlebens und haben zugleich erfahren, dass es darüber hinaus auch intersubjektive Gemeinsamkeiten im Erleben und in der Auffassung von Musik gibt. Einige von uns nehmen an, dass diese Gemeinsamkeiten kulturgebunden sind, andere vermuten daneben Archetypisches – jenseits der subjektiven und kulturellen Erfahrung. Und auch wenn wir uns daran gewöhnt haben, dass für diese intersubjektive Übereinstimmung gerne fälschlicherweise der Begriff des Objektiven gebraucht wird, erscheint uns ein Titel wie der der „objektiven Erkenntnis von Musik" doch eher etwas rätselhaft – oder aus einer anderen Zeit stammend. Oder man würde vielleicht eine kritische Reflexion über die Illusion objektiver Erkenntnis gerade im Zusammenhang mit Musik erwarten.

Letzteres findet sich in der Dissertation von Rainer Wolf am allerwenigsten. Hier wird tatsächlich „bewiesen", dass und wie „objektive Erkenntnis von Musik" möglich ist. Etwas vereinfacht (und zugegebenermaßen etwas ironisch zugespitzt) ist eine solche für den Autor des Werkes schlicht dann gegeben, wenn die verschiedenen Autoren, die über ein bestimmtes Stück mal irgendwas geschrieben haben, alle in etwa dasselbe geschrieben haben.

In Kurzfassung geht dieser Beweis so: Mit einer schier unglaublichen Verdrehung unternimmt es der Autor zunächst, die erkenntnistheoretische Position Kants (mit den Kategorien a priori) mit Hilfe von Konrad Lorenz auszuhebeln: Da wir (Menschen) mit diesen Verstandeskategorien (Raum, Zeit, Kausalität) die Evolution überlebt haben, müssen diese nun der „objektiven Welt" (im Sinne von Außenwelt im Gegensatz zu den Verstandeskategorien) angehören.[3] Auf diese Art jede auch nur annähernd

[3] Die damit indirekt vertretene Auffassung, dass der, der überlebt, Recht hat, erscheint daneben eine politisch nicht ganz ungefährliche Position.

konstruktivistische oder erkenntniskritische Bescheidenheit aushebelnd, (wobei der Konstruktivismus und andere erkenntnistheoretische Positionen nach Kant vorsichtshalber unerwähnt bleiben) kommt Wolf in großem Schwung dahin, dass der Mensch somit also doch zur objektiven Erkenntnis der Wirklichkeit in der Lage ist. Und daraus ergibt sich für ihn folgerichtig, dass auch die „verbale Musikrezeption" objektiv ist – und zwar dann, wenn die Autoren in der Darstellung übereinstimmen.

Was um Himmels willen, fragte ich mich an dieser Stelle, ist „verbale Musikrezeption"? Das scheint dem Autor wiederum etwas so Selbstverständliches zu sein, dass er nur in einem kleinen Nebensatz der Einleitung darüber Auskunft erteilt: Es ist die „sich im Schrifttum unterschiedlichster Art niederschlagende Rezeption eines Komponisten." (ebendort, S. 1) Wenn Sie also ein Stück hören und dann etwas dazu veröffentlichen, dann ist das „verbale Musikrezeption" – noch dazu die „Rezeption des Komponisten".

Worauf das Ganze hinaus soll? Das versteht man, wenn man die Unanfechtbarkeit dessen, was dann folgt, nämlich eine ganz normale Debatte über Gustav Mahler in Auseinandersetzung mit Adorno, endgültig besiegelt findet mit den Worten: „Dem vorangegangenen Kapitel fiel vor allem die Aufgabe zu, über diejenigen naturwissenschaftlich begründbaren und somit weitgehend zweifelsfreien erkenntnistheoretischen Voraussetzungen (Prämissen) Auskunft zu geben, die zu der hier vertretenen Auffassung führten, (...)" (ebendort S. 39 [4], Hervorhebung RT) Mit anderen Worten: Anstelle erkenntniskritischer Reflexion geht es allein um den (unglücklichen[5]) Versuch, die eigene Auffassung so durchzusetzen, dass jede abweichende Auffassung und Kritik unterbunden werden soll. Warum das für uns dennoch von gewissem Interesse ist? Das, worüber wir uns hier wundern, was uns vielleicht skurril oder als extreme Ausnahme erscheint, ist innerhalb der Musikwissenschaft eine ganz normale Dissertation, über deren Inhalt und Gestus sich kaum ein Musikwissenschaftler weiter verwundern wird. Insofern wird m. E. eben in dem Fremdheitsgefühl, welches vermutlich die meisten MusiktherapeutInnen bei einer solchen Arbeit überfällt, die Andersartigkeit eines Musikbegriffes spürbar, der sich in der Musiktherapie durch den anderen Umgang mit Musik herausgebildet hat, ohne dass wir dies vielleicht selbst als etwas Besonderes erlebt haben.

Beispiel 32: Klöckner, Dieter (1989): Instrumentalunterricht für Erwachsene

Als letztes möchte ich ein Beispiel dafür geben, welche Auswirkungen diese so selbstverständliche Auffassung von Musik hat, deren Wesen quasi jenseits der psychologisch-menschlichen Kategorien angenommen wird. Musizieren wird von Klöckner als eine Tätigkeit beschrieben, deren Sinn „in der Wirkung auf die 'eigene Natur' des Menschen" liegt (ebendort S.104). Da vermutet man zunächst eine gewisse Verwandtschaft zu unserem Musikbegriff.

[4] Der Satz geht weiter: „.. daß die verschiedenen Subjekte verbaler Musikrezeption durchaus in der Lage sind, das jeweilige Rezeptionsobjekt als das anzusprechen, was es tatsächlich auch ist: nämlich letztlich nichts anderes als ein Teil oder ein 'Ding' der außersubjektiven Wirklichkeit."

[5] Man weiß wirklich nicht, was einem nun unglücklicher vorkommt, zu glauben, dass die dargestellte Beweisführung naturwissenschaftlich sei, dass Erkenntnistheorie als Frage nach der Möglichkeit von Erkenntnis überhaupt naturwissenschaftlich sein könne oder schlicht die menschliche Durchsichtigkeit des Vorhabens, einen weiteren Diskurs im Vorhinein zu unterbinden und somit in Sachen Gustav Mahler das letzte Wort haben zu wollen.

Zur Frage nach den Beweggründen des Musizierens Erwachsener wird aber dann unterschieden zwischen den quasi wahren und den eher niederen: „Hierbei spielen dann neben direkt auf die Musik, die praktische Beschäftigung mit ihr und das bessere Verstehen von musikalischen Zusammenhängen ausgerichteten Wünschen auch solche Gründe eine Rolle, bei denen die Musik mehr als Medium zur Verwirklichung anderer Bedürfnisse gesehen wird (S. 104, Hervorhebung RT):

(Nicht wahr, man erwartet jetzt irgendwie etwas Unanständiges oder Ehrenrühriges, eine Art Musikmissbrauch. Stattdessen kommt aber:)

„Suche nach Sinnerfüllung des eigenen Lebens und vor allem die Suche nach sozialen Kontakten." (ebendort)

(Für uns wäre es das doch:
Ein sinnerfülltes Leben im sozialen Kontakt mit anderen.
Das hat im Musikbegriff der Musiktherapie offensichtlich
eine völlig andere Konnotation als hier.)

Ergänzt werden muss an dieser Stelle, dass dieser Autor durchaus einen uns nahestehenden Impetus hat, der dem Musizieren erwachsener Laien einen persönlichkeitsfördernden Wert zumisst. Hier zeigt sich eher gerade im Kontrast zum gewollten Impetus die Wirksamkeit eines Musikbegriffs, der zwischen „der Musik" als dem „Eigentlichen" und dem doch irgendwie anrüchigen „Sonstigen" unterscheidet, wie dies weitgehend unbemerkt unsere gesamte Musikpädagogik, insbesondere auch die Instrumentalausbildung durchzieht. In der Ausbildung zur Musik hin ist nicht primär die Musik für die Kinder da, sondern die Kinder werden für die Musik selektiert, zurechtgestutzt, hergerichtet oder, wenn sie ein bestimmtes Ideal nicht mehr erfüllen, als unbrauchbar verworfen. Die Frage einer solchen Musikpädagogik lautet nicht: braucht dieses Kind die Musik, sondern: kann die Musik dieses Kind gebrauchen. (Im kleineren Maßstab z.B. Es fehlt noch eine Bratsche, dieses Kind kann gut hören, also wird den Eltern gesagt: „Bratsche wäre das richtige Instrument für Ihr Kind." Zwanzig Jahre später erzählt das ehemalige Kind, dass es immer schon lieber Klavier lernen wollte.)

Eine wie ich finde entlarvende Formulierung dieses Musikbegriffs formulierte Arnold Schering: „Die Geschichte der Musik ist nichts anderes als die Geschichte des Strebens, der gestalteten Tonwelt immer stärkere Geistigkeit einzugeben". Hier gibt es eine Welt, die – wie die platonische Ideenwelt – außerhalb des Menschen existiert und die von den Menschen bedient werden muss, denen sich die menschlichen Interessen (die damit zugleich zu niederen Interessen degradiert werden) unterzuordnen haben. Aus diesem Geist heraus sind wir es z.B. in der klassischen Musikausbildung gewohnt, die (in der Bewertung edleren) Interessen, die sich auf „die Musik" „als solche" ausrichten, hervorzuheben und uns der angeblich „außermusikalischen" Interessen (wie Sinnsuche, soziales Miteinander, bildhaftes Erleben oder gar sinnliche Erfahrungen beim Musizieren) zu schämen. Den Niederschlag dieser musikalischen Sozialisation finden wir in vielen Facetten bei unseren Studierenden.

In einer ersten Version möchte ich nun die Differenz zwischen diesem herkömmlichen Musikbegriff der Musik(-wissenschaft) und dem der Musiktherapie mit folgender Skizze verdeutlichen:

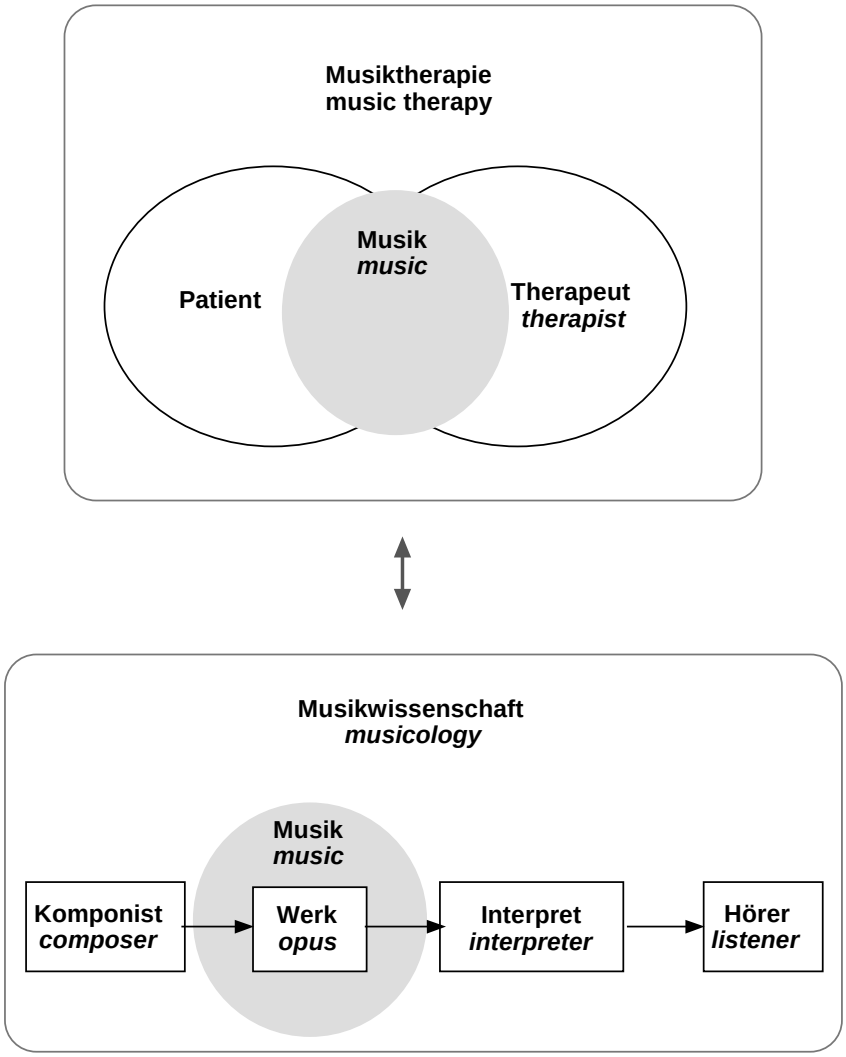


Abb. 1

Im Mittelpunkt des herkömmlichen Musikbegriffs steht das (autonome) Werk, welches als komponiertes, aufgeführtes und rezipiertes analysiert, eingeordnet, erkannt oder verfehlt wird. Hingegen sehen wir in der Musiktherapie Musik als ein Geschehen an, welches sich zwischen Menschen (im engeren Sinne zwischen PatientIn und TherapeutIn) ereignet. Die nachfolgende Skizze versucht einige spezifischere Ausprägungen beider Bereiche aufzuzeigen, auf die ich später zurückkommen werde.

Das lässt sich auch noch einmal psychologisch formulieren: Der einseitig ausgeprägte Werkbegriff in der Musik birgt die Gefahr, Musik zu verdinglichen. Sie als ein Objekt außerhalb unserer selbst anzusiedeln. Sie erscheint als erratischer Block: eben als *die* Musik. In diesem Objekt – als dem uns nicht mehr Innewohnendem, sondern Gegenüberstehenden – glauben wir dann das zu finden, was wir an Schönem, Edlem und Gutem im Alltag nicht verwirklichen können. So wird Musik zum externalisierten Selbst-Ideal, dem wir uns dann zu unterwerfen haben, indem wir uns z. B. als ausübende Musiker einem bestimmten Aufführungsideal nähern oder als Hörer dem Adornoschen Ideal des „strukturellen Hörens“. Zugleich aber entbindet uns das so „feiertäglich Ausgegliederte“ von der Mühe der Selbstverwandlung in Richtung unserer Ideale. Die idealisierte Geistigkeit der Musik verkehrt sich in ihre Verdinglichung, indem sie nicht mehr Teil

unseres (alltäglichen) Lebens ist. Das Ergebnis dieser Spaltung scheint sich mir in dem beliebten Filmmotiv widerzuspiegeln, in dem der Mörder nach getaner Tat klassische Musik auflegt, der Grundstückspekulant am Tage die Schlägertrupps gegen arme Mieter ausschickt und abends am Flügel sitzt und Chopin spielt.

Dem ließe sich von den Erfahrungen der Musiktherapie und der Improvisation – als einer direkten musikalischen Kommunikation – ausgehend, ein Konzept gegenüberstellen, welches Musik als ein Mittel zur Selbstkultivierung und zur Kultivierung unserer Beziehungen versteht. Dabei wäre nicht das Werk und nicht die brillante Aufführung der Mittelpunkt. Dann wäre das Erlernen eines Instrumentes nicht in dem Maße wie es heute der Fall ist zielgerichtet auf den Auftritt – oder das Musikstudium – und all die, die das nicht erreichen, nur der unvermeidliche Rest beim jahrelangen Ausleseprozess der Elite als dem eigentlichen Ziel der Musikausbildung. Dann würde es auch im hohen Alter noch Sinn machen, ein Instrument zu lernen. Dann könnte es auch von Interesse sein, sich damit zu beschäftigen, was eigentlich in all denen vor sich geht, die inzwischen still für sich am Computer sitzen und mit den Musikprogrammen ihre eigene Musik „basteln". Dann wäre Musiktherapie nur ein Spezialfall der „Selbstbehandlung" mit Musik. (s. Abb.2)

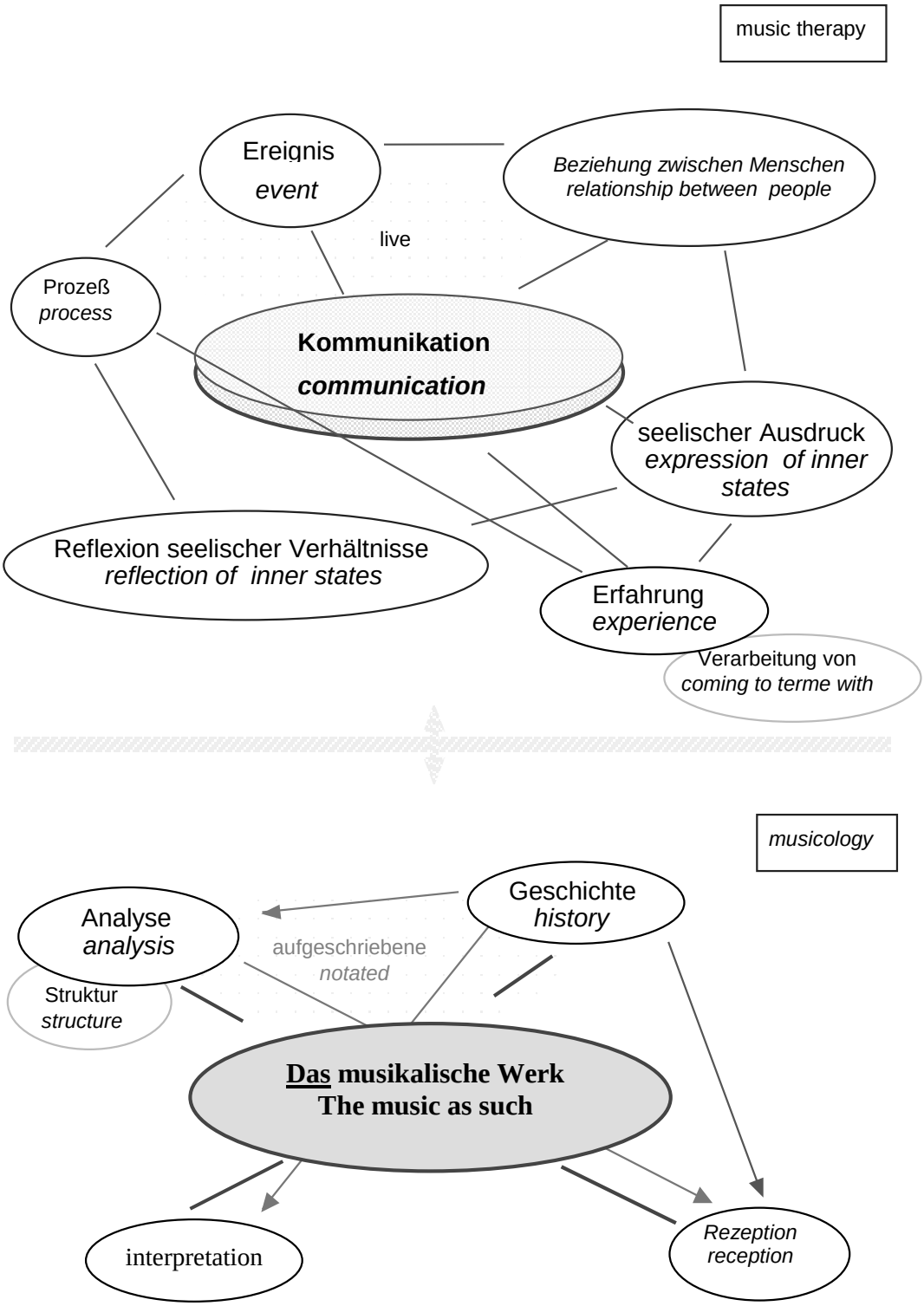

music therapy
Ereignis
event
Beziehung zwischen Menschen
relationship between people
live
Prozeß
process
Kommunikation
communication
seelischer Ausdruck
expression of inner states
Reflexion seelischer Verhältnisse
reflection of inner states
Erfahrung
experience
Verarbeitung von
coming to terme with
musicology
Geschichte
history
Analyse
analysis
aufgeschriebene
notated
Struktur
structure
Das musikalische Werk
The music as such
interpretation
Rezeption
reception

Abb. 2

Intermezzo 1: Unterschiede des Musikbegriffs innerhalb der Musiktherapie

Nicht gänzlich vernachlässigen dürfen wir natürlich die Tatsache, dass es auch innerhalb der Musiktherapie unterschiedliche Auffassungen zur Musik gibt. Da ist am einen Ende das Stichwort „Musikapotheke" zu nennen. Auffällig ist allerdings, dass eine solche Praxis der medizinähnlichen Verordnung bestimmter Musik gegen bestimmte Störungen oder Leiden von den meisten MusiktherapeutInnen abgelehnt wird, obwohl – oder gerade weil – diese Vorstellung von Musiktherapie im öffentlichen Bild übermäßig präsent ist. Dennoch gibt es ja auch musiktherapeutische Richtungen, die stärker mit musikalischen Werken arbeiten und in denen dann die Beziehungsarbeit mehr im Verbalen stattfindet oder auch an die Mitbehandelnden delegiert wird.

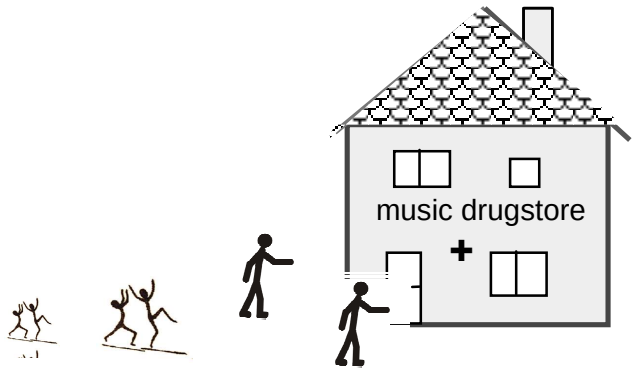


Abb. 3

Aber auch dort, wo die musikalische Improvisation weitgehend im Zentrum des therapeutischen Geschehen steht, unterscheiden sich die Auffassungen. Deutlich ist dies z. B. in der Vorstellung, dass Musik, da sie geordnet ist, ordnend auf Seelenverhältnisse wirkt, die als ungeordnet, chaotisch oder verwirrt angesehen werden. Hier besteht die Vorstellung, dass Musik im Spielenden unmittelbar das bewirkt, was sie ist, bzw. was ihre inneren Strukturen kennzeichnet. Realisiert wird dies innerhalb der improvisatorisch ausgerichteten Musiktherapie etwa in der Vorstellung: Wenn wir als TherapeutInnen durch unser Mitspielen es schaffen, dass die gemeinsame Musik strukturierter wird, dann „geben" wir dem Patienten damit die ihm fehlende Struktur. Eine Vorstellung, die gerade in bezug auf die Arbeit mit Schizophrenen häufig anzutreffen ist. Sie ist nach meiner Erfahrung oft verbunden mit einem idealisierenden Musikverständnis, in dem Musik als der Inbegriff des Erwünschten erlebt wird. (Und mit einer bestimmten Vorstellung von Schizophrenie, die die beeindruckende Strukturierungsleistung negiert, die im Aufbau einer eigenen (Wahn-) Welt auch zu sehen ist.).

Neuere Tendenzen in der Musikwissenschaft

Ich stimme mit Gary Ansdell (1997) überein, dass es auch in der Musikwissenschaft neuere Tendenzen gibt, die über das bisher Gezeigte hinausgehen. (Allerdings bin ich – vielleicht aus deutscher Sicht heraus – nicht ganz so optimistisch wie Gary Ansdell bezüglich der Frage, ob es wirklich berechtigt ist, schon von der neuen Musikwissenschaft zu sprechen, was ja eine gewisse Durchsetzung dieser neueren Strömungen beinhalten würde. Schaut man sich die Lehrstuhlbesetzungen in Deutschland an, so zeichnet sich eine solche Tendenz eher nicht ab.) Ich möchte einige dieser neueren Positionen kurz darstellen.

1. Jobst Fricke, Köln

Ursprünglich aus der musikalischen Akustik kommend, vertritt Jobst Fricke seit einigen Jahren einen Ansatz, den er als systemische Musikwissenschaft charakterisiert. Eines seiner wesentlichen Anliegen ist die Interdisziplinarität, womit auch der weitgehend fehlende Fachaustausch zwischen den verschiedenen Bereichen innerhalb der mit Musik befassten Fachgebiete (z.B. Musikalische Akustik, Musikpsychologie, Historische Musikwissenschaft, Ethnologie, Musikpädagogik und Musiktherapie) gemeint ist. Als Grundsatz und Zentrum seiner systemischen Musikwissenschaft formuliert Fricke (1991, S. 169): „Jede Betrachtung musikalischer Klangproduktionen sollte explizit oder implizit in dem Bewußtsein erfolgen, daß Musik von Menschen für Menschen gemacht wird. Die menschliche Komponente (...) ist bei einer systemischen Betrachtungsweise einer Kunstform unerlässlich."

2. Edward W. Said, Jerusalem, New York

Edward W. Said wendet sich gegen die Musik als absolutem, vom Sozialen abgetrennten Bereich: „Musik ist einerseits wie die Literatur in ein soziales und kulturelles Umfeld eingebunden, sie ist andererseits aber auch eine Kunst, die ganz wesentlich von der individuellen Vortrags-, Rezeptions- oder Kompositionsweise lebt." (1995, S. 8) Auffällig ist für uns allerdings, dass auch hier improvisierte Musik nicht in den Blick kommt. Dies gilt auch für die Forschungsgebiete, mit denen Said sich beschäftigt. Immerhin aber kommt bei ihm das aktive Musizieren und die subjektive Perspektive in den Blick: „Und ich wage zu behaupten, daß uns letztendlich das Spielen von Musik am meisten befriedigt."

Saids Fokus ist der Zusammenhang zwischen individueller Erfahrung und öffentlichem Bereich. Er liefert in Anknüpfung und Auseinandersetzung mit Dahlhaus und Adorno interessante sozialkritische Analysen. Auch hier steht aber das musikalische Werk im Zentrum und bestimmt den Musikbegriff.

3. Christian Kaden, Dresden, Berln

Der Musikwissenschaftler Kaden versteht seine Forschungen als musikologische Lebensforschung und beschäftigt sich tatsächlich auch mit musikalischen Formen, in denen Menschen direkt miteinander kommunizieren, so wie wir es auch in der musiktherapeutischen Improvisation kennen. So liefert er z. B. eine eindrucksvolle Analyse eines „singing-crying" der Kalali in Papua-Neuguinea (1993). Musik ist für ihn kein „Nachklang (...) des Lebens. Sie stiftet menschliches Miteinander, menschliche Kommunikation, Interaktion. Sie ‚organisiert' soziales Leben, verleiht ihm Struktur. Und wenn es gut geht (...) hilft sie, Leben zu fördern und zu bewahren." Musik wird hier nicht als externalisiertes Werk gesehen, sondern musikalische Form und Leben formen sich aneinander: „Musik gewinnt aus Lebensprozessen ihre Form – und sie gibt dem Lebendigen Form zurück."

4. Gary Ansdell, London

Gary Ansdell fasst neuere Entwicklungen in der Musikwissenschaft im angelsächsischen Sprachraum zusammen. Die aufschlussreiche Zusammenstellung scheint tatsächlich ein anderes Bild zu zeigen als sich dies im deutschen Sprachraum aufdrängt.

„Die neue Sichtweise (bezogen auf verschiedene Quellen) sieht Musik:

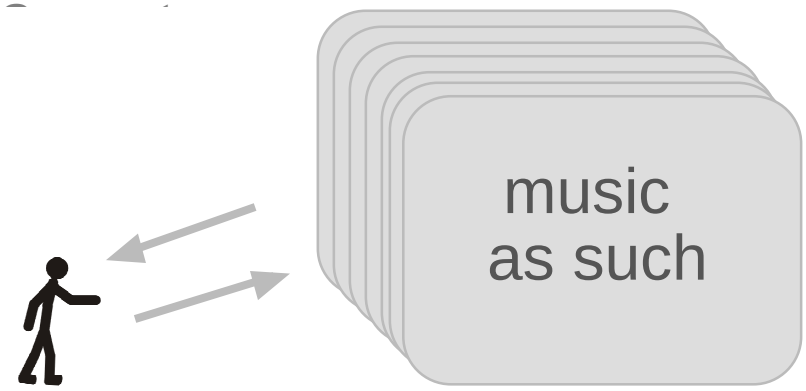
- eher als Prozess denn als Struktur
- als inniger verbunden mit menschlichem Affekt und Bedeutung
- als teilnehmend und von Natur aus sozial
- als bestimmt von Kultur und Kontext
- als aufgeführt, improvisiert und live ebenso wie notiert und reproduziert
- als persönlich, verkörpert (leiblich) und zutiefst menschlich." (1997, S. 37, Übersetzung RT)

Aus dem Artikel von Ansdell soll noch ein weiterer Autor hervorgehoben werden. Lawrence Kramer, so Ansdell, kritisiert die Musikwissenschaft für ihre zu starke rationale Herangehensweise, die Neigung zur generalisierten wissenschaftlichen Erklärung und eine unangemessene Subjekt-Objekt-Spaltung. Von der Position der Postmoderne aus betont er für die Musik die Beziehung gegenüber dem eigenständigen Seinscharakter sowie das Primat von Sinn und Bedeutung. Wie Fricke spricht er sich für einen interdisziplinären Ansatz aus und sieht Musik eingebunden in das gesamte Feld des kulturellen und sozialen Lebens (nach Ansdell 1997, S. 39, Übersetzungen RT).

Dennoch erscheint mir die musikwissenschaftliche Forschung bis auf Ausnahmen von den Fragen, die uns in der Musiktherapie von außerhalb unseres eigenen Fachgebietes weiter bringen könnten doch sehr weit entfernt. Auf der Tagesordnung des Forschungsinteresses steht weitgehend das notierte musikalische Werk, „tote Musik" [6], die musikalische Struktur „an sich" und die mitteleuropäische Klassik (im Sinne des zusammenfassenden Sprachgebrauchs, also inklusive Barock, Romantik, Neue Musik ...). Letzteres wiederum stützt die Fixierung auf die Gleichsetzung von Musik mit dem autonomen musikalischen Werk ab, da es sonst auffallen müsste, dass wir, um nur ein Beispiel von vielen zu nennen, etwa mit der klassischen indischen Musik eine musikalische Hochkultur kennen, die in ihrem Formenreichtum, ihrer Bedeutung und ihrer zeitlichen Kontinuität der europäischen Musik wohl kaum nachsteht, und die erstens eine improvisierte Musik ist und zweitens ausschließlich mündlich überliefert wird. Wenn sich der Eurozentrismus in der Musikwissenschaft lichten würde, wären hier Forschungen möglich, die notwendigerweise auch den auf das Werk zentrierten Musikbegriff relativieren müssten und ihn stattdessen vermutlich als eine zeit- und kulturbedingte Spezialerscheinung erkennbar werden ließen.

Was ich sonst noch weitgehend vermisse vonseiten der Musikwissenschaft sind Forschungen zu musikalischen Situationen wie dem Üben, dem Erlernen eines Instrumentes, Erscheinungen wie dem Karaoke etc. sowie eine wirklich psycho-logische Herangehensweise an die Phänomene des Musikerlebens.

[6] Diese schöne Zuspitzung verdanke ich dem Musikwissenschaftler Gabriel Steinschulte, der diesen Begriff während eines Kolloquiums „Perspektiven und Methoden einer systemischen Musikwissenschaft" an der Universität Köln 1998 einbrachte und zwar in dem Zusammenhang, dass nur 8% der GEMA-Einnahmen aus „lebender Musik" (bekannter als Live- Musik) stammten, während der Rest aus Hörfunk, Fernsehen und den verschiedenen Tonträgeraufnahmen stamme. Steinschulte bezeichnete alle diese medial vermittelte Musik konsequent als „tote Musik", was natürlich heftige Proteste hervorrief.



- a thing
- something outside of our self
- an object

Musik als externalisiertes Selbst-Ideal, dem wir uns dann unterwerfen.

Music as an externalized ideal of the self, to what we subject ourselves.

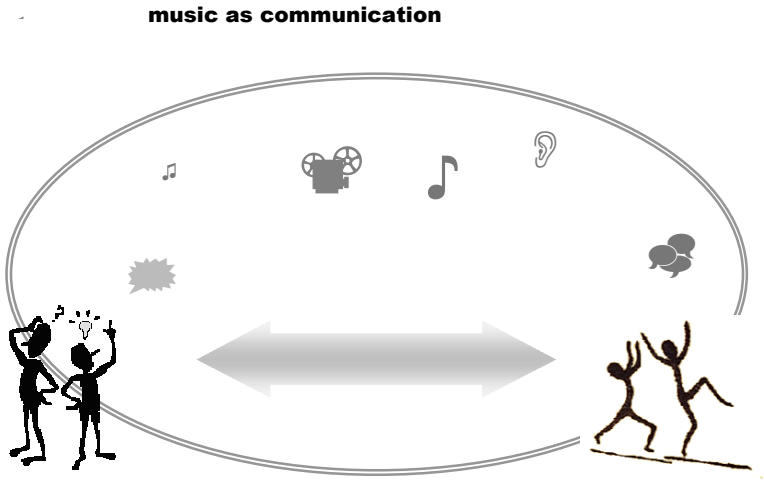


Abb. 4

Musik als eines der Mittel zur Selbstkultivierung und zur Kultivierung unserer Beziehungen

Music as such a medium for cultivating ourselfs and our relationships

Intermezzo 2: Affirmativer und kritischer Musikbegriff heute

Die Rede vom affirmativen Musikbegriff oder von einer „affirmativen Musikkultur" setzt implizit immer ein Unbehagen an der Kultur voraus. Es setzt voraus, dass der, der so redet, der Meinung ist, dass an den bestehenden gesellschaftlichen Verhältnissen etwas zu kritisieren sei. Es unterstellt, dass es so, wie es zur Zeit läuft, nicht weiterlaufen sollte und geht davon aus, dass ein Künstler, eine Musikerin, ein Musiktherapeut daran (auch) mit der Musik etwas ändern möchte. Oder er impliziert – dialektischer gedacht – dass notwendigerweise jede Gesellschaft ihre Widersprüche hat und dass Kunst entweder die Funktion haben kann, diese Widersprüche im schönen Schein zu verbergen oder sie gewahr werden oder spürbar werden zu lassen. Wer mit seiner Musik die bestehenden Verhältnisse bejaht oder keine Widersprüche spürt, macht sich für gewöhnlich keine Gedanken über diese Unterscheidung. Da die Kultur und die gesellschaftlichen Verhältnisse sich wandeln, ist notwendigerweise ebenfalls für jede Zeit (und in verschiedenen gesellschaftlichen Verhältnissen unterschiedlich) zu definieren, wie wir den Bezug zwischen Musik(begriff) und Gesellschaft ansehen.

Durch die Beschäftigung mit der Frage danach, ob wir im Improvisationsunterricht in der Musiktherapie ein affirmatives oder kritisches Musikverständnis lehren, geriet ich bei der Vorbereitung des Vortrages immer wieder an Fragen, die mich sowieso bedrängen, die aber nur am Rande mit Musiktherapie zu tun (zu) haben (scheinen), und es ist mir nicht wirklich gelungen, diese Differenz zu überbrücken und eine stringente Verbindung herzustellen. Und ich muss zugeben, dass diese allgemeineren Fragen mich schon seit längerer Zeit wesentlich mehr beschäftigen als musiktherapeutische Fachfragen. Ich habe daher während des Symposions meine Fragen nach dem Unbehagen an der Kultur, an den derzeitigen gesellschaftlichen Verhältnissen, an der politischen Situation in einer sehr persönlichen Art mitgeteilt, ohne jeglichen Anspruch an eine wissenschaftliche Analyse, aber in der Hoffnung, dass die KollegInnen meine Sorgen teilen. Ich habe dazu über einige persönliche Erlebnisse berichtet, an denen sich das, worum es mir geht, jeweils gebrochen hat. Ich habe dies nun auch in der schriftlichen Fassung beibehalten und würde mich auch auf diesem Wege über persönliche Mitteilungen und Beiträge anderer freuen, wie dies auch während des Symposions entstand.

Eine Zentrierung ergab sich für mich durch einen Artikel des derzeitigen (inzwischen damaligen) Rektors „meiner" Universität in einer universitätsinternen Zeitschrift. Mit Stolz schrieb er über die Bemühungen der philosophischen Fakultät um ein moderneres Profil, eine bessere Zusammenarbeit mit der Wirtschaft etc. und benutzte dabei den Begriff des Humankapitals: Wir, die Universität, die philosophische Fakultät, sind kein Elfenbeinturm, nein, wir sind wertvoll, wichtig, nützlich, denn wir produzieren Humankapital. Das lässt sich verwerten, das kann man verkaufen, das ist für Deutschland ein wichtiges Kapital, das kann man in der Weltwirtschaft (statt Öl, Diamanten oder Kaffee) auf den Markt werfen. „Nein," dachte ich empört, „da mach' ich nicht mit. Das ist nicht meine Universität." Nun gut, der Mann ist Volkswirtschaftler, dachte ich, aber trotzdem: Begriffe reflektieren und schaffen Wirklichkeit und auch wenn es vielleicht Fachbegriffe aus einem anderen Fach sind, muss es erlaubt sein, sie kritisch zu hinterfragen.

Was heißt das: die Universität als Produktionsstätte von Humankapital? Je länger ich darüber nachdachte, desto mehr habe ich mich darüber aufgeregt und desto deutlicher

schien mir, dass das kein zufällig gewählter nebensächlicher Gedanke ist, sondern vielleicht wirklich ein Fokus.[7]

Dazu ein kleiner Umweg: Heidegger beklagte, dass unsere Erkenntnismöglichkeiten z.B. des Waldes dadurch verstellt sind, dass der Wald sich in der Moderne aufgelöst hat in Beständlichkeit. Wir sehen nicht (mehr) den Wald, sondern Waldbestände: Wald als zu verkaufendes Holz, als Naherholungsgebiet, als touristische Attraktion... In der Rede vom Humankapital löst sich der Mensch nun selbst auf in seine Verwertbarkeit, in Kapital, in nutzbaren Mehrwert.[8] Die Frage nach dem, was ein Mensch ist, impliziert m.E. eine Aufgabe, der sich jede Gesellschaft immer wieder neu stellen muss. Wird diese Frage nicht auf diese Weise endgültig verstellt? Das geht über ein Ausnutzen von Menschen durch andere Menschen auch zu Profitzwecken weit hinaus.

Es scheint mir ein Drehpunkt zu sein, der die Welt endgültig ad absurdum führt. Es ist zu beklagen, dass die Menschen schon lange oder immer schon, das weiß ich nicht, dazu neigten, sich die Welt, das heißt die äußere Natur, untertan, zu Nutze zu machen. Die praktischen Folgen der Naturzerstörung brauche ich hier nicht aufzuzählen. Das hat philosophisch, die Erkenntnismöglichkeiten betreffend, aber eben auch die Folge, wie ich sie mit dem Heidegger-Beispiel angerissen habe, dass nämlich das Sein, das Wesen der Natur sich für uns aufzulösen beginnt in Nutzbarkeit, in Kapital, in Mehrwert. Trotz der unübersehbar zerstörerischen Folgen schickt sich die Menschheit – statt endlich umzukehren – als Steigerung dessen nun auch noch an, sich selbst aufzulösen. Oder praktisch gesprochen: Sollen wir als Lehrende aus den uns anvertrauten Menschen möglichst reibungslos verwertbares Humankapital machen? Nicht für die Studierenden, ihre Bedürfnisse, ihre Sehnsüchte, ihre Ziele, ihre Lebensmöglichkeiten, ihre Verwirklichung sollen wir da sein? Nicht der Förderung ihrer Freiheit als Menschen sollen wir uns widmen, sondern, falls sie noch als halbwegs freie Wesen in die Universität hineinkommen, sie als nutzbare Sklaven des Marktes entlassen? Denn, wenn es eine solche Sicht auf den Menschen schon einmal gegeben hat, dann jeweils zu Zeiten und im Zusammenhang der Sklaverei oder im Feudalismus, wenn z. B. Fürsten ihre „Landeskinder“ bei Geldnot an fremde Armeen verkauften.

Die Steigerung ins Absurde besteht allerdings darin, dass bisher wohl kaum eine Kultur vor uns blöde genug war, ein Programm zu entwickeln, mit dem ausgerechnet die eigenen Söhne und Töchter, und noch dazu die jeweilige intellektuelle Elite, zu Sklaven gemacht wurden. Ohne daran etwas beschönigen zu wollen: In den vergangenen Formen der Sklaverei waren immerhin die einen Menschen anderen Menschen als Sklaven unterstellt. Das ist zwar böse, machte aber noch einen gewissen Sinn – zumindest für die einen. Und

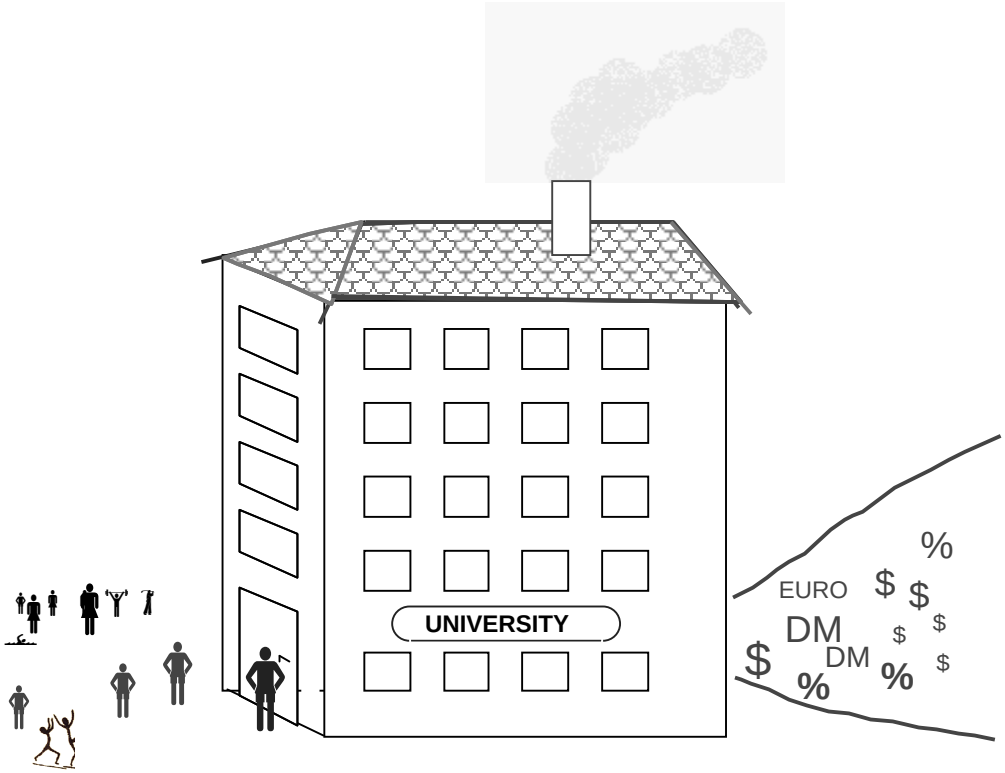
[7] Einige KollegInnen des Symposions meinten in der Diskussion freundlich: Er habe das bestimmt nicht so gemeint. Das glaube ich allerdings nicht. Kürzlich mussten alle Institute unserer Universität Formulare für den sog. Strukturplan ausfüllen. Die Daten darüber, wie viele junge Menschen in welchen Studiengängen studieren, Examen machen, wie viele Lehrende dem gegenüberstehen etc. sind anzugeben unter den Überschriften „Ist-Output“, „Ist-Input“. „Soll-Input“ etc. Von der sprachlichen Grässlichkeit dieser Wortschöpfungen einmal abgesehen: Ist und Soll sind Begriffe, die wir üblicherweise für Geldbeträge benutzen und nicht für Menschen. Und auch Input und Output sind rein merkantile Begriffe. Sie bezeichnen die für einen Produktionsprozess eingesetzten Produktionsmittel und die ausgestoßenen Güter/Waren. Von einem öffentlichen oder nur hochschulinternen Protest über diese Begrifflichkeit ist mir nichts bekannt.

Anmerkung 2005: Inzwischen wurde der Begriff Humankapital zum Unwort des Jahres 2004 gekürt und einer öffentlichen Kritik unterzogen.

[8] Ein neueres Buch, welches – ganz im Gegensatz zur Diskreditierung unentgeltlicher Tätigkeiten durch Zuschreibungen wie „Helfer-Syndrom“ – zur Übernahme von ehrenamtlichen Tätigkeiten motivieren möchte, trägt entsprechend „zeitgemäß“ den Titel: „Der Mehrwert des Guten“ (Luks, Allan; Payne, Peggy 1998)

für die anderen wurde ein Ziel möglich: Entweder selbst vom Sklaven zum Sklavenhalter zu avancieren oder die Sklaverei für alle abzuschaffen. Mit der Rede vom Humankapital gehen wir einen Schritt weiter: Wir schicken uns an, uns selbst, als Mensch an sich, dem Markt zu unterstellen.

Das führt notwendigerweise zu der Frage: Was ist das, der Markt? Hat er eine eigene Existenz ohne uns Menschen? Mit dem Begriff Humankapital verkehrt sich etwas ins Absurde: Der Mensch bringt sich selbst auf den Markt, verkauft sich selbst. Aber an wen? An den Markt? Das heißt, an etwas, was er einst selbst geschaffen hat (um sich zu erhalten), an etwas, was ohne ihn nicht ist. Der Markt, dem das moderne Universitätsmanagement sich stellen zu müssen glaubt, ist so gesehen ein Phantom. Der Markt hat ohne den Menschen kein Sein. Wenn also der Mensch sein Sein an etwas veräußert, was ohne ihn nicht ist, löst er sich selbst auf.



”Wir schaffen das Humankapital für unser Land“

”We create human capital for our country“

? *What about the rest?*

Abb. 5

Nun ein weiterer Gedanke: Wenn die einen Humankapital sind, und wir berechnen, was sie kosten und was sie „ihrem Land" einbringen, was ist dann mit denen, aus denen ein Land, eine Gesellschaft kein Kapital schlagen kann? Was sind sie dann? Ein Kostenfaktor, den wir uns in guten Zeiten vielleicht leisten können? Und was ist in schlechten Zeiten? Was wäre, wenn das Geld einmal wirklich knapper würde? Wenn die einen Humankapital sind, werden die anderen dann Ballastexistenzen?

Beim Mittagessen hörte ich kürzlich einem Gespräch zweier Soziologen oder Politologen zu, die klug und engagiert an einem Vortrag zur Problematik der Arbeitslosigkeit arbeiteten. Neben anderem ging es auch um das Erleben der Arbeitslosen, darum dass die sich überflüssig fühlten (was sie oft auch krank mache, was dann auch wieder Kosten verursache) – und dann kam – eher geflüstert: „Und das Problem ist – objektiv gesehen – sie sind es ja auch."

Das brachte mich erneut ins Grübeln. Was ist das Bezugssystem, von dem aus Menschen überflüssig sind? Es muss eines sein, welches diesen beiden, durchaus nicht zynischen, sondern engagiert wirkenden Kollegen immerhin so selbstverständlich ist, das es ihnen als das Objektive schlechthin erscheint. Auch hier wird wieder deutlich, dass wir uns an einem fatalen Drehpunkt befinden und dass der Mensch dem Markt unterstellt ist. Während in der Ökologiebewegung die übliche Nutzen/Schaden-Verrechnung von Tieren und Pflanzen in die Kritik geraten ist – als anthropozentrisch und insofern der Natur keine eigene Seinsberechtigung zubilligend – sind wir munter dabei, diese auf den Menschen selbst anzuwenden und uns damit unsere Seinsberechtigung selbst abzusprechen.

Indem ich hierbei von „wir uns selbst" spreche, mache ich unwillkürlich eine andere Drehung, indem ich davon ausgehe, dass es entweder eine Seinsberechtigung gibt, die sich auf das Menschsein als solches und an und für sich bezieht oder keine. Diejenigen, die das Bezugssystem der Kosten/Nutzen-Rechnung vertreten, scheinen hingegen eher zu hoffen, dass jeweils sie selbst verschont bleiben. Aber schon in der Angst, selbst einmal herauszufallen aus dem Verdikt der Verwertbarkeit, sind sie davon betroffen. Durch diese Angst richtet sich diese Sichtweise gegen die Freiheit des Menschen – und zwar die Freiheit aller.

Für den Fall, dass Ihnen das alles etwas übertrieben vorkommt, noch einige Beispiele: Vor einigen Monaten gab es einen kleinen Skandal bei der Arbeitslosenstatistik, der dann aber wieder unter den Teppich gekehrt wurde. Es war nämlich aufgefallen, dass man bei der monatlichen Statistik all die nicht mitgerechnet hatte, die gerade krank waren, da die ja nicht der Vermittlung zur Verfügung stünden. Auch alle über 56-jährigen hatte man „herausgerechnet", da sie erwartungsgemäß sowieso nicht mehr zu vermitteln seien. Hätte man die beiden Gruppen mitgezählt, wäre die politisch unverträgliche Grenze von 5.000.000 weit überschritten gewesen, während es so „nur" rund 4.600.000 waren. Was heißt das? Auslöschung? Selbst in der sowieso unerträglichen Reduzierung auf eine Zahl in der Statistik!? [9]

Von einem Kollegen erfuhr ich, dass die Suchtkliniken auch deshalb einen Mangel an PatientInnen haben, weil sich für die über 50-jährige AlkoholikerInnen keine Finanzierung der Behandlung als Rehabilitation mehr durchsetzen lässt. Begründet wird dies damit, dass

[9] Das war September 1998. Inzwischen (Juni 2001) haben sich zwar die Arbeitslosenzahlen etwas verringert, aber die kürzlich ausgerechnet von einem sozialdemokratischen Kanzler in die öffentliche Debatte geworfene „Faulheitsdiskussion" spricht für sich. Sie ist nur zu verstehen als Versuch einer Ausgrenzung der „nicht mehr Verwertbaren" bei gleichzeitig mitgelieferter Gewissensentlastung.

diese Menschen ja erfahrungsgemäß sowieso nicht mehr in den Arbeitsprozess rückführbar sind. Was heißt das anderes als: Sollen sie sich doch totsaufen, das ist billiger. Und wenn wir das weiterdenken, fragt man sich natürlich überhaupt, warum Geld dafür ausgegeben werden sollte, Kranke wieder fit für den Arbeitsmarkt zu machen, wo da doch sowieso schon zu viele sind (s.o.).

Sind wir zu viele?[10] Das stimmt natürlich nicht ganz, denn platt gesagt, braucht der Markt ja auch Konsumenten. Aber wie ist das mit dem Gleichgewicht der Kosten dafür, dass wir Menschen leben lassen, damit sie als Konsumenten den Markt erhalten? Noch scheint es eine Schamgrenze zu geben. Deshalb wird dieses Denken auch zunächst an einer Gruppe wie den Alkoholikern ausprobiert. Ihre Anerkennung als Kranke ist noch relativ neu und sie scheinen sich für den Test, ob es Empörung geben wird oder nicht, besonders gut zu eignen, weil man sich darauf verlassen kann, dass viele denken werden, die sind doch selber schuld.

Aber es gibt auch in anderen Bereichen deutliche Anzeichen, wenn auch etwas schwerer zu erkennen. In der Alzheimer-Gesellschaft ist derzeit Unruhe ausgebrochen, weil Prof. Dr. Bruder sich in seiner Funktion als Vorstandsmitglied und im Namen von 600.000 Alzheimerkranken und ihrer Angehörigen für die Unterzeichnung der sogenannten Bioethik-Konvention ausgesprochen hat. Warum ist das ein Skandal? In dieser Konvention – und übrigens auch in Bruders Texten – wird das Interesse der medizinischen Forschung über das Recht der Unverletzlichkeit und Würde des Menschen, in diesem Fall „nicht-einwilligungsfähiger Personen", gestellt. Denn es wäre dann erlaubt, sogenannte „fremdnützige Forschung" an geistig Behinderten, dementen, altersverwirrten und psychisch Kranken, die alle ihre Einwilligung nun einmal nicht mehr geben und sich dem nicht verweigern können, durchzuführen. Fremdnützige Forschung heißt: medizinische Experimente, die für den Betroffenen selbst keinen therapeutischen Nutzen haben, sondern lediglich „dem medizinischen Fortschritt" nutzen (bzw. dem, was wer auch immer als solchen definiert). Natürlich liest man in den entsprechenden Begründungen nichts von den Karriereinteressen der Mediziner, die das vertreten, sondern das Leid z.B. der Alzheimerkranken und ihrer Angehörigen wird geschickt in Szene gesetzt und dann mit dem Interesse zukünftiger Generationen an der Verhinderung solcher Krankheiten argumentiert.

Was heißt das anderes als die Auffassung zu vertreten, dass in einem makaberen Generationenvertrag die derzeit lebenden Kranken, wenn sie denn schon so viele Kosten verursachen, sich doch wenigstens als Forschungsleiber nützlich machen können. Das wird auch darin deutlich, dass es nur scheinbar einschränkend heißt, dass auf diese Personengruppe nur dann zurückgegriffen werden soll, wenn sich keine anderen freiwilligen Versuchspersonen finden lassen. Was werden das für Versuche sein? Ein Skandal aus Schweden lässt Böses ahnen: Wer anderes als nichteinwilligungsfähige geistig Behinderte, wäre bereit gewesen, sich monatelang mit Süßigkeiten voll stopfen zu lassen, um auszutesten, wie Karies entsteht und wie sie sich unbehandelt weiterentwickelt?[11]

---

[10] Kurioserweise hat auch hier im Zeitraum von knapp drei Jahren die öffentliche Diskussion eine andere Färbung bekommen. Nun scheinen wir eher zu wenig zu sein. Schnelle Wechsel wie Börsenkurse.

[11] Eine aktuelle Ergänzung: In dieser Woche sprach sich der Ministerpräsident des Landes NRW Wolfgang Clement, von einer Israelreise zurückkommend, für die „Einfuhr" von embryonalen Stammzellen aus Israel zur Verwendung durch deutsche Forscher aus. Eine neue Variante des Terminus „Humankapital"? In diesem Fall aus Sicht Israels. Aus deutscher Perspektive angesichts der furchtbaren Experimente der deutschen Medizin im Nationalsozialismus an deutschen Juden darüber hinaus auch eine kaum noch zu übertreffende politische Geschmacklosigkeit.

Ein neuer Musikbegriff?

Zurück zur Frage danach, welchen Musikbegriff wir in der Musiktherapie und speziell in der (Lehre der) musiktherapeutischen Improvisation vertreten. Mit der musikalischen Improvisation, wie wir sie in musiktherapeutischen Studiengängen lehren[12] vertreten wir eine Musikausübung, die Musik als direkte Kommunikation zwischen Menschen in den Mittelpunkt rückt. Wir lehren Musik als Beziehungsgestaltung zwischen (zeitlich und räumlich anwesenden) Menschen und als (oft unbewusst bleibende) Mit-Teilung von Empfindung und Selbst- und Welterleben. Wir lehren Musik als Prozess und Ereignis, auch wenn die Studierenden an anderer Stelle auch ihren Produktcharakter kennen lernen (z. B. bei der nachträglichen Analyse musiktherapeutischer oder anderer Improvisationen). Die Studierenden erfahren Musik als seelischen Ausdruck, als Reflexion seelischer Verhältnisse und zugleich als Mit- und Neugestalterin dieser Verhältnisse.

Sie lernen Musik kennen (in der Lehrmusiktherapie, den Praktika, den Fallbeispielen) als ein Medium, dessen sich das Seelische unvoreingenommen bedient, um „Geschichten über das Leben zu erzählen", die es in Sprache nicht erzählen kann, die dennoch Geschichte geworden sind im Sinne der weiterhin wirksamen verinnerlichten, also gegenwärtigen Vergangenheit. Und sie können erfahren, wie sich die aus Beziehungen stammenden Strukturen in der musikalischen Beziehung zum einen niederschlagen und sie als TherapeutInnen mit hineinziehen in das Erleben des anderen, aber auch, dass es möglich ist, innerhalb der musikalischen Beziehung neue Erfahrungen zu machen, die zu einer umwandelnden Verinnerlichung werden können. Im Improvisationsunterricht wie in der Supervision nutzen wir Musik darüber hinaus als Erkenntnismittel, z. B. indem wir psychologische Verhältnisse und Fragestellungen musikalisch mit Hilfe des Improvisierens ausloten (vgl. Tüpker 1996 und 1998).

Die Musiktherapie hat damit einen eigenen Musikbegriff ausgeprägt, den weiter herauszuarbeiten sich sicherlich lohnen würde. Er birgt m.E. ein kritisches Potential, welches sich der Tendenz der Verwertungsgesellschaft entgegenstellt.[13] Er könnte über den musiktherapeutischen Behandlungsrahmen hinaus auch andere Bereiche des Musiklebens befruchten und der Musikwissenschaft wie auch der Musikpädagogik Impulse geben, die zu einer Bereicherung im Umgang mit Musik führen könnten.

---

[12] In meinem zum Symposion erschienen Aufsatz: „Reflexion seelischer Verhältnisse in der musiktherapeutischen Improvisation" beschreibe ich konkret meine persönlichen Erfahrungen in der Lehre von Improvisation im Rahmen der Musiktherapieausbildung.

[13] Wie schwierig hier die Abgrenzungen sind, zeigt die Medienrezeption einer Studie von Hans Günther Bastian. In den Medien hieß es verkürzend und zugleich reißerisch, dass die Forscher nachweisen konnten, dass Kinder, die in ihren Schulen verstärkt Musikunterricht erhielten, intelligenter werden und ein besseres Sozialverhalten zeigen. Bastian selbst hat sich gegen diese Vereinfachung und auch gegen die Umdeutung des Interesses in die Legitimation über Transfereffekte in der Neuen Musikzeitung gewehrt (Nr. 4/01): „Wir wollten mit primär bildungspolitischer Motivation nachweisen, was Kindern in ihrer Prsönlichkeitsentwicklung entgeht, wenn der Staat sich vor Musik oder besser noch vor einer erweiterten Musikerziehung drückt."

LITERATUR:

Ansdell, Gary (1997):. What has the New Musicology to say to music therapy? In: British Journal of Music Therapy, Volume 11/2

Bastian, Hans Günther (2000): Musik(erziehung) und ihre Wirkung. Eine Langzeitstudie an Berliner Grundschulen. Schott-Verlag, Mainz

Casimir, Torsten (1991): Musikkommunikation und ihre Wirkung. Eine systemtheoretische Kritik. Deutscher Universitätsverlag Wiesbaden.

Fricke, Jobst (1991): Die Wechselwirkung von Mensch und Instrument im Zusammenspiel von Physik und Psychologie. In: Enders/Hanheide (Hrsg.): Neuere Musiktechnologie. Vorträge und Berichte vom KlangArt-Kongreß 1991 an der Universität Osnabrück

Kaden, Christian (1993): Des Lebens wilder Kreis. Musik im Zivilisationsprozeß. Bärenreiter Kassel

Klöckner, D. (1989): Instrumentalunterricht für Erwachsene. In: Holtmeyer, G. (Hrsg.). Musikalische Erwachsenenbildung. Schott Mainz

Kramer, Lawrence (1995): Classical Music & Postmoderne Knowledge. University of California Press

Luks, Allan; Payne, Peggy (1998): Der Mehrwert des Guten. Wenn Helfen zur heilenden Kraft wird. Herder, Freiburg, 1998

Said, Edward W. (1995): Der wohltemperierte Satz. Musik, Interpretation und Kritik. Carl Hanser Verlag, München/Wien [orig.: Musical Elaborations, Columbia University Press 1991]

Tüpker, Rosemarie (1996a): Supervision als Unterrichtsfach in der musiktherapeutischen Ausbildung. In: Musiktherapeutische Umschau, Band 17/3-4

Tüpker, Rosemarie (1996b): Supervision im Erleben von Studierenden der Musiktherapie. (wie 1996 a, aber mit den genaueren Daten der Fragebogenuntersuchung) Einblicke, Heft 7

Tüpker, Rosemarie (1998): Reflexion seelischer Verhältnisse in der musikalischen Improvisation. In: Lenz/Tüpker: Wege zur musiktherapeutischen Improvisation. LIT-Verlag, Münster 1998

Wolf, Rainer (1986): Zur objektiven Erkenntnis von Musik. Musikwissenschaftliche Dissertation, Freiburg i. Br.

Wo ist die Musik, wenn wir sie nicht hören?[14]

BUCHBEITRAG

1.3

Zusammenfassung Musik wird hier als ein Phänomen herausgearbeitet, welches sich im Wirkungsraum zwischen Menschen ereignet und diesen zugleich in besonderer Weise gestaltet. Sie wird im Subjekt als eine Codierung von Beziehungserfahrungen bewahrt, und Beziehungserfahrungen kommen in Musik zum Ausdruck. Grundlage dieser Thesen bilden qualitative Untersuchungen zum Erlernen eines Instruments, zum Üben, zum Verhältnis von Musiker und Instrument, zum Singen, zur Improvisation im Alltag sowie Analysen der Beziehungssituation in der musiktherapeutischen Improvisation. Es kann gezeigt werden, dass Musik Gestaltung und Gestaltet-Werden an der Grenze zwischen zwei Phänomenen ist, so z.B. zwischen Spieler und Hörer, Komponist und Interpret, Musiker und Instrument; ‚Ich und Welt', zwischen musikalischer Vorerfahrungen und aktuell gehörter oder gespielter Musik; ferner dass Musik zugleich dieses ‚Dazwischen' zu einem sinnlich erlebbaren Wirkungsraum gestaltet. Es wird gezeigt, wie Musik Übergänge und Verbindungen schafft und gestaltet auch zwischen Unbewusstem und Bewusstsein, Körperlichem und Seelischem, Außen' und ‚Innen'. Die Eignung der Musik als therapeutisches wie erzieherisches Medium lässt sich daraus ableiten, dass Musik Beziehungsräume entstehen lässt und zugleich helfen kann, Beziehungen als Strukturen zu verinnerlichen, zu bewahren und wieder auffindbar zu machen.

Keywords musicology, musictherapy, music as communication, qualitative research

Ouvertüre

Die Anregung zu der Frage „Wo ist die Musik, wenn wir sie nicht hören?" kommt von einer anderen Frage, die Sloterdijk formuliert hat: „Wo sind wir, wenn wir Musik hören?" (1993, S. 294ff) Ein anderer, weniger prominenter Autor, fragte sich nach einigen Jahren musiktherapeutischer Kommunikation mit schizophrenen Menschen: „Wo treffen wir uns, wenn wir uns nicht treffen?" (Deuter 1996, S. 38ff) Derart seltsame Fragen sollten wir am besten nicht als etwas betrachten, was primär nach Antworten verlangt, sondern als

[14] In: Oberhoff, B. (Hg): Die Musik als Geliebte. Psychosozial-Verlag, Gießen 2003, 99-138

Fahrzeuge, die uns in unserem Denken befördern und uns zu interessanten Orten bringen können: zu Denkwürdigkeiten und Erlebenswürdigkeiten sozusagen. Ziel meines Vortrages, aus dem heraus dieser Artikel entstanden ist, war es daher vorrangig, Prozesse des Nachdenkens und des Austausches über Erfahrungen mit Musik in Gang zu setzen, Vorstellungen und Bilder zu entwickeln, was Musik – psycho-logisch betrachtet – ist. Einige der Gedanken und Anregungen der TeilnehmerInnen wie der anderen ReferentInnen habe ich daher in diese schriftliche Fassung aufgenommen.

Wir sind es gewohnt, von der Musik in den Noten, auf der CD oder der Musik im Radio zu sprechen. Ebenso können Sie, als Leser und Leserin, an dieser Stelle einen kleinen Moment innehalten und versuchen, sich an eine Musik zu erinnern, die sie vor kurzem gehört haben. (Vorausgesetzt, Sie hören nicht gerade Musik, während Sie dies hier lesen. Dann müssten Sie die Musik erst abschalten, um sich dann an sie erinnern zu können.) Jetzt, wenn die Musik schweigt, wo ist sie? Haben Sie die Musik noch im Ohr? Wenn eine Musik Sie besonders berührt hat, würden Sie vielleicht formulieren, dass Sie sie noch im Herzen haben. Eine andere Musik scheint in den Knochen zu sitzen, wieder eine andere wird zum Ohrwurm, den man den halben Tag nicht mehr los wird. Wer viele Tage nacheinander über Stunden ein Stück übt, hat es dann schließlich „in den Fingern".

> Das Schöne daran ist: will man es nach Jahren wieder spielen, so merkt man, dass es – nach einer kurzen Phase der Rekapitulation – dort auch noch ist: Viel Gespieltes scheint als ein „Kapital" in den Fingern zu bleiben wie Rad-Fahren-Können, wenn wir es einmal konnten. Das Empfinden in einer solchen Situation des Wiederaufgreifens eines intensiv geübten, aber lange nicht gespielten Stückes ist tatsächlich so, dass man – ohne sich bewusst, „im Kopf", zu erinnern – merkt, dass die Finger noch „wissen", wie sie sich zu bewegen haben, dass die Finger – schneller als der Kopf – „sich erinnern", wie ein Lauf, eine Passage weitergeht.

Während wir diese Art der Beschreibungen meist als Metaphern verstehen, wähnen wir uns wissenschaftlich angemessen, wenn wir sagen, die erinnerbare Musik sei „im Kopf". Damit meinen wir dann das Gehirn, „unsere Schaltzentrale", und denken insgeheim an unseren Computer. Dort im Kopf, stellen wir uns vor, sei alles „abgespeichert", Erinnerungen per Mausklick abrufbar, und das Unbewusste erscheint als ein Pool von Dateien, zu denen wir das Passwort vergessen haben. Nur allzu leicht lassen wir uns derzeit von solchen Computermetaphern leiten und glauben, das sei die seelische Wirklichkeit. Aber unser Gehirn ist kein Computer und außerdem denkt nicht das Gehirn, sondern der Mensch (Erwin Straus, 1956) Und für das Hören und Erleben von Musik gilt das auch. (Seltsamerweise taucht in dieser aktuellen Bilderwelt meist zugleich die Gegensatzbildung von „Kopf" und „Körper" auf – als sei unser Kopf kein Teil unseres Körpers.)

Wo also ist die Musik, wenn wir sie nicht hören? Und wo ist sie, wenn wir sie hören? Ich will dieser Frage und ihren Ausbuchtungen nachgehen, indem ich einige der „Orte" aufsuche, an denen wir für gewöhnlich, alltagssprachlich, assoziativ die Musik ansiedeln – jeweils verbunden mit konkreten beispielhaften musikalischen Situationen: Denn ich denke, dass wir nur anhand konkreter „Fallbeispiele" des Umgangs mit Musik etwas über den psycho-logischen Ort der Musik erfahren können.

Ist die Musik in den Noten?

Vom Blatt spielen

Die enge Verknüpfung, bisweilen fast Gleichsetzung von Musik und Noten ist ein europäisches Phänomen. Sie hat zu tun mit der Bedeutung der schriftlichen Übermittlung von Musik für die Entwicklung der europäischen Musik, die wiederum in wechselseitiger Bedingtheit zur „Erfindung" und Ermöglichung der komplexen Mehrstimmigkeit (Harmonik wie Kontrapunktik) steht, mit der die Spaltung des Musikers in Komponist und Interpret (und Hörer) und letztlich der Werkcharakter des europäischen Musikbegriffs zusammenhängt (vgl. Tüpker 2001).

> Während eine primäre Funktion der Notation in der schriftlichen Fixierung bestand, die von der Notwendigkeit der mündlichen Überlieferung entlastete, kamen andere Aspekte hinzu, wie wir uns unschwer an einer Partitur jedes beliebigen Orchesterwerkes verdeutlichen können: Die Komplexität in der Gleichzeitigkeit des musikalischen Geschehens wäre ohne die Visualisierung des Notentextes kaum denkbar, so dass wir konstatieren müssen, dass die Möglichkeit der Notation eine conditio sine qua non für die meisten Entwicklungen der europäischen Musikstile und -epochen seit Beginn der Mehrstimmigkeit waren. Voraussetzung und Folge lassen sich dabei historisch kaum ausmachen. Zugleich lässt sich zeigen, dass die Notenschrift sich in einzelnen musikalischen Bereichen verselbständigen konnte. So hebt Brandstätter hervor: „Im Laufe der Geschichte jedoch erhielt die Notation zusätzliche Funktionen als Träger musikalischer Bedeutung. Sie kann – unabhängig von ihrer klanglichen Realisierung – selbständige Symbolfunktionen erfüllen." Wir finden Analysen solcher verselbständigter Symbolsysteme z. B. in Bezug auf Werke J. S. Bachs sowohl aus musikwissenschaftlicher Sicht – z. B. Eggebrechts Analyse der Kunst der Fuge – als auch aus psychoanalytischer Perspektive: Leikert zum Wohltemperierten Klavier (1996). Die Frage, ob wir etwas, was „jenseits der klanglichen Realisierung" liegt, als musikalisches Phänomen ansehen wollen, wird jede/r vermutlich für sich unterschiedlich beantworten. Für beide möglichen Antworten gibt es treffliche Argumente, die vermutlich ebenso auf unterschiedliche Erfahrungen mit Musik verweisen wie auf den impliziten Musikbegriff.

Dass aber nicht nur Volkslieder oder die Musik sogenannter „Naturvölker" nicht notiert waren und sind, sondern dass es dem europäischen Entwicklungsgrad durchaus vergleichbare „klassische" Musikkulturen gibt, die ausschließlich mündlich überliefert werden, wie z. B. die indische Musik, ist vermutlich nur einem kleineren Teil der Musikkenner bekannt.

Die Gleichsetzung von Musik und Noten steckt auch in der immer wieder zu hörenden Formulierung: „Ich bin unmusikalisch, (denn:) ich kann noch nicht einmal Noten lesen." In dieser und ähnlichen Selbstbeschreibungen, die nach meiner Erfahrung immer mit einem Anklang der Trauer oder zumindest des Bedauerns ausgesprochen werden, steckt vielleicht eines der tragischsten Überbleibsel einer im wörtlichen Sinne „exklusiven" (das heißt auf Ausschließung und Selektion ausgerichteten) Musikpädagogik.

So wundert es denn nicht, wenn wir das Empfinden haben, die Musik, wenn wir sie nicht hören, lagere in den Notenregalen. Aber die Musik ist nicht in den Noten. Oder umgekehrt formuliert: die Noten sind nicht die Musik. Noten sind bestenfalls Hinweise auf Musik, die

der verstehen kann, der gelernt hat, solchen Hinweisen zu folgen. (Wozu es übrigens ebenso wenig einer besonderen „Begabung“ bedarf wie zum Lesen lernen der Sprachschrift.)

Das Verfolgen der Hinweise der Notenschrift geschieht aber durchaus auch nicht so wie bei einer Schatzsuche, denn dabei befindet sich ja ein bereits existierender Schatz an einem ebenfalls bereits existierenden Ort, den es lediglich aufzufinden gilt.

Die Musik aber, ist sie überhaupt an einem schon existierenden Ort? Wenn sie nicht in den Noten ist, ist sie dann vielleicht im notenkundigen Spieler? Auch das stimmt ja nicht immer: Beginnen wir z. B. als Notenkundige ein uns unbekanntes Stück nach Noten zu spielen – „vom Blatt“ wie es in der Fachsprache heißt – dann folgen wir gewissen Hinweisen, die die Noten uns geben. *Indem* wir das tun, entsteht Musik, erst in *diesem* Moment. Sie entsteht in einem Raum *zwischen* den Noten und unseren musikalischen Vorerfahrungen, zwischen unserem Kopf und unseren Händen, unserer Stimme, unserem Instrument.

Und wenn bei diesem Vorgang z. B. eine zweite Person heimlich lauscht – dann entsteht die Musik auch in dem Raum zwischen dem Spieler und dieser zweiten Person. Oder, wenn eine Kammermusikgruppe, ein Orchester oder ein Chor ein Stück nach Noten zu proben beginnt, auch zwischen den SpielerInnen oder den SängerInnen und dem Dirigenten.

Was ist das für ein Raum, in dem dies geschieht? Gewiss einer, der nicht gleichzusetzen ist mit dem Zimmer oder dem Saal, in dem dies materialiter geschieht. Natürlich bedarf es auch dieses Raumes. Aber gemeint ist auch der Raum zwischen unseren musikalischen Kenntnissen und den Noten, zwischen den kleinen Hinweisen, die einst der Komponist zu Papier brachte und unseren gesammelten musikalischen Erfahrungen und Kenntnissen, zwischen dem, was bei einem Duo, der eine und der andere spielt, vielleicht ohne die Stimme des anderen mitzulesen – also immer zugleich ein wenig überrascht von dem, was vom anderen kommt. Gemeint ist auch das musikalische Spannungsfeld zwischen dem, was die Orchestermitglieder in den Noten erkennen und dem, was vielleicht der Dirigent für eine Vorstellung entwickelt hat.

Dieser Raum ist ein Beziehungsraum, ein seelischer Raum, der erst im Moment des musikalischen Erkundens entsteht. Es gibt ihn in dieser Ausgestaltung zuvor nicht. Es ist ein Wirkungsraum, *in* dem Musik entsteht und zugleich ist es der musikalische Wirkungsraum selbst.

So führt uns unsere komische Frage, wo die Musik ist, wenn wir sie nicht hören, zunächst einmal zu der Aussage, dass die Musik eigentlich nirgendwo sein kann, weil es den Raum, in dem sie sein könnte, noch gar nicht gibt, bevor sie zu hören ist. Denn es ist ja auch nicht so, dass sie nach Art eines Puzzles zum Teil in den Noten, zum Teil in uns, dem heimlichen Zuhörer etc. ist und dies dann zu einem Bild zusammengesetzt wird. Denn was wäre etwa mit den Puzzleteilen, die im heimlichen Zuhörer sind, wenn es den nicht gibt. Die Musik wird nicht zusammengesetzt.

Wir haben es bei der Musik, die wir vom Blatt spielen also mit einem Schatz zu tun, der nirgendwo ist und dennoch entsteht, wenn wir den Hinweisen folgen, die uns derjenige übermittelt hat, der diese Musik schon einmal gedacht/gehört hat.

Oder ist die bereits notierte, aber noch nicht gehörte/gespielte Musik vielleicht noch im Komponisten? Auch eine komische Vorstellung, denn der ist meist weit weg und oft auch

schon längst verstorben. Vom Blatt spielen als Telepathie und spiritistische Sitzung? Das scheint es nun auch nicht zu treffen. Und wir spielen ja auch nie – auch nicht, wenn wir denn mehr geübt haben – die Musik, die quasi einst *im* Komponisten war. Immer – auch in der scheinbar „historischsten" Aufführungspraxis – ist die aus den Noten entschlüsselte und gespielte Musik je schon eine andere, ist ein Kompromiss zwischen dem Komponisten und dem Spieler – oft vielleicht ein unfreiwilliger, gerade aus Sicht des Komponisten – aber damit muss er leben: Wer Musik schreibt, Bilder malt… setzt sich aus. Das Werk wirkt nicht als das „Gemeinte", schon gar nicht als das Gewollte, denn durch das Werk hindurch wirkt immer schon auch das Unbewusste (des Künstlers). Aber mehr noch: das Werk wird auch befremdet, indem es in der Welt ist und in anderen (den grundsätzlich immer *auch* Fremden) weiter wirkt. Wer das nicht aushalten kann, muss seine Musik für sich behalten.

Aber auch der Interpret setzt sich bezogen auf die Zuhörer diesem mehr oder weniger freiwilligen Prozess der Befremdung des Eigenen aus, der darin besteht, dass die Zuhörer – psychologisch betrachtet – wohl kaum je das hören, was der Interpret spielt, sondern eine Mitteilung, eine Mit-Teilung aus dem Eigen des Interpreten und dem Eigen des Hörers. Genau genommen müssen wir so davon ausgehen, dass die hundert BesucherInnen eines Konzertes hundert verschiedene Musiken hören.

Noch ein weiterer Gedanke soll an diesem ersten Beispiel ergänzt werden: Untersucht man den hier betrachteten Vorgang des Nach-Noten-Spielens genauer, so muss man feststellen, dass es durchaus nicht so ist, wie manche Klavier- oder Geigenlehrer es uns und sich selbst weismachen möchten: dass nämlich der Spieler zuerst die Noten sieht, sie „im Kopf" in Musik umsetzt, diese „vorhört" und sie dann quasi vom Kopf aus befehlsgebend in die Finger (Kehle ...) schickt. Das sind alles idealisierende Ungenauigkeiten. In Wirklichkeit ist das alles viel unordentlicher, gleichzeitiger und verwobener. Gerade, wenn es gut läuft, ist es ein einziges Indem, Ineinander und Zugleich. Manchmal lesen wir mit den Fingern, hören erst, was wir schon gespielt haben und sind mit den Gedanken ganz woanders und dennoch mitten in der Musik.

Vom Beispiel des Vom-Blatt-Spielens ausgehend, können wir festhalten, dass die Musik, die wir finden, indem wir den Notenhinweisen folgen, erst in dem Moment entsteht, in dem sich dieses Geschehen vollzieht und dass dieses Geschehen zugleich erst den seelischen Raum, den musikalischen Wirkungsraum und den Beziehungsraum geriert, in dem sich diese Musik entfaltet.

Ist die Musik auf der CD?

Die ungehörte Musik in der Wüste

„Aber wie ist es mit einer Aufnahme eines Stückes auf Tonband, Platte oder CD?" können wir uns weiter fragen. Dabei bedarf es doch keines Notenkundigen, um Hinweise zu entschlüsseln, keiner weiteren Interpretation. Das kann alles die Technik. Da ist doch alles, was die Musik ausmacht, als Information gespeichert! Man könnte doch einen CD-Spieler einsam und allein per Funk oder mit Zeitschaltuhr in der Wüste in Gang setzen und eine Beethoven-Sinfonie erklingen lassen.

„Aber was wäre das dann?" müssen wir uns fragen: Musik? Oder wären es lediglich Schalldruckveränderungen in der Wüstenluft? Wird es nicht erst zur Musik, wenn da einer

just in diesem Moment vorbei kommt und das hört? Ist nicht Musik – *als* Musik – an den hörenden, spielenden, an den erlebenden Menschen gebunden?

> Ein Tagungsteilnehmer fragte später, ob sich nicht Vergleichbares auch in Bezug auf Bilder (und alle Künste) aussagen ließe? Dem kann ich nur zustimmen. Auch das Bild im Museum gewinnt ja sein Wesen als Kunstwerk, als Bild nur in seinem Gemalt-Werden, Betrachtet-Werden, Erlebt-Werden, Bedacht-Werden, Besprochen-Werden etc. Es löst sich nicht auf in diese Tätigkeiten und setzt sich auch nicht aus ihnen zusammen und ist dennoch das, was es ist, nur im Beziehungsfeld menschlichen Erlebens.

Hängt nicht die Frage, wann ein akustisches Phänomen zur Musik wird, vom Erleben ab? Formulierungen wie: „Das ist Musik in meinen Ohren", aber auch: „Das ist doch keine Musik mehr!" zeugen von einem solchen Musikverständnis. Damit ist zugleich eine sehr relative Auffassung von Musik (und den anderen Künsten) gekennzeichnet, denn es beinhaltet, dass dem einen Musik ist, was dem anderen als Lärm erscheint – so wie sich dies ja oft zwischen Eltern und Kindern in der Auseinandersetzung um die jeweils neue Musik einer Zeit artikuliert.

Wir kommen damit zu einem Musikbegriff, der Musik als ein Ereignis in den Blick rückt, als ein seelisches Geschehen im kommunikativen Raum zwischen Menschen. Das stünde einer Auffassung, die in der Musik gerne etwas Absolutes, und quasi Übermenschliches oder jenseits des Menschlichen, sehen möchte, diametral entgegen, ebenso wie dem Musikbegriff des autonomen Werkes.

Zur Idee der absoluten Musik in der romantischen Musikästhetik vgl. Dahlhaus, 1978. Zur neueren Kritik eines weiterhin bestehenden absoluten Musikbegriffs verweise ich auf Kaden 1993 und Said 1995. Einen kommunikativen Musikbegriff in der Musikwissenschaft versucht Fricke mit einer an Watzlawik anknüpfenden „Systemischen Musikwissenschaft" zu begründen (1991).

Auch eine andere Grenzziehung wäre betroffen. Strawinsky formulierte einmal, dass auch der schönste Vogelgesang nicht als Musik zu bezeichnen sei, weil er nicht das Ergebnis eines menschlichen Gestaltungsvorganges sei (1949). Auch darin steckt ja eine an den Menschen gebundene Auffassung von Musik. Aber könnte man nicht weitergehen und auch dem Musikhörer und nicht nur dem Komponisten zugestehen, dass er Musik erzeugen kann und zwar allein durch die Art des Hörens?

Müssten wir nicht radikal behaupten, dass Vogelgesang zur Musik werden kann, wenn es denn einer so hört? Der ungehörte „Beethoven in der Wüste" hingegen keine Musik ist.

Niemand wird bezweifeln, dass die Melodien der Vögel Musik geworden sind in den Werken Messiaens. Aber hat nicht vielleicht auch Messiaen Vogelgesang zuerst als Musik gehört, bevor er auf die Idee kam, die „Lieder" der Vögel in seinen Werken zu zitieren?

Ist die Musik im Subjekt?

Musikalische Er-Innerungen

Bisher deutet ja vieles darauf hin, dass wir die Musik, „innen" im Subjekt orten können. So kann – durch einen kleinen Anstoß von außen – früher einmal gespielte, gehörte, erlebte Musik – oft in ihrer kompletten musikalischen Gestalt – wieder aus der zuvor unbewussten Erinnerung hervortreten. Sogar mehr als das: In besonders intensiver Weise kann emotional bedeutsame Musik zugleich andere Er-Innerungen aktualisieren, die mit ihr verinnerlicht und in ihr symbolisiert wurden.

> Denken (summen) Sie als LeserIn an dieser Stelle nur einmal: „We all live in a yellow submarine, yellow submarine, ...". Bestimmt taucht es in Ihnen auf, dieses gelbe U-Boot aus der ‚Grüne der See' und in das ‚Blau des Himmels'. Es hat sich niedergelassen in vielen von uns und mit ihm vielleicht ein bestimmtes Empfinden, eine Spur für eine Leichtigkeit des Lebens, in dem jeder von uns hat, was wir alle brauchen („As we live a life of ease; Every one of us has all we need"), sei es nun als Erinnerung oder als Wunsch oder als eine Mischung aus beidem. Und mit ihm ein Gespür für die Introjekte, die die Musik in uns unzerstörbar, potentiell immer verfügbar (er)halten: „And our friends are all on board; Many more of them live next door; And the band begins to play."

Die durch einen äußeren Anstoß in Erinnerung „gerufene" Musik zieht einen Hof an Empfindungen, Stimmungen, und Bedeutungen mit sich hoch. Diese haben mit vielem zugleich zu tun: mit dem, was im Sinne einer repräsentativen Symbolik in der musikalischen Formenbildung gefasst ist und zum Ausdruck kommt, bei Liedern natürlich auch verbunden mit dem Text, mit der Lebensempfindung der Zeit, in der wir eine Musik viel gehört haben, mit dem, worauf sie uns ganz persönlich eine „Antwort" war (und ist), was sie in uns resonierte und in Schwingung brachte, was sie uns gedeutet hatte und was sie uns – auch dadurch – bedeutet.

Auf den besonderen Implikationen der musikalischen Erinnerung basiert oft die musiktherapeutische Arbeit mit alten Menschen (D. Muthesius 1990, 1999, S. Hansen 1997, R. Grümme 1998). Dabei hat sich gezeigt, dass Musik gegenüber bestimmten leiblichen Zerstörungen (wie Alzheimer-Demenz oder auch Schädel-Hirn-Traumen) quasi resistenter ist als anderes, z. B. als Wörter, aber auch als die schwer bestimmbaren Strukturen, die wir zur Orientierung im Alltag brauchen, ohne dass wir uns je darüber Gedanken machen. Auch zeigt sich in der Arbeit mit Menschen in einem komatösen Zustand, dass Musik eine Verbindung in „weit entfernte" Bewusstseinszustände hinein ermöglichen kann (Gustorff/Hannich 2000).

Auch aus der Säuglings- und Pränatalforschung wissen wir, dass wir im weiteren Sinne Musikalisches (Klänge, Rhythmisierungen, dynamische Strukturen, Stimmtimbre) hören, davon beeinflusst werden und es uns auch „merken" – lange bevor wir gucken oder denken können. (vgl. u.a. Nöcker-Ribaupierre 1986, Papousek 1997, Parncutt 1997, Schumacher 1998, W. E. Freud 1986, 2000)

> Anstelle der vielen Ausführungen zur Verbindung von Musik und „frühen Erfahrungen", die in diesem Zusammenhang zu erwähnen wären, möchte ich hier verweisen auf die Vorträge der Kollegen S. Leikert (2002) und D. Tenbrink (2002), die von zwei unterschiedlichen Modellen die Verbindung von frühen Erfahrungen

und musikalischer Kodierung bzw. Tätigkeit ziehen, wie auch auf die Analyse des 3. Klavierkonzerts von Rachmaninoff durch B. Oberhoff (2002).

Aber wo bleibt die Musik, wo bleiben die Klangerfahrungen, die wir verinnerlicht haben, die in uns sind und nicht wieder hervorgerufen wird? Sind diese dann weg? Sind sie wirkungslos? Lagern sie im Unbewussten und verstauben wie alte Schallplatten im Regal? Brauchen wir eine tontechnisch manipulierte Mutterstimme á la Tomatis, um die intrauterine Klangwelt nach der Geburt fortzusetzen? Wo ist die „Musik der Kindheit", die „Musik der Jugend", all die Jahre, in denen sie nicht wieder ins Leben, ins aktuelle Erleben, gerufen werden?

Wenn wir also zu dem Schluss kommen, dass die Musik, die wir schon gehört oder gespielt haben, im Subjekt siedelt, wofür ja die musikalischen Erinnerung, ihre Unverwüstlichkeit und Langlebigkeit, spricht, so sind damit noch längst nicht alle Fragen beantwortet. Auch stellt sich die spannende neue Frage, in welcher Gestalt denn die Musik sich in uns niederlässt. In ihrer konkreten musikalischen Form oder in einer wie auch immer gearteten Transformierung? Auch hier sollten wir nicht glauben, dass unsere Computermetaphern uns hier eine Antwort geben oder die Forschungen der Gehirnphysiologie.

Psychologisch erschien mir diesbezüglich eher das weiterführend, was S. Leikert über den jungen Punk, Herrn W., berichtete (vgl. Leikert 2002). Dessen Formulierung, die Musik sei sein „emotionales Gedächtnis" finde ich sehr treffend. Sie wurde bezeichnenderweise auch von einigen anderen Tagungsteilnehmern fast wie ein Fachterminus übernommen. Herr W. scheint aber nicht darauf vertrauen zu können, dass diese Musik in ihm sich niederlassen und dort jederzeit für ihn verfügbar, zur Stelle sein wird, wenn er sie braucht. Er, dessen Musik den meisten von uns so zerstörerisch anmutete, scheint seinerseits befürchten zu müssen, dass diese Musik (und das für ihn gerade nicht Zerstörerische, sondern Wertvolle und Lebensnotwendige an ihr) auf dem Weg vom Ohr ins Dunkel des (scheinbaren) Vergessens zerstört würde oder verloren ginge. Mir schien, dass er sie deshalb immer im Ohr (und als CD-Heiligtum) behalten muss. Es ist als käme sie nicht ins Innen, von wo aus sie als Er-Innerung wieder auftauchen könnte, sondern als bliebe sie auf halbem Wege der Verinnerlichung stecken: im Ohr, welches als Organ ja innen und außen zugleich ist. In schwächerer Form kennen wir aber vielleicht alle ein ähnliches Phänomen, wenn wir an Zeiten denken, in denen wir ein bestimmtes Stück wieder und wieder hören mussten – bis wir es „satt" waren, was ja vielleicht auch heißt, dass wir nun genug von dem verinnerlicht hatten, was uns dieses Stück war.

Wir könnten daraus folgern, dass wir die Musik vergessen können müssen, damit sie sich in uns niederlassen kann, uns sicher ist und er-innerbar. Aber – so könnte Herr W. fragen – woher wissen wir, dass sie uns erinnerbar sein wird. ‚Wir wissen es nicht!' müssen wir zugeben. Wir wissen es nicht zuvor!

Und was ist andererseits mit der Musik, die „uns im Blut liegt", noch bevor wir sie als Subjekt je gehört haben. Wieso springen wir auf eine bestimmte Art von Musik an und auf andere nicht? Und zwar auch schon vor aller Erfahrung und Sozialisation? Gerade in der Musiktherapie mit geistig Behinderten finden wir eindrucksvolle Berichte, wie eine bestimmte Musik, die einem Kind ganz sicherlich noch nicht begegnet ist, in diesem eine Resonanz auslöst, als „passe" genau diese Musik zu etwas in seinem Inneren. (Nordoff/Robbins 1983, 1986)

Wieso fühlen wir uns von einer bestimmten Musik verstanden – schon beim ersten Hören? Wieso finden wir eine Empfindung, ein Erlebnis, eine ganze Lebensverfassung manchmal so vortrefflich in einem Stück ausgedrückt, als hätten wir es selbst erfunden – und uns in ihm gefunden?

Wo also ist die Musik, die wir noch nicht gehört haben und die dennoch schon in uns zu sein scheint? Um dieser Frage weiter nachzugehen, möchte ich mit dem nächsten Beispiel darüber nachdenken, wie und woraus wohl Musik entsteht.

Woher kommt die Musik, bevor sie hörbar wird?

Alltagsimprovisationen

Niemand wird wohl glauben, dass Musik fertig in den Subjekten liegt und gelegentlich als musikalische Idee oder gar fertiges Stück hervortritt. Auch der Kuss der Musen oder die göttliche Eingebung scheinen keine sehr befriedigenden Erklärungen abzugeben. Wie also wird Musik?

Ich möchte die Frage der Entstehung von Musik hier einmal nicht am Schaffensprozess der Komponisten behandeln, sondern an einem Phänomenen des Musik-Werden, wie es sich uns bei Untersuchungen über musikalische Improvisationen im Alltag gezeigt hat. Damit sind spontan entstehende musikalische Improvisationen gemeint, bei denen man sich nicht explizit hinsetzt, um Musik zu machen, sondern die – meist unbemerkt – irgendwo mitten in etwas anderem entstehen – etwa so wie Kritzeleien beim Telefonieren oder in langweiligen Konferenzen.

Als Beispiel seien hier zunächst zwei Beschreibungen solcher Alltagsimprovisationen wiedergegeben. (Aus einer unveröffentlichten Untersuchung mit Studierenden der Universität Münster, RT)

Musik in der Badewanne
Dauer: ca. 10 Minuten

„Da liege ich nun und genieße das warme, dampfende, duftende Nass genauso wie die Ruhe. Kurz vor Mitternacht tut sich in diesem hellhörigen Haus wirklich nichts Geräuschvolles mehr.

Ohne es zu merken, während meine Gedanken noch an dem hinter mir liegenden Tag hingen, übernimmt einer meiner Finger – auf die Wasseroberfläche schlagend – den Rhythmus des tropfenden Wasserhahnes. Nach und nach werden die anderen Finger involviert und es entsteht ein Rhythmus, dessen Grundmetrum noch immer der tropfende Wasserhahn angibt. Inzwischen hat meine Aufmerksamkeit den verlebten Tag verlassen und richtet sich nun auf die entstehende Rhythmik. Da die Tropfen des Wasserhahnes durch das Plätschern und Schlagen meiner Hände nunmehr kaum noch zu hören sind, hebe ich meinen

Fuß aus dem Wasser und verstärke das Grundmetrum indem ich die Fußsohle rhythmisch an die Wand patsche. Ja, das ist besser.

Jetzt kann ich lauter rhythmisieren. Irgendwann nehme ich noch den Mund dazu und blubbere an der Wasseroberfläche rhythmische Sequenzen, bis mir das zu anstrengend wird und ich dann doch lieber in leises, luftiges Pfeifen verfalle. Nicht so laut, ich möchte schließlich nicht der nächtlichen Ruhestörung bezichtigt werden.

Nach einer Weile fällt mein Blick erneut auf den Wasserhahn und ich stelle fest, daß die Tropfen inzwischen viel langsamer aus dem Hahn fallen. Mein Rhythmus hat also eine Eigendynamik gefunden. Eine Weile pfeife und plätschere ich noch weiter und genieße dann erneut die Stille und höre nur noch den leisen um mich herum zerplatzenden Schaumbläschen zu …"

Duett mit einem Schiffsmotor
Dauer: ca.15 Minuten

„Im Morgengrauen sitze ich am Bug der Fähre – Überfahrt in den Kreta-Urlaub. Merke, wie ich einen Ton aus dem dunkel-satten Brummen des Schiffsmotors mitsumme.

Es scheint die Oktav als erster Oberton zu sein, denn meine Stimme kippt ganz leicht in die darüberliegende Quinte und die nächste Oktav. Das Schiffsbrummen ist obertonreich genug, um mir bei jedem neu gefundenen Oberton resonanzgebend zu antworten.

Auf diese Weise langsam eingesungen lasse ich mich in die Terz und die nächste Quinte fallen. Die dort (in der Obertonreihe, RT) zu findende kleine (Ruf)-Terz regt zur Abweichung an: Ich singe eine Weile in der entstehenden Childrens-Tune-Melodik - - - schade, die nächsten Töne darüber sind zu hoch für mich. Ich falle wieder in die Obertonreihe des Schiffsmotor, der haltgebend seinen Klang weiterbrummt.

Singe so noch lange im Duett mit dem Schiff, welches mich zu den noch unbekannten Ufern fährt."

Vorausgesetzt, dass wir uns überhaupt darauf einlassen können, die hier beschriebenen Phänomene als Musik anzusehen, können wir gerade an solchen Übergangserscheinungen der Frage weiter nachgehen, wo wohl die hier entstehende Musik war, bevor sie hörbar wurde: Im tropfenden Wasserhahn? Im Schiffsmotor? Oder in dem, der da nach Kreta fährt und in der, die nachts noch badet?

Irgendetwas von der entstehenden Musik ist ja, wie wir zugeben müssen schon in dem, was hier von außen zum Zustandekommen beiträgt: Die Obertonreihe im Schiffsmotorbrummen, das Metrum des tropfenden Wasserhahns sind unabweisbar in der konkreten musikalischen Formenbildung nachweisbar. Und ohne diese Phänomene, die den Personen begegneten, wäre die Musik sicherlich nicht entstanden. Anderes hingegen

würden wir lieber den beteiligten Personen zuschreiben: In ihnen abgelagerte musikalische Erfahrungen (z. B. die möglichen Formenbildungen, die das Gehörte aufgreifen und variieren können), Impulse, die in diesem Moment einen Ausdruck suchen, Strukturen, auf die das, was von außen kommt in einer bestimmten Art und Weise trifft. Dass die hier beteiligten Impulse und Strukturen zwar bewusstseinsfähig, aber in diesem Moment eher unbewusst sind, ist zu vermuten. Selbst der Vorgang solcher Alltagsimprovisationen selbst bleibt, obwohl er in Erscheinung tritt, meist unbewusst – oder zumindest unbemerkt. Manchmal ist es, als „wache" man dann mitten im Geschehen „auf", wird sich seines Handelns bewusst – und wundert sich, was man da tut.

> Das macht das Beschreiben solcher Vorgänge auch zu einem Balanceakt, wie wir dies in den Beschreibungen selbst immer wieder erwähnt finden. In dem Moment, in dem man sich in einem solchen Geschehen befindet und einem dabei einfällt, dass man die „Hausaufgabe" hat, eine solche Situation zu beschreiben, besteht die Gefahr, dass das Geschehen sich nicht weiter entwickelt.

Ist also die Musik, die wir noch nicht hören, und die in einem solchen Moment nach außen dringt, *in* unserem Unbewussten und kann durch ein Äußeres, das zufällig begegnet, hervorgelockt werden?

Wir dürfen uns das Unbewusste aber nicht als einen Ort vorstellen. Auch hilft die Betrachtungsweise nicht weiter, erst sei die Musik unbewusst, dann würde sie hörbar und dadurch bewusst. Denn unbewusst ist auch nicht nur eine bloß adjuvante Eigenschaft einer ansonsten selben Sache, vergleichbar etwa einem selben Gegenstand, der einmal im Dunkeln liegt und dann beleuchtet wird. Unbewusst heißt vielmehr immer auch In-einer-anderen-Form-Sein als das, als was etwas im Bewusstsein erscheint. (Das kennen wir vom Traum: Bildsprache des Traumes, latenter Traumgedanke, manifester Traum, primär- und sekundärprozesshaftes Denken.) Wenn aber Musik möglicherweise in einer anderen Form in uns ist, dann können wir nicht wissen, ob diese Form eine musikalische Form ist oder eine Form, die wir als solche bezeichnen würden. Solange wir sie nicht hören, die Musik in uns, können wir nicht wissen, ob sie Musik ist und wenn wir sie hören, ist sie nicht mehr (nur) in uns.

Die Musik, die in diesen beiden Beispielen entstand, war so, wie sie dann wurde und erklang, auf jeden Fall nicht *fertig* in den Subjekten. Sie war nicht lediglich unbewusst und wurde nun bewusst. Vielmehr entstand sie im *Zwischenraum* zwischen etwas aus der Umgebung und dem Subjekt. Ihre musikalische Formenbildung schuf zugleich eine *Verbindung* zwischen etwas, was wir für gewöhnlich im „Außen" lokalisieren und etwas assoziativ Verwandtem und dennoch gänzlich anderem, welches wir „Innen" anzusiedeln gewohnt sind. (Dass auch diese Ortungen vermutlich nicht vielmehr als Konventionen, kulturtypische Absprachen sind, können wir neben ethnologischen Erweiterungen unserer Vorstellungen z. B. auch daran erkennen, dass kleine Kinder ihre Träume eher im Zimmer ansiedeln als in sich.) (Vgl. Piaget 1988, S. 90 ff)

Aber noch in einem anderen Zwischenraum entstand die Musik dieser beiden Beispiele, in dem Übergangsraum vom „verlebten Tag" zur Nacht, vom vertrauten Alltag zu den „noch unbekannten Ufern". Bei den bisher gesammelten Beschreibungen solcher Alltagsimprovisationen werden auffällig häufig Übergangssituationen geschildert, ebenso wie das Sich-Verbinden mit einem äußeren Phänomen. Auch hier also – wie schon in den Beispielen zuvor – spüren wir die Musik im Dazwischen auf.

Die musikalischen Formen entstehen, indem zweierlei in einem Zwischenraum eine neue Verbindung eingeht. Musikalischer Ausdruck zeigt sich hier als Gestaltung im Moment und an der Grenze.

> Sloterdijk bestimmt interessanterweise auch das Musikhören in einem solchen Übergangsraum, genauer als „im Hinweg und im Rückweg": „… vor der Individuation hören wir voraus – das heißt: das fötale Gehör antizipiert die Welt als Geräusch- und Klangtotalität (...) nach der Ichbildung hören wir zurück – das Ohr will die Welt als Lärmtotalität ungeschehen machen." (...) „Musik wäre demnach immer schon die Verbindung zweier Strebungen, die sich wie dialektisch aufeinander bezogene Gebärden gegenseitig erzeugen." (1993, S. 301)

Sich-Ausdrücken können wir, wenn wir von diesen Beschreibungen ausgehen, bestimmen als ein An-der-Grenze-sein, im Dazwischen von Innen und Außen, Latentem und Manifestem, Seelischem und Materialem. Form ist hier nicht zuvor, sondern etwas gewinnt Form – im Prozess, an der Grenze, wird zu etwas – in unserem Fall zu Musik. (Womit zugleich angedeutet sein soll, dass sich diese Phänomene vergleichbar auch bei anderen Ausdrucksbereichen aufweisen lassen. Es wäre eine weiterführende Fragestellung, wann etwas zur Musik, zum Bild etc. wird.)

Wir können uns diesen Prozess des Musik-Werdens vielleicht als eine Art Umstülpungsvorgang vorstellen: Aus einem Affekt, einem Impuls, einer Verfassung heraus, die ein gewisses Maß an Sättigung und Zuspitzung erfahren haben, quillt etwas hervor, stülpt sich um und tritt als Musik in die mitteilbare Wirklichkeit des Klanges.

Dass Musik in diesem Transformationsprozess zweierlei – und oft dabei Gegensätzliches verbindet, ist eine Erfahrung, die sich auch in dem niederschlägt, wie Musik in Märchen vorkommt. In einer Untersuchung von 66 europäischen Volksmärchen konnte „Musik als Verbindende zweier Welten" (neben anderem) als ein häufig vorkommendes Motiv herausgearbeitet werden. (Tüpker 1999)

Sehr eindrucksvoll finden wir das Motiv des verwandelnden Verbindens (und der bindenden Verwandlung) übrigens auch in der Geschichte von der Entstehung der Syrinx (oder Panflöte): Die Syrinx entsteht als Verwandlung der Baumnymphe gleichen Namens in der ungewollten Umarmung des Gottes Pan. Die schöne Hamadryade, die in den Schneegebirgen Arkadien umherstreifte, wollte sich nicht vermählen und war bisher allen Nachstellungen liebeshungriger Götter erfolgreich entkommen. Nun wurde sie von Pan gejagt, der sie an den Ufern des Flusses Ladon zu fassen bekommt, aber zugleich in der sie bindenden Umarmung nur Schilfrohr umfasst, welches sein Seufzen in dem Klang des so entstehenden Instrumentes wiederhallen lässt, so dass Pan in „schmerzlicher Freude" und vom Zauber des neu entstandenen Klanges getröstet, ausruft: „Wohl denn, verwandelte Nymphe, auch so soll unsere Verbindung unauflöslich sein." (vgl. Schwab, in der Ausg. 1979: S. 24)

So gewinnt die volkstümliche Rede „Musik verbindet" eine mehrschichtigere Bedeutung. Zum einen kann sich in der musikalischen Formenbildung selbst zuvor Getrenntes, Unterschiedenes oder auch Gegensätzliches, manchmal auch Abgespaltenes verbinden. Zum anderen kann die Musik selbst natürlich Menschen verbinden, wie viele Menschen dies von der Erfahrung des Singens im Chor, im Familiekreis, vom Spielen im Kammermusikensemble und Orchester her oder auch von großen Live-Musik-Aufführungen her kennen. Auch in den Beschreibungen der Alltagsimprovisationen finden sich immer wieder Beispiele, in denen Musik zwischen mehreren Personen entsteht und auch diese miteinander verbindet. Hierzu noch ein weiteres Beispiel:

Glasmusik
Dauer: schätzungsweise ca. 20 Minuten

”Wir verbringen unsere Osterferien mit zweien unserer drei Kinder auf Mallorca. Am letzten Abend sind wir mit guten Freunden zum Essen verabredet. Sie kommen mit ihrem jüngsten Sohn und dessen Freund. So sind wir am Tische schon die beachtliche Zahl von acht Leuten. Die vier Buben sitzen sich gegenüber. Ich habe ein von vorneherein mulmiges Gefühl, denn es startet sofort ein lautes Gekicher; ein Geschiebe der Stühle mit viel Lärm bringt die Gläser fast zu Fall.

Wie immer in südlichen Ländern dauert das Essen für die Jungen reichlich lange. Sie fahren fort, dumme Sprüche zu machen. Die Ober haben ihren Spaß. Das recht kleine Restaurant ist bis auf den letzten Platz besetzt. Da erklingt rechts neben mir ein Ton: Hell, schrill, aber ganz gleichmäßig. Mein kleinster Sohn hat sein leeres Limonaden-Glas in Schwingung versetzt. Er steckt sofort eine Ermahnung meinerseits ein. Die drei übrigen Jungen lachen. Kurze Ruhepause, dann wieder ein Ton, diesmal von der anderen Tischseite. Kurz drauf der nächste und dann haben wir alle vier Kinder am schmieren.

Es geht zu wie beim Ballwerfen: Ein Ton erklingt, dann der nächste, dann wieder der erste, dann ein dritter. Zwischendurch wird Mineralwasser dazugeschüttet oder aus einem zu vollen Glas wieder etwas herausgenommen. Dann einigen sie sich alle auf einen Ton. Es dauert mir unerträglich lange bis all die halben, 3/4, 1/4 Töne sich zu einem Ton zusammentun. Dann haben die Buben ihren Ton gefunden und dieser klingt durch den ganzen Raum. Plötzlich kommt aus einer Ecke ein zweiter. Benni (in der Schule LK Musik) jauchzt: „Mann, die kennen ja hier auch Beethoven.“ Drei von uns spielen ganz schnell nach kurzer Absprache ihre drei gleichen Töne, aus der Ecke kommt die große Terz und der Anfang der 5. von Beethoven ist perfekt. Aus einer weiteren Ecke ertönt eine Stimme: „Ta - ta - ta - tam“ und der ganze Laden klatscht Beifall. Irgendwoher erklingt dann noch eine kleine Terz. Mein Kleinster ist erstaunt: „Gibt es hier in Spanien auch einen Kuckuck?“:

Eine Weile schieben sich die großen und die kleinen Terzen durcheinander. Wir Erwachsenen sind völlig platt. Niemand spricht mehr. Es klingen nur die Gläser durch den Raum und nur in Terzen. Die Ober trauen sich kaum, weiter zu bedienen. Irgendwann klatscht ein Ober den entstandenen Rhythmus. Ein paar Spanier nehmen ihn auf. Unsere Kinder sind zunächst ärgerlich, wechseln dann aber auch das 'Instrument'. Es geht eine Weile im Klatschrhythmus durch den Saal.

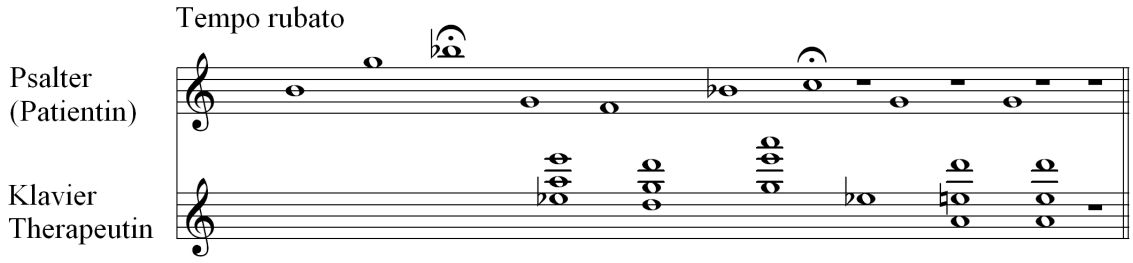
Irgendwann schreit ein Ober dazwischen: „Wir müssen leider unser Essen servieren.“ Von da an wird wieder gegessen und es entsteht eine muntere Unterhaltung zwischen Deutschen und Spaniern quer über alle Tische hinweg.”

Musik entsteht zwischen Menschen ...

Beispiel aus der Musiktherapie

Für die Musiktherapie, meinem eigentlichen Fachgebiet, ist die improvisatorische Entstehung der Musik zwischen zwei Menschen: Patient und Therapeut – charakteristisch.

> An dieser Stelle wurde während des Vortrages ein Klangbeispiel vom Band eingespielt, welches hier ersatzweise in Noten wieder gegeben ist. Die Improvisation entstand in einer der ersten Stunden einer Einzeltherapie mit einer 31-jährigen psychosomatisch erkrankten Patientin (Colon irritabile). Der Psalter, zu dem Frau A. sehr spontan greift, ist ein kleines dreieckig geformtes Saiteninstrument, welches sich zupfen oder mit einem Bogen streichen lässt. Frau A zupft die Töne, sehr deutlich, so dass sie auch gut nachklingen. Die Improvisation ist ungewöhnlich kurz, dabei macht sie einen sehr genau bestimmten, präzisen Eindruck, wirkt dadurch „wie komponiert".



Auch diese Musik war in der hier hörbaren Gestalt weder in der Patientin noch in der Therapeutin. Weder hatte die Patientin das, was sie spielte, vorher musikalisch im Kopf, noch ahnte ich als Therapeutin, was ich spielen würde. In der Patientin aber muss etwas gewesen war, was in dieser Musik sich fand.

In welcher Form war es, dieses Etwas, zuvor? Das lässt sich nur schwer bestimmen. Unbewusst war es ganz sicher – aber nicht in Bildern, wie wir es vom Traum her kennen. Vermutlich in einer Form, Vorgestalt, die auch dem Leiblichen innewohnt, wenn sie auch nicht mit dem Leiblichen selbst gleichzusetzen ist: Ausgangssituation für diese Musik war nämlich die Erzählung der Patientin über ein heftiges, medizinisch nicht näher erklärbares, Schmerzsyndrom (in der Schulter, als sei diese „zertrümmert"), welches sich später als Encodierung oder Engrammierung eines ungeschlossenen Erlebniskomplexes verstehen ließ.

> Sloterdijk bevorzugt in einem vergleichbaren Zusammenhang den Begriff „Tätowierung" und stellt in Anlehnung an Freuds ‚Wo Es war, soll Ich werden' das Motto auf: ‚wo Tätowierung war, soll Kunst werden'. (1988, S. 17) Seine weiteren Ausführungen beziehen sich hier allerdings nicht auf Musik, sondern auf Poesie. Dennoch: Auch die Vorstellung der Entstehung der Kunst im Dazwischen taucht hier wieder auf, und zwar konkreter als *Differenz* und zugleich als ihre Transformierung: „Menschen wachsen in ihre Individualität nicht anders hinein, als indem sie sich einen Reim auf die Differenz von innen und außen machen lernen" (1988, S. 25).

Ich stelle mir solche Engramme als Strukturen vor, die weder konkrete leibliche Strukturen sind, noch Bilder, schon gar nicht Sprache, allerdings auch nicht Musik. Aber – unter günstigen Bedingungen – sind sie sozusagen musikabel: Damit meine ich, dass sie in Musik überführbar, umstülpbar, ent-wickelbar sind. Sie können in Musik über-setzen, in ihr materialiter (klanglich) in Erscheinung treten. Sie können sich in Musik erkennen und zugleich durch ihr Musik-Werden erkennbar, wahrnehmbar werden: für das Subjekt – und für andere.

Wann solche Engramme dazu neigen, sich in Musik umzusetzen, wann wir uns eher „einen Reim" machen, wann etwas zum Tanz, zum Bild, zur Plastik, zur Sprache kommen muss, um zur Welt zu kommen, ist bisher wenig erforscht und vermutlich auch schwer erforschbar. Drei (vielleicht auch mehr) Hypothesen sind hier denkbar:

1. Es hängt von der Art der verinnerlichten Erfahrungen ab (etwa: „frühe" Erfahrungen – pränatale, vorsprachlich, präödipale, ... – werden zur Musik, „spätere" eher zur Sprache etc.).

2. Es hängt von anderen, jeweils unterschiedlichen „Begabungen" oder „Neigungen" eines Menschen ab, zu welcher Kunst- oder Ausdrucksform er greifen wird.

3. Es hängt von dem ab, was einem Menschen aktuell und lebensgeschichtlich an Ausdrucksformen begegnet, was ihm verfügbar (gemacht) wird. Und natürlich könnten wir uns auch ein Zusammenwirken aus diesen drei Aspekten vorstellen. Zumindest lassen sich im Einzelfall für alle drei Hypothese plausible Beispiele finden.

Wir können uns diese Frage dann wiederum auf drei Ebenen stellen: auf der Ebene der Produktion und Rezeption von „Kunst" im engeren Sinne, auf der Ebene der Selbstbehandlung durch Kunst, wie es sie sowohl bei Künstlern als auch bei Laien gibt (vgl. Meyer 1992, Wachwitz-Homering 1993, Laus 1998), und auf der Ebene der methodischen Behandlung im Sinne der künstlerischen Therapien, die ihrerseits von den beiden erstgenannten Ebenen „lernen" – im Sinne dessen, was wir in der Morphologischen Psychologie (Salber 1977) und Musiktherapie „Psychästetik" nennen (Tüpker 1996, S. 248ff). Untersuchungen der ersten beiden Wirkungseinheiten können von daher wichtige Erkenntnisse dazu beisteuern, wie wir Musik therapeutisch nutzen können, indem wir Methoden entwickeln und dem Seelischen zur Verfügung stellen, die dem Seelischen selbst in seinem künstlerischen Tun und Erleben „abgelauscht" ist.

Wenn wir Komponisten, improvisierende Musiker als Menschen ansehen, denen Prozesse der Umwandlung von Erfahrung in Musik für sich gegeben sind – und auf eine Art, die dann für andere bedeutsam wird – so können wir Musiktherapie demgegenüber als eine musikalische Situation betrachten, in der die eine Person (Musiker und Therapeut) der anderen (dem Patienten) dabei hilft, in einer bestimmten Leidenssituation ebenfalls solche Transformationsprozesse in Musik, zur Musik hin zu finden, zu vollziehen – und darin eine Hilfe zu finden. Wenn Leikert davon spricht, dass wir Musik u. a. als Repräsentantin von Beziehungen verstehen können, so können wir dies insofern von der Musiktherapie her bestätigen als in der Improvisation von Patient und Therapeut solche verinnerlichten Beziehungen hörbar und strukturell nachweisbar sind.

Das Faszinierende und Geheimnisvolle daran ist, dass solche Prozesse einer bestimmten Form der musikalischen Kommunikation bedürfen: einer Form, die in gewisser Weise eine Aufhebung der üblichen personalen Grenzen beinhaltet. Dies genauer zu beschreiben, wäre ein eigenes – lohnendes – Thema. In der Psychoanalyse finden wir vergleichbare

Phänomene beschrieben, die sich als theoretischer Rahmen für das, was wir in der Musik mit dem Patienten erleben, anbieten, so z. B. der Begriff des Szenisches Verstehens bei Lorenzer (1973), der Situation *in* der Übertragung gegenüber der Arbeit *an* der Übertragung bei Körner (1989) oder auch der Handlungsdialog bei Klüwer (1983). Auch insgesamt bietet das neuere Verständnis des Zusammenwirkens von Übertragung und Gegenübertragung einen geeigneten Verstehenshintergrund auch für die Prozesse der musikalischen Improvisation in der Musiktherapie.

In der Musik sind solche intersubjektiven musikalischen Entstehungsformen allerdings wiederum nicht an therapeutische Situationen gebunden, sondern ereignen sich ebenso in musikalischen Improvisationen unter MusikerInnen in Alltags-, Proben- wie Konzert-situationen.

Für die Patientin Frau A ereignete sich in der zitierten Improvisation etwas für sie und den weiteren Behandlungsverlauf sehr Wichtiges: Eine leidvoll ungeschlossene Gestalt konnte sich schließen: „Sie haben mir geantwortet." sagte sie: „Nicht auf eine bestimmte Frage, sondern die richtige Antwort überhaupt." Beim Wiederanhören der Musik vom Band konnte sie genau den Ton des Spiels der Therapeutin bestimmen, der für sie diese Antwort war.

Die weiter oben gestellte Frage, wieso wir uns von einem Musikstück verstanden (beantwortet) fühlen, findet vielleicht hier einen Erklärungsansatz. Vielleicht bietet in einem solchen Fall gerade *diese* Mozart-Symphonie, dieser Beatles-Song oder diese Musik aus einer ganz anderen Kultur, einer „musikablen" Struktur in uns zur Musik-Werdung. Vielleicht findet sich, erkennt sich eine vorgestalthafte oder ungeschlossene Gestalt in einem uns begegnenden Stück, wird sich ihrer selbst gewahr. Das würde auch erklärbar machen, wieso wir manchmal, wenn dies besonders gut gelingt, das Erleben haben, ganz in der Musik und zugleich ganz in uns zu sein.

Die „großen Komponisten" können wir so vielleicht als Menschen ansehen, denen musikalische Formen gelingen, die für viele andere zu einer solchen Antwort werden können, zu einer Entschlüsselung und Deutung musikabler Engramme: Entschlüsselung, weil es um einen durchaus schon vorhandenen unbewussten „Text" geht. Deutung, weil dieser eingeschriebene Text, diese dennoch nicht geschlossene Struktur durch die Musik eben auch eine *bestimmte* Bedeutung erhält, in eine bestimmte – und uns fortan (mit)bestimmende – Form gebracht wird. Insofern interpretiert nicht nur der, der in der europäischen Musikkultur „Interpret" genannt wird, die Musik des Komponisten, sondern Komponist und Interpret interpretieren auch seelische Strukturen, ungeschlossene Gestalten, musikable Engrammme der HörerInnen. (Der psychoanalytische Begriff der Deutung ist im englischen und französischen Sprachraum mit dem Wortstamm des Wortes Interpretation identisch.)

... und wird im Subjekt bewahrt

Umgekehrt könnten wir uns nun von hier aus auch vorstellen, dass alle Musik, die wir erleben und je erlebt haben, wie auch unsere auditive Umgebung insgesamt, umgeformt wird in Engramme, Einprägungen, die uns insgesamt mit formen, unsere Leiblichkeit, unsere Bewegungsgestaltung, Gesten, Haltung, aber auch unsere Empfindung, die Formen – und damit auch Möglichkeiten und Begrenzungen – unseres Erlebens und unseres Denkens. Das hieße dann auch, dass auch die Musik, die wir nicht wieder hören, in uns wirksam bleibt.

Und sicher gelten hierbei allgemeine seelische Gesetzmäßigkeiten wie die, dass es besonders prägungsstarke Entwicklungszeiten gibt, dass die Häufigkeit eines Eindrucks, die formende Varianz ähnlicher Episoden eine Rolle spielt und die emotionale Intensität (vgl. die Entstehung der sog. RIG´s bei Stern, S. 160ff). Aber auch die Prägnanz bestimmter musikalischer Formen dürfte eine Rolle spielen sowie der Grad der Übereinstimmung zwischen den Strukturen der eigenen Erfahrung und dem, was wir in einem Stück, einem Lied wiederfinden.

Unsere musikalischen Erinnerungen deuten darauf hin, dass Musik in der ihr eigenen Form in uns bewahrt ist und zugleich anderes in uns bewahren hilft. Zugleich können wir aber auch annehmen, dass die Musik, die wir gehört haben, auch anders in uns wirksam ist und bleibt als in ihrer konkreten musikalischen Gestalt. So wie sie – in ihrem Symbol-Sein – ja immer auch aus anderem besteht als nur aus sich selbst: Wenn etwa das Stimmtimbre der Mutter oder ein oft mit ihr gesungenes Lied die interaktionelle Mutter-Kind-Matrix repräsentiert, so ist dies eben mehr und etwas anderes als die Melodie des Liedes oder das Klangspektrum ihrer Stimme. Und das Erlernen eines Instrumentes, mit dieser unglaublich häufigen Wiederholung gleicher Bewegungsabläufe und repetitativen Einübung in feinste Differenzierung von Empfindungsgestalten, wie dies gerade in der europäischen Musikübung der Fall ist, gestaltet den mit, der das tut. Diese Wirklichkeit begegnet uns in Karikaturen wie in Witzen über den „typischen" Geiger, Posaunisten, die Harfenistin. „Musik bildet". Das stimmt ganz wörtlich: Ein Instrument formt den, der es spielt. Die Geige macht den Geiger. Ist also die Musik in der Geige?

Musik im Dazwischen:

Musikinstrumente

Der bisher – und im Vortrag – unberücksichtige Aspekt der Musikinstrumente soll uns zum Abschluss noch zu einer weiteren Drehung verhelfen, die uns auch davor bewahren kann, nun doch vorschnell zu glauben, wir hätten mit dem „Inneren" des Subjektes nun doch einen Ort gefunden, an dem die Musik verweilt, wenn wir sie nicht hören.

So wie das Instrument den Musiker formt, können wir einen transpersonellen und längeren historischen Prozess beschreiben, in dem die Musik – ihre Formen, ihre Idealbilder, resp. ihre idealen Klangvorstellungen etc. – bestimmte Instrumente hervorgebracht und sich in ihrer Konstruktion handfest und dauerhaft manifestiert hat. Insofern können wir berechtigter Weise auch sagen: Die Musik, die wir nicht hören, ist in den Instrumenten. Musikinstrumente sind inkorporierte musikalische Strukturen.

So ist etwa die zwölftönige Unterteilung der Oktav eine musikalische Grundform, die in unsere Klaviere (Orgeln, Xylophone und viele andere Instrumente) fest „eingebaut" ist. Das heißt umgekehrt praktisch auch, dass wir aus einem solchen Instrument all die Musik herausholen können, die daraus komponierbar (zusammenzustellen) ist (pentatonische, diatonische, 12-Ton-Musik etc.), während anderes, z. B. ein durchgängiges Glissando, 20 Töne in der Oktav, ein Vibrato etc. auf Tasteninstrumenten „nicht drin ist", wohl aber in einer Geige oder einem Cello. Anderes – wie die Frage, ob die zwölf Töne in der Oktav alle den *gleichen* Abstand haben (wie bei der gleichschwebend temperierten Stimmung) oder einen etwas ungleichen (wie bei der mitteltönigen und anderen historisch älteren Stimmungen) – hingegen ist nicht fest eingebaut, aber auch nicht von jedem Spieler frei handhabbar – dazu braucht man (meist) einen Klavierstimmer. Der allerdings kann uns ein Klavier durchaus auch so stimmen, dass dann eine „vierteltönige" Skala drin ist (allerdings

so verteilt, dass es insgesamt nicht mehr als 12 werden), wie dies z. B. für ein Stück des zeitgenössischen Komponisten Klarenz Barlow notwendig ist.

Musikinstrumente geben etwas vor. Sie formen und begrenzen unsere musikalischen Ausdrucksmöglichkeiten. In ihnen sind historisch tradierte Formen latent und manifest zugleich: verborgen und hand-greiflich. Sie sind Holz, Metall gewordene Musik. In ihnen ist jahrhundertealte musikalische Erfahrung und Auswahl verborgen und geborgen. Feiner als bei Tasteninstrumente ist dies z. B. bei einer Sitar erlebbar, deren Bau z. B. mit darüber entscheidet, welche Obertöne hervorhebbar sind und welche nicht, was für die indische Musik, zu der dieses Instrument gehört, eine wesenhafte und primär gestalterische Bedeutung hat, während dieses Parameter in der klassisch europäischen Musik nicht unwirksamen, aber eher sekundär bedeutsamen Gestaltungsprinzipien gehörte. Erspielt ein Sitarspieler sich daher ein neu erworbenes Instrument, so hat er stärker das Empfinden, die in diesem Instrument innewohnende Musik erkunden zu können und zu müssen.

Aber auch europäische Musiker kennen dieses Gefühl, sich die innewohnende musikalische Qualität eines Instrumentes erspielen zu können und müssen. So beschreiben z. B. Probandinnen in einer Untersuchung zur Beziehung zwischen Instrument und MusikerIn von Meyer, wie sie erst gut genug werden müssen, um sich für ein begehrtes teureres (besseres) Instrument würdig zu fühlen.

> Einerseits können diese Aneignungsprozesse im Einzelnen den Vorgang beschreiben durch den ein Instrument zum Selbstobjekt wird, wie D. Tenbrink dies in seinem Vortrag (s. Artikel in diesem Band) ausdifferenziert hat. In der Musiktherapie erleben wir ja immer wieder, wie erwachsene Menschen, die noch nie ein Instrument in der Hand hatten, nun erstmalig zu einem solchen greifen. Dabei gibt es natürlich viele Menschen, denen diese dann fremd, ungewohnt und sperrig erscheinen, und die sie sich in einem – wenn auch kürzeren – Prozess zunächst aneignen müssen, bevor das Seelische sich ihrer auch im Sinne eines subjektiven Objektes bedienen kann. Es gibt aber seltsamerweise auch Menschen, die zum Instrument greifen „als hätten sie immer schon Musik gemacht". Sie wundern sich auch gar nicht über eine Aufforderung wie z. B. die, einen körperlichen Schmerz „zu spielen" (obwohl dies ja zugegebenermaßen ziemlich befremdlich wirken kann), sondern greifen zielsicher zu einem bestimmten Instrument und finden sofort ihren Ausdruck. So übrigens auch die Patientin Frau A. An diesen Beispielen wird m. E. deutlich, dass die Frage, ob ein Musikinstrument zum subjektiven Objekt wird, psychologisch nicht notwendig an einen Einübungsprozess gebunden ist.

Wir können nun von hier aus einen Wechselprozess in den Blick nehmen, der noch einmal betont, dass wir die Musik letztlich nur im Geschehen, im Ereignis, im Dazwischen auffinden: Die im Instrumente geborgene und verborgene Musik muss von einem (entsprechend geeigneten) Spieler in die Wirklichkeit des Erklingens geholt werden. Die im Musiker bewahrte oder neu entstehende Musik muss sich mit dem (entsprechend geeigneten) Instrument verbinden, um in die hörbare Wirklichkeit der musikalischen Mitteilung zu gelangen.

Coda

So scheint die Musik sich immer wieder zu entziehen, wie die Nymphe Syrinx, wenn wir sie an einen festen Ort bannen wollen. Dann wieder taucht sie überall auf: Denn über das Gesagte hinaus sprechen wir ja auch noch davon, dass Musik in einem Bild, einer

Bewegung, einem Satz sei – oder auch in einem besonders gut komponierten Essen. Aber das wäre noch mal ein neues Thema.

Sie erscheint ebenso flüchtig, indem sie immer schon (von Ton zu Ton) im Verklingen ist, wie unzerstörbar, denn sie ist immer auf dem Sprung zu entstehen und aus unserem (scheinbar entferntesten) Inneren wieder aufzutauchen. Sie entsteht im Moment ihres Erklingens. Sie zeigt sich nur im Dazwischen. Sie ist Gestaltung und Gestaltet-Werden an der Grenze und gestaltet zugleich diese Grenze zu einem Wirkungsraum. Sie ereignet sich im Beziehungsraum zwischen Menschen: Spieler und Hörer, Komponist und Interpret, zwei und mehr SpielerInnen und im Raum zwischen Ich und Welt: musikalischen Erfahrungen und den Noten, dem Musiker und seinem Instrument; „Außen" und „Innen". Sie lässt einen Beziehungsraum entstehen und hilft Beziehungen als Struktur zu verinnerlichen und die verschiedenen „inneren Räume" miteinander zu verbinden. Sie schafft und gestaltet Übergänge und Verbindungen auch zwischen Unbewusstem und Bewusstsein, Körperlichem und Seelischem.

LITERATUR

Barlow, Klarenz: Çogluotobüsisletmesi. © Feedback Studio Verlag Köln. Einspielung der Klavierfassung mit Wilhelm Henk, Wergo, Mains

Brandstätter, Ursula (1990): Musik im Spiegel der Sprache. Theorie und Analyse des Sprechens über Musik. Stuttgart: J. B. Metzler Verlag

Dahlhaus, Carl (1978): Die Idee der absoluten Musik. Kassel/Basel: Bärenreiter, dtv

Deuter, Martin (1996): Beziehungsformen in der musiktherapeutischen Arbeit mit psychotischen Patienten. - „Wo treffen wir uns, wenn wir uns nicht treffen?" In: Tüpker, R (Hrsg.).: Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis und Forschung, Münster: LIT, S. 38-60

Eggebrecht, Hans Heinrich (1985): Bachs Kunst der Fuge. Erscheinung und Deutung. München: Piper

Freud, W. Ernest (1986): Beobachtungen des Psychoanalytikers auf Neonatologischen Intensiv-Stationen. In Humana Milchwerke Westfalen eG (Hrsg.): Humana Information Aktuelle Schriftenreihe. Herford

Freud. W. Ernest (2000): Gesammelte Schriften, Bd. 1. Frankfurt. Sigmund Freud Buchhandlung

Fricke, Jobst (1991): Die Wechselwirkung von Mensch und Instrument im Zusammenspiel von Physik und Psychologie. In: Enders/Hanheide (Hrsg.): Neuere Musiktechnologie. Universität Bremen

Grümme, Ruth (1998): Situation und Perspektive der Musiktherapie mit dementiell Erkrankten. Regensburg: Transfer-Verlag

Gustorff, Dagmar / Hannich, Hans-Joachim (2000): Jenseits des Wortes. Musiktherapie mit komatösen Patienten auf der Intensivstation. Berlin: Huber

Hansen, Sylvia (1997): Erinnerungen - ein Weg zur Gegenwart. Musiktherapie mit alten, chronisch kranken Menschen. Musiktherapeutische Umschau 18, S. 94-102

Kaden, Christian (1993): Des Lebens wilder Kreis. Musik im Zivilisationsprozeß. Mainz: Schott

Klüwer, Rolf (1983): Agieren und Mitagieren. In: Psyche 37, S. 828-840

Körner, Jürgen (1989): Arbeit *an* der Übertragung? Arbeit *in* der Übertragung! In: Forum der Psychoanalyse 5, S. 209-233

Laus, Serena (1998): Untersuchung zur Motivation des Musizierens am Beispiel von Laienmusikern. Diplomarbeit, Studiengang Musiktherapie Universität Münster

Leikert, Sebastian (1996): Diskurs der Musik und Einschreibung des Vaternamens im Wohltemperierten Klavier von Johann Sebastian Bach. In: Psyche 50, S. 218-243

Leikert, Sebastian (2002); „Hoffentlich ist es Beton" – Die Rolle der Musik in der Persönlichkeits- und Abwehrorganisation eines frühgestörten Patienten. In: Oberhoff (Hg): Das Unbewusste in der Musi. Psychosozial Verlag, Gießen, S. 59-74

Lorenzer, Alfred (1973): Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Frankfurt am Main: suhrkamp

Meyer, Brigitte (1992): Instrument und MusikerIn. Psychologische Aspekte einer Beziehung. Diplomarbeit, Studiengang Musiktherapie Universität Münster

Muthesius, Dorothea (1990): „Denkt man doch im Silberhaar gern´ vergang´ner Zeiten" - Gruppensingtherapie in der Gerontopsychiatrie. In: Musiktherapeutische Umschau 11, S. 132-140

Muthesius, Dorothea (1999): Gefühle altern nicht: Musiktherapie mit dementiell Erkrankten. Internet-Veröffentlichung: http.www.alzheimerforum.de

Nöcker-Ribaupierre, Monika (1986): Ontogenese des Hörens. In Musiktherapeutische Umschau 7, S. 93-102

Nordoff, Paul / Robbins, Clive (1983): Musik als Therapie für behinderte Kinder. Stuttgart: Klett-Cotta

Nordoff, Paul / Robbins, Clive (1986): Schöpferische Musiktherapie. Stuttgart, New York: Gustav Fischer

Oberhoff, Bernd (2002): Rachmaninoffs Klavierkonzert Nr. 3, 1. Satz: Eine Erinnerung an das Unerinnerbare. In: Oberhoff (Hg): Das Unbewusste in der Musi. Psychosozial Verlag, Gießen, S. 37- 58

Papousek, M. & H. (1997): Stimmliche Kommunikation im frühen Säuglingsalter. In: Keller, H. (Hrsg.): Handbuch der Kleinkindforschung. Bern

Parncutt, R. (1997): Pränatale Erfahrungen und die Ursprünge der Musik. In: Janus, L. /Haibach, R. Seelisches Erleben vor und während der Geburt. Neu-Isenburg

Piaget, Jean (1988): Das Weltbild des Kindes. München: dtv (orig. 1926: La représentation du monde chez l´enfant)

Salber, Wilhelm (1977): Kunst - Psychologie - Behandlung. Bonn: Bouvier (2. Aufl. 1986)

Said, Edward W. (1995): Der wohltemperierte Satz. Musik, Interpretation und Kritik. München, Wien: Hanser (orig. Musical Elaborations, Columbia University Press 1991)

Schumacher, Karin (1998): Musiktherapie und Säuglingsforschung. Dissertation. Hochschule für Musik und Darstellende Kunst Hamburg

Schwab, Gustav (1997): Sagen des klassischen Altertums. Leipzig: Insel 1932 / Frankfurt a. M. 19.-24. Tausend

Sloterdijk, Peter (1988): Zur Welt kommen - Zur Sprache kommen. Frankfurt am Main: edition suhrkamp

Sloterdijk, Peter (1993): Weltfremdheit. Frankfurt am Main: edition suhrkamp

Strawinsky, Igor (1949): Musikalische Poetik. Mainz: Schott (orig. Poétique musicale, 1942. Cambridge/Massachusetts)

Straus, Erwin (1956): Vom Sinn der Sinne. Berlin, Heidelberg, New-York: Springer. Reprint der 2. Auflage

Tenbrink, Dieter (2002): Musik, primäre Kreativität und die Erfahrungsbildung im Bereich der Beziehung zu subjektiven Objekten. In: Oberhoff (Hg): Das Unbewusste in der Musi. Psychosozial Verlag, Gießen, S. 9-36

Tüpker, Rosemarie (1996): Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie. 2., überarb. und erw. Aufl. (1. Aufl. 1988) Münster: LIT

Tüpker, Rosemarie (1999): Musik - eine Zaubermacht? Kritische Untersuchung zur Bedeutung der Musik im Märchen. In: Musiktherapeutische Umschau 3, S. 231-248

Tüpker, Rosemarie (2001): Zum Musikbegriff der musiktherapeutischen Improvisation. In:
Einblicke 11, Zeitschrift des BVM, c/o Schirmer, Weinmeisterhornweg 105, 13593 Berlin,
Wachwitz-Homering, Hanna (1993): Untersuchung zur Wirkungseinheit des Singens. Diplomarbeit, Studiengang Musiktherapie

Selbstpsychologie und Musiktherapie[15]

BUCHBEITRAG

1.4

Zusammenfassung Untersucht werden die Einflüsse der Selbst- und Objektbeziehungstheorien auf die Musiktherapie anhand relevanter musiktherapeutischer Fachliteratur. Nachgewiesen werden konnten im Einzelnen Einflüsse von Melanie Klein, Wilfried Bion, Donald W. Winnicott , Michael Balint, Heinz Kohut und Daniel Stern. Überlegungen zum „music child" bei Nordoff/Robbins aus selbstpsychologischer Sicht reflektieren die Frage nach einem unbeschädigten Keimselbst. Abschließend werden drei Thesen zur Wirkungsweise musiktherapeutischer Behandlung aus Sicht dieser Theorien entwickelt und ausführlicher begründet: 1. In einem Teil der musiktherapeutischen Improvisationen spiegeln sich die verinnerlichten und zu Selbstsubstanz gewordenen Objektbeziehungen der Patienten. 2. Durch die besondere Beziehungssituation in der musikalischen Improvisation kann der mitspielende Therapeut für den Patienten Selbstobjektfunktion bekommen und der Patient kann die sich verändernde Musik so verinnerlichen, dass es zu einer Veränderung im Selbst kommt. 3. Die so verstandene musiktherapeutische Arbeit begründet sich auch darin, dass der Musiktherapeut Musiker ist, in dem Sinne, dass für ihn die Musik Selbstobjektfunktion hat. (Darin liegt der neue Impuls, den die Musiktherapie in den Kanon der Psychotherapien einzubringen hat.)

Keywords musictherapie, self-psychology, objekt relation theories, music child, psychotherapy

1. Einleitung

Die verschiedenen Musiktherapien, die wir heute im Gesundheitswesen, in einer erweiterten Pädagogik und in der sozialen Arbeit antreffen, unterscheiden sich vor allem durch unterschiedliche theoretische Fundierungen und Anbindungen. So finden sich z.B. in dem kürzlich erschienenen Werk „Schulen der Musiktherapie" (Decker-Voigt 2002) die psychoanalytische Musiktherapie, die morphologisch orientierte Musiktherapie, die Gestalt-Musiktherapie und ihre Variante der integrativen Musiktherapie und solche, die sich psychologisch an amerikanischen Varianten der humanistischen Psychologien orientieren. Daneben finden wir erste Ansätze einer Musiktherapie, die sich an die systemische Theorie anlehnt und in den USA finden wir auch Musiktherapien, die einer

[15] In: Oberhoff, B. (Hg.): Die Musik als Geliebte. Psychosozial-Verlag, Gießen 2003, 99-138

verhaltenspsychologischen Orientierung folgen. In ironischer Zuspitzung ließe sich zusammenfassen, dass sich inzwischen jede psychologische Theorie, die etwas auf sich hält, auch eine Musiktherapie leistet oder umgekehrt, dass es keine psychologische Theorie gibt, die vor den MusiktherapeutInnen sicher ist.

Ein Blick in die kurze historische Entwicklung zeigt, dass die Musiktherapie ursprünglich keine Behandlungsform war, die als Anwendung einer psychologischen Theorie entstanden ist. Vielmehr waren es zunächst Musikerinnen und Musiker, die – vor dem Hintergrund der eigenen Erfahrung im Umgang mit Musik – anfingen, andere mit Musik zu behandeln.

Eine meiner Hypothesen lautet daher, dass sich die Musiktherapie in der alltäglichen Selbstbehandlung durch Musik gründet: Damit sind zum einen die persönlichen Erfahrungen der hilfreichen Wirkungen musikalischen Tuns in eigenen Entwicklungen, Krisen und Konflikten derer gemeint, die später MusiktherapeutInnen wurden, zum anderen die Erfahrungen der Gesellschaft, Musik – wie alle anderen Künste – zur Behandlung der seelischen Grundkonflikte zu nutzen. Beides sind psychologisch als die intrinsischen Grundlagen der Musiktherapie anzusehen und stellen den wirklich neuen Impuls dar, den die künstlerischen Therapien der Psychotherapie geben können (vgl. Tüpker 1998).

Bei der Suche nach Theorien, die den MusiktherapeutInnen halfen, ihre zunächst intuitiven Vorgehensweisen besser zu verstehen und zu reflektieren, kam es auch zu ersten Verknüpfungen mit verschiedenen Ansätzen der Selbstpsychologie und der Objektbeziehungstheorien. Im Folgenden wird einigen wichtigen Verknüpfungen nachgegangen, weitere werden neu formuliert und zur Diskussion vorgestellt. Abschließend soll die gemeinsame musikalische Improvisation zwischen Patient und Therapeut als das Kernstück der Musiktherapie unter selbstpsychologischen Gesichtpunkten reflektiert werden: als Widerspiegelung innerer Szenen und als Möglichkeit der Heilung durch die umwandelnde Verinnerlichung förderlicherer Selbstobjekte.

Selbstpsychologie wird in diesem Beitrag nicht im engen Sinne, also im Sinne des Werkes von Heinz Kohut (1977, 1981, 1989) verstanden, sondern allgemeiner als eine Psychologie des Selbst, seiner Entwicklung und seiner objektrelationalen Struktur. Als eine wichtige Erweiterung wird daher auch die Selbstpsychologie Daniel Sterns (1992) einbezogen, mit der ein Gesamtentwurf der *gesunden* Selbstentwicklung vorliegt, und durch die eine bisweilen einschränkende Verkopplung von Selbstpsychologie und Narzissmusforschung vollzogen ist. Ferner werden die Objektbeziehungstheorien als wichtiger Teil der Selbstpsychologie angesehen, wie Bacal und Newman (1994) dies überzeugend dargelegt haben. Sie werden hier als unverzichtbarer Teil einer neueren Sichtweise der Psychoanalyse des Selbst und seiner Beziehungen einbezogen. Eine konkrete Übersicht über die hier einbezogenen Theorien findet sich auf S 130. Die Auswahl ergibt sich dabei vor allem auch anhand dessen, was in der musiktherapeutischen Literatur auffindbar war oder zu einem Verstehen der dort beschriebenen Phänomene beitragen konnte.

Gemeinsam ist diesen Richtungen, dass sie das Augenmerk auf das *Dazwischen* menschlicher Beziehungen legen, vor allem jenes, welches den Menschen in seiner frühesten Kindheit gestaltet und dann als ein Selbst in Abgrenzung und im Zusammenwirken mit anderen verinnerlicht wird. Hierin gründet denn auch die Beziehung zur Musik als einer Kunst im Dazwischen, womit an die Ausführungen der letzten Tagung angeknüpft sei (Tüpker 2002a, 75-102).

Im Japanischen gibt es für dieses Dazwischen das Wort *Ma:*

Das zugehörige Zeichen

setzt sich zusammen aus den Zeichen für Tür

und Sonne

Zusammen mit dem Zeichen für Mensch

heißt es wiederum Mensch

Einige Begriffe der Selbstpsychologie

Für die Leser und Leserinnen, die nicht aus dem Kreis der Psychoanalyse kommen, werden vorweg einige der grundlegenderen Begriffe erläutert, weitere werden jeweils im Verlauf des Textes erklärt.

Das Selbst

Das Selbst, im Sinne der Selbstpsychologie, ist eine Gestalt, die wir erfassen können, indem wir uns fragen: Wer (oder was) ist es, der das hier jetzt liest? Dazu müssen wir innehalten und in uns hineinhören. Wer oder was tut das jetzt – oder verweigert es, sich auf so etwas einzulassen:

Das, was uns da antwortet, ist unser Selbst.

Wenn wir uns einfühlen – und nur dann –, stoßen wir in uns auf eine Gestalt, die wir als Zentrum unserer Wahrnehmungen, Empfindungen, Gefühle, Gedanken, Antriebe und

Intentionen erfahren und in die zugleich alles Wahrgenommene und Erfahrene einzufließen scheint. So erleben wir diese Gestalt als berührbar, formbar, wandelbar durch das Leben und dennoch als eine lebenslang durchgängige Gestalt, kohärent (in sich zusammenhängend) in Raum und Zeit. Eine Gestalt also mit Geschichte, und zugleich eine, die nur in dieser geschichtlichen Entfaltung sich erfüllt. Ein Teil dieser Gestalt ist uns unbewusst.

Zu ergänzen ist, dass wir davon ausgehen, dass auch in jedem anderen Menschen ein solches Selbst antwortet, wenn er oder sie auf diese Art in sich hineinfühlt. Und dass es – nicht immer nur, aber zumindest immer potentiell – auch uns im anderen antwortet, wenn wir uns in ihn einfühlen.

Sprachlich ist hier allerdings auf ein Problem aufmerksam zu machen. Denn, wenn wir uns tatsächlich fragen: „Wer oder was ist es, was dies hier jetzt denkt?", so antworten wir für gewöhnlich mit dem Wort: „Ich", „Ich bin es!" und nicht „Mein Selbst ist es!". Und zu unserem Gegenüber würden wir schlicht sagen: „Du bist es, den ich da erlebe". Die Psychoanalyse muss sich also fragen lassen, warum sie die Gestalt, um die es hier geht, nicht das „Ich" nennt. Die Antwort ist ebenso einfach wie unbefriedigend, denn sie hat m.E. allein wissenschaftshistorische Gründe: Zum Zeitpunkt, als die Psychoanalyse diese Gestalt als psychologisch bedeutsam entdeckte, hatte sie sozusagen den Begriff des „Ich" schon in einem anderen theoretischen Modell, dem sog. Strukturmodell vergeben (Ich – Es – Über-Ich) und da dieses Modell nicht so ohne weiteres in das neue Modell zu überführen war, wurde ein neuer Begriff gewählt und in der genannten Bedeutung tradiert.

Objekt, Objektbeziehungen

Ein Objekt gibt es nie ohne ein Subjekt. Es ist das, was dem Subjekt gegenüber tritt. Ein Objekt ist ein Objekt immer nur für ein Subjekt, es ist gerade nicht das Ding an sich. Insofern ist mit der Bezeichnung Objekt immer eine Beziehung gemeint.

Durch Redensarten wie „Jemanden zum bloßen Objekt machen" wird diese Bedeutung von Objekt verstellt. Auch die Art des (pseudo-)wissenschaftlichen Gebrauchs, das Wort „objektiv" als „unabhängig vom Beobachter", also vom Subjekt des Forschers, zu verwenden, lässt den immer vorhandenen Beziehungsaspekt außer Acht. Den psychoanalytischen Sprachgebrauch vom Objekt kann man daher besser von der Philosophie oder einfacher von unserer Grammatik her verstehen. Wir können einen Satz ohne Objekt bilden, nicht aber ohne Subjekt.

Nehmen wir als Beispiel folgenden Satz: „Fritz liebt Else." Dieser aus Subjekt, Prädikat und Objekt bestehende Satz kann um das Objekt Else gekürzt werden („Fritz liebt."). Wird jedoch das Subjekt Fritz weggelassen, so dass „Liebt Else" übrigbleibt, handelt es sich nicht mehr um einen vollständigen Satz. Zwar könnten wir dem Sinn folgend den Satz „Else wird geliebt" bilden, jedoch wäre aus grammatischer Sicht nun Else das Subjekt des Satzes.

Im Zusammenhang der kindlichen Entwicklung spricht die Psychoanalyse in diesem Sinne von den Objektbeziehungen des Kindes und meint damit z.B. Mutter und Vater, Geschwister und all die Menschen, die für das Kind (da) sind. Es meint sie mit diesem Begriff aber eben nur insofern sie für das Kind in Erscheinung treten. Darin steckt auch der Verweis darauf, dass dieselben Menschen etwa auch Irmgard und Peter sind, ihrerseits Kinder und Enkelkinder von anderen, ein Liebespaar für einander, Arbeitnehmer einer Firma, Verbraucher, Bürger eines Landes etc. Die Bezeichnung Objekt verweist also

darauf, dass hier nur ein bestimmter Aspekt einer Person gemeint ist, und dass wir wissen und davon ausgehen, dass diese Person mehr und anders ist, als sie dem Subjekt (dem Kind) erscheint. (So wie z.B. die für das Kind böse Mutter, für sich selbst ein leidender Mensch sein kann, für den Ehemann eine gefügige Frau.)

Aus diesem Verständnis entstehen weitere Differenzierungen: libidinöses Objekt (Objekt des Sexualtriebes), Teilobjekte (wie die gute Brust, die böse Brust, der Penis des Vaters) und eben die

Selbstobjekte Sie sind die Aspekte einer Beziehung, in der sich z.B. Mutter und Vater als aufbauend, hilfreich, unterstützend, spiegelnd für das sich entwickelnde Selbst des Kindes erweisen.

Die Mutter als Selbstobjekt ist also eine andere psychologische Einheit als die Mutter als libidinöses Objekt. Sie ist Selbstobjekt, insofern sie die für die Selbstentwicklung des Kindes notwendigen Funktionen im Erleben des Kindes erfüllt. Sie wird dem Kind zum Selbstobjekt. Das Kind macht sie sich zum Selbstobjekt. Wie diese verschiedenen Einheiten sich zueinander verhalten und welche Formen die Selbstobjekte annehmen können (archaischere und reifere), davon handelt die Selbstpsychologie.

Selbstobjekte werden verinnerlicht und verwandeln sich zu Selbstsubstanz. Das heißt, dass sie dann stabil und bleibend ein Teil des Selbst geworden sind. Sie machen das Selbst aus. Obwohl von der Qualität dieser Beziehungen in der frühesten Kindheit daher viel abhängt, ist es erstens so, dass wir auch im weiteren Leben zur Erhaltung unseres Selbst auf Selbstobjekte angewiesen sind, also auf Menschen, die uns im Hinblick auf unser Selbstgefühl unterstützen, spiegeln, anerkennen. Zweitens können wir uns Heilung in der Psychotherapie (in Bezug auf das Selbst) so vorstellen, dass der Therapeut für den Patienten zum Selbstobjekt wird und diese Beziehung umwandelnd verinnerlicht wird, wobei wiederum das Selbst (Selbstsubstanz) sich verändert.

Selbst-Selbstobjekt-beziehungen sind – daraus abgeleitet – die Beziehungen zwischen dem Selbst (soweit es sozusagen feste Substanz geworden ist) und den Selbstobjekten, also den Menschen, die für dieses Selbst weiterhin als Selbstobjekte verfügbar sind. Oder vereinfacht ausgedrückt: Selbst-Selbstobjektbeziehungen sind die Beziehungen zwischen einem Menschen und anderen Menschen, die ihn anerkennen und spiegeln.

Selbstobjektfunktion meint über die zwischenmenschliche Beziehung hinaus die Erfahrung, dass mittelbar auch anderes die Funktion von Selbstobjekten bekommen kann (z.B. die Musik, aber auch eine Berufstätigkeit, ein Amt,) etwas, was dann vom Subjekt (und seiner Umgebung) für einen längeren Zeitraum oder für immer als untrennbar mit dem Selbst verbunden, als Teil des Selbst, erlebt wird.

Übergangsobjekt ist ein zunächst vom Kleinkind halb gefundenes, halb geschaffenes Objekt wie ein weiches Ding, ein Tuch, eine Decke, ein »Schnüssel«, das für das Kind eine so wichtige Bedeutung gewinnt, dass es nun nicht mehr verändert, nicht

gewaschen werden und nicht verloren gehen darf. Vor allem beim Einschlafen oder wenn das Kind sich verlassen oder unwohl fühlt, hat es zur Stelle zu sein. (Prototypisch ist es mit der Schmusedecke, die die Figur Linus immer mit sich herumträgt, ins Bild gebracht.)

Es gibt aber auch nicht-gegenständliche Übergangsphänomene, z. B. das Lallen, klangliche Laute oder eine wiederkehrende Bewegung.

2. Selbstpsychologische Ansätze in der musiktherapeutischen Literatur

2.1 Mary Priestley: Der Beginn der psychoanalytischen Musiktherapie

Für die Entwicklung der Musiktherapie in der Bundesrepublik standen im Wesentlichen Mary Priestley (1975/dt. 1982, 1980/dt. 1983) aus England und Paul Nordoff (Nordoff/Robbins 1971/dt. 1975, 1977/dt. 1986) aus den USA Pate. Mary Priestley als Begründerin der psychoanalytischen Musiktherapie war, neben ihrer künstlerischen Herkunft als Geigerin, geprägt von der Diskussion der psychoanalytischen Kreise um Melanie Klein in London, einer Autorin, die wir als eine der frühen Objektbeziehungstheoretikerinnen bezeichnen dürfen. Wenn auch Kleins starke triebpsychologische Fundierung hier nicht geleugnet werden soll, so zeigt ihr theoretischer Beitrag mit der *schizoiden Position* und ihrer Überwindung mit der Wiedergutmachungstendenz in der *depressiven Position*[16] deutlich selbstpsychologische Ansätze wie auch die Einführung des Begriffs der *projektiven Identifikation* und der Weiterentwicklung in dem Begriffspaar *Container – Contained* durch Bion.

Mit der **schizoiden Position** ist eine gespaltene seelische Verfassung gemeint, in der die als *gut* und *böse* erlebten Seiten einer wichtigen Beziehungsperson so voneinander getrennt gehalten werden, dass sie nicht als zu einem Ganzen gehörig erlebt werden: Als Partialobjekte erscheinen dann im Erleben etwa die gute und die böse Brust. Aus den Märchen kennen wir die gute (verstorbene, das meint: nicht erreichbare) Mutter und die böse Stiefmutter oder Hexe. Mit der **depressiven Position** wird diese Spaltung aufgehoben, was mit einem depressiven Erleben verbunden ist, der Trauer über den Verlust der nur guten Mutter, und mit der Tendenz der Wiedergutmachung einhergeht: Diese bezieht sich auf den in sich selbst erlebten Hass gegen die böse Mutter, der nun – unter der Erkenntnis, dass die böse Mutter auch die gute Mutter ist – in einen Ambivalenzkonflikt gerät. Die Überwindung der Spaltung geschieht zugleich im eigenen

[16] Als erstes längeres Fallbeispiel aus der Musiktherapie knüpft der von mir beschriebene Behandlungsverlauf „Hans" an diese Positionen an. Die Behandlung endet nach 60 Stunden durch äußere Umstände vorzeitig, aber mit dem „Gewinn der Trauer" und der Überwindung der Position der Spaltung (vgl. Tüpker 1996, 109-210).

Selbst: Das Kind muss sich damit auseinandersetzen, dass auch es selbst gute (liebende) und böse (hassende, zerstörerische) Anteile hat. Nach Melanie Klein durchläuft jedes Kind diese Positionen im Sinne einer normalen Selbstentwicklung (1972), was von der neueren Säuglingsforschung (Stern 1992, 346f) bestritten wird. Die Auseinandersetzung darüber ist nicht abgeschlossen. Konsens ist die klinische Erfahrung, dass diese Erlebensformen im Zusammenhang mit bestimmten Krankheitszuständen regelmäßig auftreten, dass es somit mögliche Organisationsformen des Erlebens sind.

Von diesen – durch den Umgang mit frühem Material geprägten – Sichtweisen der Psychoanalyse her ließen sich die Erfahrungen der Musiktherapie besser verstehen und aushalten. Gerade weil Priestley vorrangig mit schwer gestörten psychiatrischen PatientInnen arbeitete, begegnete sie dem Wiederauftauchen der von Klein beschriebenen Mechanismen in der gemeinsamen musikalischen Improvisation. Durch die enge personale Verwobenheit, die in dieser Form der Kommunikation entsteht, eignet sich die Musik im doppelten Sinne für die Ausbreitung solch früher Formen des Erlebens und der Beziehungsgestaltung im aktuellen Geschehen.

Zum einen kann die musikalische Gestaltung selbst Ausdruck abgespaltener Selbstanteile werden. Das freie gemeinsame Musizieren schafft hier als Ergänzung im therapeutischen Prozess eine hilfreiche Verfassung für diese Formenbildungen und Mechanismen. So kennen wir in der Musiktherapie viele Beispiele, in denen ein außenstehender Hörer der entstandenen Musik beispielsweise die archaische Wut, Verzweiflung oder Leere durchaus anhört, der Spieler selbst dies aber nicht so erlebt, bisweilen auch nachher nicht hört, wenn ihm die eigene Musik vom Band dargeboten wird. Oder aber der Patient lehnt die nachträglich gehörte Musik ab und kann dennoch eine ähnliche Musik weiterhin lustvoll produzieren.

Zum anderen tauchen diese frühen Erlebensstrukturen sehr schnell in der therapeutischen Beziehung auf. Priestley beschreibt hier Phänomene, die sie selbst als empathische oder Echo-Gegenübertragungen bezeichnet (Priestley 1983, 50). Vor allem während des musikalischen Zusammenspiels erlebt sie abgespaltene Empfindungen des Patienten bis hin zu somatischen Manifestationen. Als Besonderheit der Musiktherapie gegenüber der Psychoanalyse hebt sie hervor, dass es in der gemeinsamen Musik möglich sei, diesen Gefühlen stellvertretend Ausdruck zu verleihen (a. a. O. 52). Die Musik nimmt hier m.E. eine besondere Zwischenposition ein, da sie für das Bewusstsein des Patienten weniger „aufdringlich" ist als dies eine Deutung in Worten wäre, aber dennoch eine wahrnehmbarere Manifestation darstellt als die noch unausgesprochenen Empfindungen und Gedanken des Analytikers im Kopf.

Priestley vergleicht ihre Erfahrungen des empathischen Mitspielens in der Improvisation mit den Resonanzseiten eines Instrumentes, die „nicht direkt gezupft, geschlagen oder gestrichen werden", aber den Ton „durch ihr bloßes Mitschwingen" (Priestley 1982, 157) bereichern. Diese „Resonanzseite" des Therapeuten beschreibt sie in verschiedenen Facetten: „Es kann sich um ein sympathiegetragenes Mitschwingen des Therapeuten mit Gefühlen handeln, die dem Klienten noch gar nicht bewußt sind – der Therapeut kann ihm diese Gefühle durch seine Musik und später auch mit Worten bewußt machen. Es kann eine Schwingung sein, die dem Klienten auf geheimnisvolle Weise eine Bejahung seiner Existenz vermittelt, die ihm früher von anderen Menschen bewußt oder unbewußt versagt wurde" (a. a. O.).

Das erinnert an die Beschreibungen Kohuts über die *„Resonanz im mütterlichen Selbstobjekt",* welches in affektiv gespannten Situationen „Berührungs- und/oder Sprechkontakt mit dem

Kind“ herstellt: „die Mutter nimmt das Kind auf und spricht mit ihm, während sie es hält oder trägt“ (Kohut 1981, 84). Die sprachliche Formulierung „Resonanz *im* (...)“ anstelle der einfacheren Fassung „Resonanz *der* Mutter“ scheint dabei auszudrücken, dass die Person der Mutter oder zumindest ihr Bewusstsein dabei umgangen wird. So als gerate – ausgelöst durch das Kind – etwas in ihr in Mitschwingung, ob sie es nun will oder nicht. (Theoretisch heißt das korrekter, nur indem dies geschieht, kann sie dem Kind Selbstobjekt werden.) Unabhängig davon, ob dies von Kohut sprachlich so intendiert ist, verweisen MusiktherapeutInnen, nach der Art ihres Mitspielens mit dem Patienten befragt, auf genau diese Art der seelischen Verfassung hin. Oft wird sie mit dem Begriff der *schwebenden Aufmerksamkeit* zu umschreiben versucht, impliziert aber eine stärkere Aktivität. Das wahrgenommene Spiel der PatientInnen scheint in diesen Kontakten eine musikalische Resonanz unter Umgehung des Bewusstseins auszulösen, aus der heraus, etwas direkt *im* Therapeuten musikalisch zu reagieren scheint. Formulierungen wie „Das kam mir dann einfach so in die Finger“ oder „Ich habe mich selbst gewundert, was ich da gespielt habe“ verweisen darauf, dass sich im musikalischen Spiel eine Art Kommunikation von Unbewusstem zu Unbewusstem einstellt. Diese ist gebunden an die individuelle Resonanzfähigkeit des Therapeuten, also abhängig davon, auf was der Therapeut innerlich reagieren kann und worauf nicht und an seinen musikalisch-kulturellen Hintergrund.

Ist er z.B. musikalisch vertraut mit den seelischen Verfassungen des modernen Menschen, wie sie in die Formenbildung und Ausdruckserweiterung der Neuen Musik eingegangen ist, so ist er in der Lage, diese *im* Spiel des Patienten zu hören und musikalisch zu beantworten. Das hat nichts damit zu tun, ob der Patient selbst diese Musik gerne hören würde, wovon zumeist eher nicht auszugehen ist. Der musikalische Hintergrund des Therapeuten ist eine Erweiterung der individuellen Resonanzfähigkeit, aber natürlich auch eine Begrenzung. Deshalb ist auch die Musiktherapie als interkulturelle Psychotherapie nur unter besonderer Reflexion der kulturellen Unterschiede auch im unbewussten Erleben möglich.

Die Beschreibungen Priestleys lassen aber auch an die therapeutische Qualität denken, die Winnicott mit dem Begriff *holding function* beschrieben hat. Dieses Halten muss man sich sowohl direkt im körperlichen Sinne vorstellen als auch im übertragenen: Die Mutter hält das Kind auf dem Arm, es bewegt sich vielleicht heftig oder lässt sich hintenüber kippen, schlägt vielleicht sogar wild nach ihr oder sticht ihr neugierig erkundend ins Auge, aber es erfährt, dass sie es dennoch nicht fallen lässt. Aber wir verstehen die Funktion auch als Halt geben, Aushalten von Affekten, stützen und begrenzen, woraus sich das Grundgefühl entwickeln kann, einen Halt, eine stabile Grundlage im Leben zu haben. Seelische und körperliche Erfahrung hängen hier unmittelbar miteinander zusammen, das eine scheint aus dem anderen hervorzugehen. In der Musik nun scheint es auf besondere Art und Weise möglich zu sein, solche frühen Situationen, die ja mit einem erwachsenen Patienten im wörtlichen Sinne nicht mehr möglich sind, in der musikalischen Formenbildung herzustellen. Hierzu trägt unter anderem die Gleichzeitigkeit im musikalischen Geschehen (im Unterschied zur Sprache) bei.

Musikalisch lassen sich Verhältnisse komponieren wie:

- Eine *tragende* Basslinie und darüber eine sich frei entfaltende Melodie.
- Kontrapunktierende Melodien *eingebettet* in ein harmonisches Gerüst. Das heißt auch: Gegensätzliches kann harmonisch gebunden sein.
- Wir sprechen von *stützenden* Akkorden, kennen die *Bindung* an eine Tonalität.

- Wir können einen *wiegenden* Grundrhythmus hören, über dem sich die Offenheit einer atonalen, *schwebenden* Melodik entfaltet.
- Oder die Sicherheit eines *tragenden* Pulses, darüber komplexe synkopendurchsetzte Rhythmen.

Auch wenn wir es vermeiden sollten, solche musikalischen Verhältnisse nun wörtlich in frühe Mutter-Kind-Interaktionen zu übersetzen, so lässt sich diesen Formulierungen dennoch anmerken, welche Erfahrungsebenen sich musikalisch manifestieren lassen und damit in der Musik erlebt werden können.

Als terminologische Weiterentwicklung der projektiven Identifikation können wir das Bionsche Begriffspaar *„container – contained"* (Bion 1990) auffassen, welches ebenfalls von Priestley in die Musiktherapie eingeführt wird und die musiktherapeutische Entwicklung stark beeinflusst hat. Bion selbst stellt die inhaltliche und terminologische Verbindung dieser Begriffe her:

> „Melanie Klein hat einen Aspekt der projektiven Identifikation beschrieben, der sich auf die Modifikation infantiler Ängste bezieht: das Kind projiziert einen Teil seiner Psyche, nämlich seine schlechten Gefühle, in eine gute Brust. Von dort werden sie zum geeigneten Zeitpunkt zurückgeholt und reintrojiziert. Während ihres Aufenthaltes in der guten Brust sind sie derart verändert worden – jedenfalls erlebt das Kind sie so –, daß das Objekt, das reintrojiziert wird, für die Psyche des Kindes erträglich geworden ist. Zum Gebrauch als Modell werde ich von der oben stehenden Theorie die Idee eines Behälters (container) abstrahieren, in den ein Objekt projiziert wird, sowie des Objektes, das in den Behälter projiziert werden kann; letzteres werde ich mit dem Ausdruck „Gehalt" (contained) bezeichnen. Die Unzulänglichkeit beider Ausdrücke weist auf den Bedarf nach weiterer Abstraktion hin" (Bion, 1990, 146).

Dem häufiger diskutierten zusätzlichen Übersetzungsproblem (vgl. Lazar 1993, 68f) dieser Begriffe möchte ich selbst hier mit dem Vorschlag der deutschen Wortgruppe um das Wort *fassen* begegnen. Die Begriffe *Gefäß*, *Fassung, das Fassende* und *das Gefasste, etwas fassen* und *erfassen*, haben m.E. eine dem englischen Original vergleichbare Vielschichtigkeit. Die übliche Übernahme des englischen Wortes Container im deutschen Sprachraum hat aus meiner Sicht den Nachteil einer schwer wegzudenkenden negativen Konnotation: „Der Therapeut als Container" klingt immer ein wenig nach einem großen Müllbehälter.

In der Musiktherapie lässt sich dieses therapeutisch wirksame Aufnehmen und Verwandeln archaisch aggressiver Tendenzen von verschiedenen Aspekten her verstehen. Als *Gefäß* (container) können wir dabei zum einen die Musik selbst verstehen, in die nicht integrierte infantile Angst, Hass, Wut oder primäre Verwirrung fließen können. Schon *indem* diese Affekte – mit Hilfe des Therapeuten – *zu* Musik werden, ist dies mehr als eine Projektion, da die materiale Manifestation über das Subjektive, welches der Projektion im ursprünglichen Sinne innewohnt, hinaus weist: Sie werden in der Musik objektiviert bzw. ins Intersubjektive transformiert, so dass auch ein Dritter das so Gefasste hören und nacherleben kann. Der in Musik transformierte Affekt wird in der musikalischen Form auch zum *Effekt*, indem er eine bestimmte Wirkung erlangt. Zugleich ist der in Musik *gefasste* (contained) Affekt ja immer schon verwandelt: im Sinne dessen, dass er Klang, musikalische Struktur, Form geworden ist und damit zugleich seine durchstrukturierte und abgegrenzte *Fassung* gefunden hat. Fassung also nicht als bloße äußere Umgrenzung (als Einfassung), sondern als innere Strukturierung, wie wir dies umgangssprachlich ausdrücken

in Formulierungen wie „Endlich fand er seine Fassung wieder." oder „Nun fassen Sie sich doch erst einmal!" Eine Fassung, eine Form finden, ist hier gleichbedeutend mit *sich* fassen, bei sich sein, sich finden; Formverlust mit sich selbst verlieren, „nicht ganz bei sich sein", wie der Jargon es nennt. Indem es jemandem gelingt, seinen Affekt in Musik zu fassen, gibt die Musik nicht nur dem Affekt eine Fassung, sondern hilft auch, dass der Spieler sich selbst fassen kann. Im Ausdruck kann der Affekt seine Form und der Spieler (zu) sich selbst finden. Psychoanalytisch formuliert kann damit sowohl die Seite einer strukturellen Veränderung als auch die einer Stabilisierung der Abwehr erreicht werden.

„Container – Contained" bezieht sich in der Musiktherapie aber auch – hier wie in anderen Therapien – auf die Person des Therapeuten. Indem der Therapeut in der musikalischen Improvisation mit seinem Patienten mitspielt, hilft er zum einen – mittels seiner musikalischen Ausbildung –, dass diese Umwandlung in Musik gelingt, zum anderen wird er aber auch als Person zum *Gefäß*. Wenn nötig, bewahrt er das ihm so Übergebene, bis es – zugleich verwandelt, „entgiftet" wie es bei Bion heißt – in ein gestärktes Selbst integriert werden kann. Damit kann dann neben der musikalischen Mitteilung auch die verbale Deutung gemeint sein.

Aus Sicht des Musiktherapeuten ist nach meiner Ansicht ein Drittes zu berücksichtigen: Die eigene verinnerlichte Erfahrung mit Musik hilft dem Therapeuten, diese Anteile des Patienten auszuhalten und so zu bewahren, dass sie weder den Patienten zerstören (im Sinne ausgelebter negativer Gegenübertragung) noch den Therapeuten selbst. Gemeint ist damit die Hypothese, dass die Übung im Musikalischen den Musiktherapeuten gelehrt hat, mit heftigen, archaischen Impulsen formend umzugehen, indem sie in Musik verwandelt werden und dort aufgehoben sind. Mit Bion (1990) formuliert beinhaltet dies die Behauptung, dass die musikalische Erfahrung – unterstützt durch die musiktherapeutische Selbsterfahrung – die sog. „negative capability" stärkt, also die Fähigkeit, Ambivalentes, Paradoxes, Befremdendes, Verwirrendes und Unverstandenes auszuhalten, auch wenn es noch nicht erklärt oder integriert werden kann. Interessanterweise übernahm Bion diesen Begriff aus der künstlerischen Erfahrung von dem Poeten John Keats.

Da es ein Charakteristikum der (westlichen) musikalischen Ausbildung ist, Kompositionen nachzuspielen, zu interpretieren, wie es in der musikalischen Fachsprache heißt, greift der so ausgebildete Musiktherapeut daher in diesem Prozess nicht nur auf seine persönlichen Umwandlungsprozesse von Psychischem in musikalische Struktur zurück, sondern mittelbar auch auf das im intensiven Übeprozess verinnerlichte Potenzial der ihm verfügbaren musikalischen Kultur. Insofern ist er auch Vermittler zwischen dem Patienten und dem, was sich eine musikalische Kultur an Behandlungshilfe für das Seelische erarbeitet hat. Musiktherapie als klinische Behandlung gründet so in der alltäglichen Selbstbehandlung der Gesellschaft mit Musik (vgl. Salber 2001, 17f; Tüpker 2001b, 6ff).

2.2 Paul Nordoff: Music Child

Paul Nordoff, der zweite Nestor der Musiktherapie, war ein Musiker, der als Komponist und Pianist mit psychologischen Theorien im Grunde genommen wenig zu tun hatte. Die später gewählten Theoriebezüge aus der amerikanischen humanistischen Psychologie greifen so auch nur sehr begrenzt die musikalischen Erfahrungen auf und können sie m.E. nicht angemessen psychologisch beschreiben. Dieser Behauptung soll hier aber nicht näher nachgegangen werden.

Nordoff arbeitete musiktherapeutisch – unterstützt von dem Heilpädagogen Clive Robbins – mit schwer mehrfach behinderten Kindern. Der zentrale Begriff, den er prägte, und der seine wohl tiefste Erfahrung mit diesen Kindern zusammenfasst, ist der Begriff des *Music Child*. Gemeint ist damit die Erfahrung und Überzeugung, dass in jedem Kind etwas vorhanden ist, was „auf musikalisches Erleben anspricht und es als bedeutungsvoll und fesselnd empfindet" und was die Entstehung einer musikalischen Beziehung in der Improvisation ermöglicht. Gemeint ist die Erfahrung, dass es möglich ist, durch alle primären Behinderungen und sekundären Schädigungen *hindurch*, diesem *Music Child* zu begegnen. „»Music Child« steht als Oberbegriff für die Tiefe, Intensität, Vielfalt und Intelligenz der Reaktionen von einigen hundert behinderten Kindern in der musikalischen Interaktivität" (Nordoff/Robbins 1986, 1).

In den Ausführungen sowie in den Praxisbeispielen Nordoffs ist deutlich zu erkennen, dass das, was er hier innerhalb der musikalischen Begegnung erfahren hat, als ein unbeschädigter Kern eines Selbst, ein unbeschädigt bewahrter Ansatz eines Selbst, aufzufassen ist, den es aufzufinden gilt und der paradoxerweise zugleich in der Beziehung selbst erst zu entstehen scheint. So heißt es zum einen: „Von daher ist das *Music Child* die jedem Kind angeborene individuelle Musikalität" (a. a. O.). Und andererseits: „Oft sind (...) die musikalischen Reaktionen anfangs bruchstückhaft oder reflexhaft" oder sie treten als „stereotypes, beharrliches oder zwanghaftes musikalisches Verhalten" auf. „Hier kann man noch nicht vom *Music Child* sprechen. Erst dann, wenn sich etwas kommunikatives Gerichtetsein (im englischen Original „responsiveness", RT) oder eine gewisse Ordnung in den Reaktionen, eine gewisse Aufnahmefähigkeit oder Befreiung von einschränkenden Gewohnheiten entwickelt, kann man davon sprechen, daß das *Music Child* »erwacht« oder gebildet wird." (a.a.O.)

Gerade diese Paradoxie des Vorhandenseins und Entstehens erinnert an die Definitionsversuche des Selbst durch Kohut und an die Beschreibungen Sterns zum auftauchenden Selbstempfinden. So schreibt Kohut:

> „Gewiß wir müssen (...) annehmen, daß das neugeborene Kind keinerlei reflektives Bewußtsein seiner selbst haben kann, daß es nicht fähig ist, sich selbst, und sei es noch so schemenhaft, als eine im Raum kohärente und in der Zeit andauernde Einheit zu erfahren, die Ausgangspunkt von Antrieben und Empfänger von Eindrücken ist. Und doch ist es von Anfang an mittels gegenseitiger Empathie mit einer Umgebung verschmolzen, die es so erlebt, als hätte es bereits sein Selbst – einer Umgebung, die nicht nur die spätere Selbst-Bewußtheit des Kindes vorwegnimmt, sondern auch, allein schon durch Form und Inhalt ihrer Erwartungen, es in spezifische Richtungen zu lenken beginnt." (Kohut 1981, 95)

Stern stellt sich in seinen Ausführungen die Frage:

> „Welche Art des Selbstempfindens ist während dieser ersten Phase möglich? Der Gedanke, daß ein Selbstempfinden in diesem sehr frühen Stadium überhaupt schon existiert, wird gemeinhin verworfen (...), weil man es für gewöhnlich einem übergreifenden und integrativem Schema, einem Konzept oder einer allgemeinen Perspektive auf das Selbst vorbehält. (...) Daher verstehen sie das Selbstempfinden zumeist als *Resultat* dieser Integrationssprünge. Wie aber verhält es sich mit dem *Prozeß* selbst (...)? Ist der Säugling in der Lage, die Herausbildung von Organisation zu erleben, oder nimmt er nur die entwickelte Organisation wahr, über die er bereits verfügt? Ich

> meine, daß er den Prozeß ebensowohl wie das Resultat zu erleben vermag, und bezeichne das Wahrnehmen einer auftauchenden Organisation als das *auftauchende Selbstempfinden*" (Stern 1992, 71f).

Selbstpsychologisch stellt sich hier eine ebenso interessante wie schwierige Frage: Wenn durch eine schwere geistige Behinderung oder im Falle schwerster autistischer Störungen davon auszugehen ist, dass auch die primären Beziehungen massiv gestört waren – und gerade von psychoanalytischer Seite her, ist davon auszugehen, dass dies häufig, wenn nicht in der Regel der Fall ist (vgl. Niedecken 1989; Heinemann/Groef 1997) –, kann es dann so etwas wie einen unzerstörten, gesunden Kern[17] des Selbst geben, wie er in der Beschreibung des *Music Child* anklingt? Oder anders formuliert: Wenn auch die primären Beziehungen, die elterliche Empathie von Anfang an *behindert* waren, wenn der „Glanz im mütterlichen Auge" getrübt war durch Scham, Wut oder Verzweiflung, wenn mehr Selbst zerstörende als etablierende Beziehungen erlebt und als Selbstobjekte (bzw. ihr Negativum) verinnerlicht wurden, lässt sich dann überhaupt ein Etwas auffinden, welches *geweckt* und entwickelt werden kann? (Dieser Gedanke schließt hier auch die pränatale Zeit und die Wirkung sowohl realer Schädigungen durch körperliche Störungen des Kindes oder der Mutter, überlebte Abtreibungsversuche, traumatisch wirkende medizinische Maßnahmen ein als auch die Wirksamkeit negativer unbewusster Phantasien über das noch ungeborene Kind, z.B. bei einer Schwangerschaft nach einer Vergewaltigung.)

Wenn das Selbst stabil gewordene Struktur aus dem Stoff der erlebten und verinnerlichten Selbstobjektbeziehungen ist, und Selbstobjekte als diejenigen Beziehungen definiert sind, „die das Selbstgefühl wecken, aufrechterhalten oder positiv beeinflussen" (Bacal, 1994, 279), so kann es einen unzerstörten oder „gesunden" Kern eines Selbst unter den genannten Voraussetzungen theoretisch gar nicht geben. Die Theorie scheint also hier gegen die Existenz eines Phänomens zu sprechen, welches aber in der Praxis dennoch auftaucht.

Von der Annahme eines unzerstörbaren Kerns scheint auch Winnicott auszugehen, gerade auch im Zusammenhang mit der Kreativität:

> „Im Extremfall besteht ein relativer Mangel beim Aufbau individueller kreativer Lebensmöglichkeiten von Anfang an. Wie ich bereits bemerkt habe, hat man von der Möglichkeit auszugehen, daß es eine völlige Zerstörung der kreativen Lebensfähigkeit eines Menschen nicht geben kann und daß selbst in Fällen äußerster Angepaßtheit und bei fehlgeschlagenem Persönlichkeitsaufbau irgendwo im Verborgenen ein geheimer Lebensbereich besteht, der befriedigend ist, weil er kreativ ist und dem betreffenden Menschen entspricht. Er ist nur insoweit unbefriedigend, wie er verborgen ist und nicht durch lebendige Erfahrung bereichert wird" (Winnicott 1993, 81).

Eine andere theoretische Lösung der beschriebenen Paradoxie bietet der Begriff des Phantasie-Selbstobjektes von Bacal an, welches „ein Selbstobjekt [beschreibt], das nahezu ausschließlich durch die Fähigkeit zur Illusion *geschaffen* wird, und zwar in einer Kernumwelt, die auf die spezifischen Selbstobjekt-Bedürfnisse des Individuums kaum adäquat einzugehen vermochte (...)" (Bacal/Newman 1994, 242). Allerdings könnte man auch fragen, ob sich das Problem damit nicht lediglich verschiebt, indem sich wiederum die Frage stellt, aus welcher Quelle das Selbst das aufbauende Potenzial zu einer solchen Schöpfung nimmt.

---

[17] Der Begriff Kern des Selbst ist hier als innerster Ausgangspunkt, Keim oder Ansatz gemeint und nicht zu verwechseln mit den jeweils unterschiedlich definierten Begriffen des „Kernselbst" bei Kohut oder Stern.

Ein Ausweg aus dieser misslichen Lage ist erkennbar, wenn wir uns die Paradoxie des Selbstbegriffes vor Augen führen und sie als solche – auch in der Theorie – akzeptieren. Bei Kohut entsteht das Selbst zwar erst durch die Selbstobjekte, aber er betont auch, dass dazu die kindliche Umgebung *so tun müsse*, als *habe* der Säugling bereits ein Selbst. (Vielleicht müssten wir besser sagen, als *sei* er ein Selbst.) Auch hier haben wir im Grunde die paradoxe Situation, dass die Umgebung nur dann angemessen empathisch reagiert, wenn sie in ihrem Erleben der Theorie widerspricht.

Die Psychoanalyse hat dementsprechend die Existenz eines solchen Keimes des Selbst in immer frühere Entstehungszeit zurück verlegt. So spricht Stern von dem Begriff des auftauchenden Selbstempfindens von Geburt an: „Ich komme zu dem Ergebnis, daß der Säugling während der ersten zwei Monate aktiv ein Empfinden seines auftauchenden Selbst entwickelt. Es ist das Empfinden einer im Entstehen begriffenen Organisation, und es ist ein Selbstempfinden, das während des gesamten weiteren Lebens aktiv bleiben wird" (Stern 1992, 61). Die Ergebnisse und Hypothesen der pränatalen Psychologie (Janus 2000; Wilheim 1995) drängen zum Nachdenken über die Frage, wie die Anfänge des Selbst vor der Geburt zu konzeptualisieren sind, wenn es doch deutliche Zeichen für eine Wirkung vorgeburtlichen Erlebens auf das Selbstempfinden gibt.

Ich selbst würde an dieser Stelle den Begriff *Keimselbst* vorschlagen, um damit auszudrücken, dass es von Beginn[18] an im Kind etwas gibt, was durch die Selbst-Selbstobjektbeziehungen (durch das Zusammenspiel mit einer empathischen Umgebung) ins Leben gerufen wird, welches selbst aber jenseits dieser Beziehungen anzusiedeln ist. Nur das Zusammentragen klinischer (und anderer menschlicher) Erfahrungen kann darüber hinaus die Frage beantworten, ob dieses Keimselbst tatsächlich unzerstörbar ist. Erfahrungen wie die von Nordoff beschriebenen zeigen zumindest, dass dieser Keim auch in späterem Alter im heilenden Sinne zu einer Beziehungserfahrung angeregt werden kann.

Das *Music Child* möchte ich vor diesem Hintergrund verstehen als *einen* Aspekt des Keimselbst, in dem Sinne, dass musikalische Resonanz eine der Möglichkeiten ist, ein schwer zugängliches (oder verschüttetes) Keimselbst zu erreichen und *zur Beziehung* zu wecken. Andere musiktherapeutische Erfahrungen kommen hier in den Sinn, etwa solche aus der Arbeit mit komatösen oder apallischen Patienten, mit Menschen in der Endphase einer Demenz oder mit Sterbenden (vgl. Gustorff/Hannich, 2000; Dehm-Gauwerky 2000, 2001). Hier können wir uns einen Rückzug des Seelischen auf das Keimselbst vorstellen, was wiederum die Vorstellung der Unzerstörbarkeit stützt bzw. nur von dieser aus denkbar wird.

2.3 Musik als Übergangsobjekt – Musik als Spielraum

Von weiteren Konzepten aus dem Umfeld der Objektbeziehungs- und Selbstpsychologie, die inzwischen zur Konzeptualisierung der musiktherapeutischen Erfahrung herangezogen wurden, möchte ich hier nur diejenigen aufgreifen, die eine stärkere Bedeutung zu erzielen beginnen.

[18] Mit dieser Formulierung lasse ich den Anfang bewusst unbestimmt, aus der Überzeugung heraus, dass die erste Seite sich stets dem Aufschlagen entzieht – wie Sloterdyik es mit einer Geschichte von Borges beschreibt: „Er (...) forderte mich auf, die erste Seite zu suchen. Ich legte meine linke Hand auf den Einband und schlug das Buch auf, indem ich den Daumen gegen den Zeigefinger drückte. Meine Bemühung war umsonst: es blieben stets einige Seiten zwischen dem Buchdeckel und meinem Daumen übrig. Sie schienen aus dem Buch zu entspringen" (Borges zitiert nach Sloterdijk 1988, 32).

Als erstes ist hier der Winnicottsche Begriff des *Übergangsobjektes* (Winnicott 1993) zu nennen, den ich hier mit Bacal als eine besondere Funktion eines Selbstobjektes auffassen will. Damit ist gemeint, dass die Bedeutung des Übergangsobjektes sich vor allem auf den sich gestaltenden Zwischenraum von Selbst und Anderen, von Ich und Welt bezieht.

Der Begriff des Übergangsobjektes wurde in der Musiktherapie von Anfang an einerseits im Zusammenhang mit der psychologischen Bedeutung der Musikinstrumente herangezogen: „Wenn wir uns nun vorstellen, daß die Patienten, mit denen wir arbeiten, nicht fähig sind zur echten Objektbeziehung, (...) dann wird klar, daß Musikinstrumente als Übergangsobjekte dienen können. Dies gilt vor allem für solche Instrumente, die sowohl gestrichen (gestreichelt) als auch in aggressiver Weise gezupft werden können" (Füg 1980, 13). Hervorzuheben ist hierbei die Einschränkung, dass die Instrumente diese Bedeutung haben *können,* das heißt, es können auch andere Funktionen im Vordergrund stehen. So können Instrumente z.B. auch eine libidinöse Besetzung erfahren. Es ist also hier keine Eins-zu-Eins-Zuordnung gemeint, sondern eine sich vom Gegenstand in Verbindung mit der therapeutischen Situation anbietende Funktion, die vom Patienten in dieser Weise genutzt werden kann.

Auch G. K. Loos, die eine Verbindung zwischen Musik- und Körpertherapie schuf, betrachtet „das Musikinstrument als Übergangsobjekt". In Anknüpfung an das Übergangsphänomen des Lallens, betont Loos dabei, dass auch der „musikalische Klang den Charakter eines Übergangsobjektes bekommen" kann (Loos 1986, 148). Mit dem Titel ihres Buches „Spiel – Räume" (1986) stellt sie die für die Musiktherapie durchgängig bedeutungsvolle therapeutische Funktion des Spielens und des darin entstehenden Entwicklungsraumes in den Vordergrund, was von vielen Musiktherapeuten immer wieder aufgegriffen wird.

Im Zuge der musiktherapeutischen Konzeptionalisierung finden wir denn auch besonders häufig Anknüpfungen an die umfassendere Konzeption des *Übergangsraumes oder intermediären Raumes* und der Musik als *Spiel,* die sich nicht auf die Instrumente direkt bezieht, sondern auf den Spielraum, der in der musikalischen Improvisation entsteht. „Von diesem intermediären Raum aus findet der kreative Prozeß statt, oder anders gesagt, können Identitätsänderungen initiiert werden. Darum ist es so wichtig, »Raum« zu schaffen für die Regressionsbedürfnisse mancher Patienten und diese hinreichend zu unterstützen" (Füg 1980, 14). „Die Musiktherapie fördert mit dem Improvisieren eine Verfassung des Übergangs, des Spielens und begünstigt damit die Entstehung von Spielraum und neuen Bewegungsmöglichkeiten" (Weymann 1990, 90). Spielraum wird dabei verstanden als ein „bewegliches Ineinander von Wirkungen" (a. a. O. 88). Weymann ordnet dabei das Spiel zwischen Chaos auf der einen und Zwang auf der anderen Seite an (a. a. O. 89). Metzner bezeichnet in dem neuesten Überblicksartikel zur psychoanalytischen Musiktherapie die Theorie der Übergangsphänomene neben der Symboltheorie Lorenzers als den bewährtesten Ansatz in der Musiktherapie (Metzner 2002, 36).

In der Musiktherapie mit Kindern taucht das Spiel dann in einem zweifachen Sinne auf: als musikalisches Spiel und als Spielen im üblichen Sinne (Kinderspiel). So wie der Austausch von Musik und Sprache ein wesentliches Agens der musiktherapeutischen Behandlung ist, kennzeichnen diese beiden Formen des Spielens die Kindermusiktherapie (vgl. Irle/Müller 1996, 13 ff und 117ff; Mahns 2003).

> Winnicott selbst hat mit der Verbindung von Übergangsraum – Spiel – Kreativität und kulturellem Erleben der Musiktherapie wertvolle theoretische Vorgaben gemacht, an die viele MusiktherapeutInnen anknüpfen. Manche Formulierungen

> Winnicotts werden von MusiktherapeutInnen bisweilen wie eine direkte Begründung der Musiktherapie gelesen (was die Sache allerdings unberechtigt vereinfacht): „Ich gehe von dem Grundsatz aus, daß sich Psychotherapie in der Überschneidung zweier Spielbereiche vollzieht, dem des Patienten und dem des Therapeuten. Wenn der Therapeut nicht spielen kann, ist er für die Arbeit nicht geeignet. Wenn der Patient nicht spielen kann, muß etwas unternommen werden, um ihm diese Fähigkeit zu geben; erst danach kann die Psychotherapie beginnen. Der Grund, weshalb das Spielen so wichtig ist, liegt darin, daß der Patient gerade im Spielen schöpferisch ist" (Winnicott 1993, 65f).

Und an anderer Stelle heißt es: „Man sollte sich immer daran erinnern, daß Spielen an sich schon Therapie ist" (a. a. O. 62). Sogar außerhalb der tiefenpsychologischen Schulen der Musiktherapie finden wir Anknüpfungen an die Ausführungen Winnicott zum Spiel, wodurch dieser zugleich eine wichtige Vermittlungsfunktion zwischen psychotherapeutischen und pädagogischen Ansätzen in der Musiktherapie einnimmt (vgl. z.B. Schumacher 2002 im Zusammenhang mit der Orff-Musiktherapie). Kritisch anzumerken ist allerdings auch, dass der Gebrauch der Winnicottschen Begriffe in der Musiktherapie bisweilen selbst eher etwas assoziativ-spielerisch anmutet, als dass er sich der begrifflichen Abgrenzung gegenüber anderen Formen und Phasen der Selbstobjektentwicklung verpflichtet fühlt.

Die wohl differenzierteste musiktherapeutische Auseinandersetzung mit dem Begriff des Übergangsobjektes findet sich bei Niedecken und zwar in der Verknüpfung mit den Weiterführungen Lorenzers (Niedecken 1988, 24, 99ff). Niedecken betont dabei zum einen, dass der Klang der eigenen Stimme „prädestiniert dazu [ist], vom Kind als erstes Übergangsobjekt verwendet zu werden", „der Gebrauch eigener Stimmlaute als Übergangsobjekte läßt sich bei Kindern meist früher beobachten als der von Gegenständen: sie sind in viel höherem Maße verfügbar für das Kind als diese, sie können kaum verloren gehen oder weggenommen werden" (a. a. O. 103). Niedecken stellt den Klang der eigenen Stimme als ein Phänomen dar, welches sich von der frühesten Erfahrung des Schreiens über das Lallen bis hin zur Sprachentwicklung durch ein besonderes Maß an Kohärenz der psychischen Erfahrung auszeichnet. Dabei sei die Funktion des Klanges als Übergangsobjekt eine zentrale. „Das Übergangsobjekt nämlich, dies macht Freuds Garnrollenbeispiel eindringlich klar, dient dem Kind zur aktiven Wiederholung und Verarbeitung von szenischen Eindrücken aus seinem täglichen Erleben mit den primären Bezugspersonen, welche eine zunehmende Anerkennung der Außenwelt als unabhängiger Existenz notwendig machen" (a. a. O.103). Die genaue Betrachtung der Möglichkeiten des Klanges macht deutlich, dass er die Qualität des Zwischen- und Übergangsraumes in besonderer Weise impliziert. Als „Vermittlungsprodukt" stellt er

> „einen Interaktionsvorgang zwischen innerer und äußerer Natur [dar] und zugleich einen zwischen Kind und Erwachsenem zur Voraussetzung. Eine Trennung zwischen beiden Vorgängen kann beim anfänglichen Klangerleben noch nicht beobachtet werden. Erst wenn im spielerischen Interagieren in der Mutter-Kind-Dyade die unbestimmten akustischen Eindrücke zu Tönen gestaltet wurden, können diese dann als zur Außenwelt gehörig, nämlich mit dem Selbst des Kindes weder noch mit dem Selbstobjekt identisch erlebt werden" (a. a. O. 105).

Da das Kind sich in der Welt von Klängen auch „unabhängig von der Präsenz des Erwachsenen" erleben kann, eignen sie sich auch als erste Aufarbeitung erlebter Szenen im Spiel. Klänge können so „zu Wegbereitern der Loslösung und Individuation" werden und

sind zugleich offen für neue Erfahrungen, weil sie – wie die gegenständliche Welt – dem Kind auch außerhalb der menschlichen Beziehungserfahrung verfügbar sind (a. a. O. 105).

Mit Winnicott zeichnet Niedecken noch einmal die psychologische Bedeutung des Klanges (oder Tones) vom Übergangsobjekt zur Kultur nach:

> „Das Kind kann im Ton seine eigene Körperlichkeit im Einklang mit der Umwelt erleben, und in diesem Erlebnis liegt der Keim zu jener Erfahrung über sich selbst und die Umwelt, in ihrem Verhältnis zueinander, welche der Erwachsene später in der Auseinandersetzung mit dem musikalischen Material, (...) in der Produktion von musikalischem Ausdruck gewinnen kann. Solche frühen strukturierten Klänge können dann entstehen, wenn eine befriedigende Interaktion in der Mutter-Kind-Dyade das Kind von den Spannungen des körperlichen Bedarfs befreit und ihr einen Spielraum gibt, ein »potential space«, von dem Winnicott sagt, daß darin der Ursprung kultureller Erfahrung liegt" (a. a. O. 104).

Im Zuge der Rezeption des Konzeptes vom Übergangsobjekt gehen auch andere Gedanken Winnicotts in die musiktherapeutische Theoriebildung ein, vor allem in Bezug auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung, wie z.B. die Übernahme einer *haltenden Funktion* in Zeiten der Regression (z.B. bei Teichmann-Mackenroth 1990) oder die Bedeutung der *Objektzerstörung* im musikalisch-therapeutischen Spiel und des Erlebens der Wiederbelebung bzw. des Überlebens des Therapeuten (Müller in Irle/Müller 1996, 117f). In der musikalischen Improvisation kann sich diese therapeutisch wichtige Erfahrung in der Musik etwa darin äußern, dass der Therapeut durch die Lautstärke und Heftigkeit des Spiels des Patienten mit seinem Spiel musikalisch-psychologisch „untergeht", „zerstört wird", akustisch nicht mehr zu hören ist, und nach einer solch lauten Phase etwas vom Spiel des Therapeuten wieder hervortritt, eine Melodie, ein gleich gebliebener Rhythmus, eine leise Akkordfolge, was der Therapeut unhörbar weiter gespielt hat und was nun für den Patienten die Bedeutung des *Überlebens des Objektes* im Sinne Winnicotts gewinnen kann.

Auch die Konzeptualisierung Winnicotts vom „wahren und falschen Selbst" findet in einer neueren Arbeit ihren Niederschlag in der Analyse der Musiktherapie mit einem zehnjährigen Zwillingskind, bei dem es schwer zu bestimmen ist, ob die Zeichen einer Hörbehinderung und/oder einer geistigen Behinderung auf manifesten Einschränkungen beruhen oder ob sie Merkmale einer Selbstentwicklung sind. Konnte sich das Selbst hier nur in Abgrenzung zur gesunden, normalen Zwillingsschwester konstituieren und ist in dem „behinderten Selbst" zugleich die Einschreibung einer traumatischen Geburt zu sehen mit einer Ungetrenntheit in der Zuordnung des Erlebens von Mutter und Kind? (Guth 2002)

Die von Dieter Tenbrink auf die Musik angewandte Unterscheidung zwischen *subjektivem Objekt* und *objektivem Objekt* (Winnicott 1993, 101ff; Tenbrink 2002) findet sich bisher, soweit recherchiert, kaum in der musiktherapeutischen Literatur wieder. Es könnte allerdings eine weiterführende Anregung sein zu untersuchen, ob und woran sich unterscheiden lässt, ob PatientInnen der Musiktherapie die Instrumente (und/oder den Therapeuten) als subjektives oder objektives Objekt erleben und nutzen und ob sich daraus sinnvolle Zusammenhänge zur Frage der Indikation für die Musiktherapie ableiten ließen.

2.4 Die Musik des frühen Mutter-Kind-Dialogs

Als zweites stießen die Ausführungen Daniel Sterns (1992) von Anfang an auf eine begeisterte Aufnahme in der Musiktherapie. Viele seiner Beschreibungen der frühen Beziehungssituationen zwischen dem Säugling und seiner Umgebung spiegeln Erfahrungen wider, wie sie die MusiktherapeutInnen unabhängig von ihrer theoretischen Orientierung in der musikalischen Improvisation mit ihren PatientInnen machen. Auch die Konzeptualisierung der *Vitalitätsaffekte* (a. a. O. 93ff), der *amodalen Wahrnehmung* (a. a. O. 74ff) und der *Affektabstimmung* (a. a. O. 223ff) gemahnen unmittelbar an musikalische wie musiktherapeutische Erfahrungen. Erste musiktherapeutische Verknüpfungen stellten Weymann, Deuter und Teichmann-Mackenroth 1991 (veröffentlicht 1992) in einem Gruppenreferat einer musiktherapeutischen Fachtagung des Instituts für Musiktherapie und Morphologie IMM vor, die dann nach dem Erscheinen der deutschen Übersetzung des Hauptwerkes Sterns (1992) eine schnelle Verbreitung innerhalb der Musiktherapie fanden.

Hauptthese der drei Autoren ist es, dass die von Stern beschriebenen frühen Interaktionen zwischen Mutter und Kind in der musiktherapeutischen Improvisation wieder belebt werden. Dazu regen bestimmte Aspekte der Beziehungssituation im Spiel wie auch die Qualitäten der Musik an: „Die Analogien zwischen den frühen Interaktionsformen und den musikalischen Interaktionen, zu denen wir unsere Patienten in der Musiktherapie einladen, liegen auf der Hand. Schon die Beschreibung der Qualitäten, die vom Kleinkind wahrgenommen werden, erinnern an die Qualitäten, aus denen Musik entsteht: Intensitäten, Zeitgestalten wie Dauer, Rhythmus, Tempo, Accelerando, Ritardando, nicht zuletzt Tonhöhen und Klangfarben“ (Weymann 1992, 40). Weymann übersieht dabei nicht, dass diese Qualitäten auch im Gespräch eine Rolle spielen, betont aber die besondere Einheit von Form und Inhalt in der Musik: „Der *musikalische* Dialog aber handelt von nichts anderem“ (a. a. O.).

Auch Deuter betont, dass bei „der Beschreibung der Interaktion zwischen Mutter und Kind (...) Kriterien genannt und Begriffe benutzt [werden], mit denen gleichermaßen wesentliche Merkmale einer Improvisation beschrieben werden können. Stern beobachtet zum Beispiel, mit welchen Ausdrucksmitteln der Austausch *eingeleitet* wird, wie der Kontakt *aufrechterhalten* wird, wie er *moduliert* und wie er *beendet* und *vermieden* wird“ (Deuter 1992, 44).

Wichtig ist dabei, dass die Musik als Medium zwar durchaus einladend zu einer Wiederbelebung früher Interaktionsformen wirken kann, aber auch deutlich anders ist und mit der ursprünglichen Interaktionsszene nicht verwechselt werden darf:

> „Unter den veränderten Bedingungen der aktuellen Szene werden die frühen Erfahrungen nicht schlicht wiederholt im Sinne einer Kopie oder eines Abklatsches, sondern sie erscheinen quasi symbolisch im Rahmen der Übertragungsbeziehung und können – wenn es gut geht – denkend, fühlend, sprechend und handelnd (sinnlich-handgreiflich) weiterentwickelt werden. So kann es zu neuen Erfahrungen des Zusammenseins und des Austausches kommen, (...)“ (Weymann 1992, 36).

Teichmann-Mackenroth hebt behandlungstechnisch wichtige Aspekte hinsichtlich der Affektabstimmung hervor, die erst durch das richtige Maß von Ähnlichkeit und Differenz die Entwicklung fördert:

> „Der Zustand des kindlichen Selbst wird durch diese Intervention (verschmelzende Einstimmung, RT) nicht verändert, was in Beobachtungen daran zu erkennen war, daß die Kinder, wenn die Mutter ein »Affect attunement« in dieser Form vornahm, praktisch keine Reaktion zeigten. Erst wenn die Mutter ihre »Antwort« über- oder

> untertrieb, reagierte das Kind – mit Verwunderung. Dies deckt sich mit meiner musiktherapeutischen Erfahrung, daß Patienten nach einem für sie bedeutungsvollen Musikdialog, in dem ich, der Musiktherapeut, mich affektiv stimmig einlassen konnte, kaum sagen können, was ich gespielt habe, also nicht differenziert wahrgenommen haben" (Teichmann-Mackenroth 1992, 54).

Musik im musiktherapeutischen Setting biete, so Teichmann, Raum für die „mehr globalen Erlebens-, Wahrnehmungs- und Ausdrucksformen, wie wir sie in den Anfangsphasen menschlicher Entwicklung vorfinden" und er folgert daraus:

> „So genommen scheint unmittelbar stimmig, daß die Musiktherapie wachsende Bedeutung in der Behandlung von Patienten mit »frühen Störungen« erlangt hat und ebenso einleuchtend erscheint, daß leib-seelische Verletzungen aus vorsprachlicher Zeit besser auf der Klangebene als auf der Wortebene erinnert, wiederbelebt und im Sinne der korrigierenden emotionalen Erfahrung durchgearbeitet werden können, auch wenn wir dazu des Sprechens als Übersetzungs- oder Transferhilfe in die Sphären der Bewußtheit bedürfen" (a. a. O. 55).

Zur Konkretisierung sei hier die Beschreibung einer musiktherapeutischen Improvisation von Deuter (1992, 47f) wieder gegeben.

> „Die Improvisation entstand innerhalb einer Gruppenmusiktherapie (...) Die depressive Patientin (...) hatte bereits mehrere Monate an der Musiktherapie teilgenommen (...) [sie] verwendete viel Energie darauf, einen wirklichen Austausch zu vermeiden. In der Musik sah sie sich in ihrer Rolle als Opfer bestätigt. Schon mittlere Lautstärke erlebte sie so, als würde sie geschlagen. Damit wurden alte Erlebnisse wiederbelebt, vor denen sie sich schützen wollte, die sie aber auch festzuhalten schien.
>
> Die Vorstellung, selbst laut zu werden und womöglich dadurch der Bedrohung etwas entgegenzusetzen, löste Entsetzen aus. (...)
>
> Gegen Ende einer Gruppenimprovisation ergab sich ein Kontakt zwischen der Patientin und mir. Sie spielte eine Bordunleier, ich spielte auf einer alten verstimmten Zither. Die Patientin schien den Kontakt erst dann wahrzunehmen, als die Gruppe allmählich aufhörte zu spielen, bis schließlich nur noch die beiden Saiteninstrumente übrig blieben.
>
> Sehr leise wurde das Spiel, fast nicht mehr hörbar. Auf beiden Instrumenten wurde derselbe Ton gefunden, klang einige Male in derselben Schwingung. Der Zusammenhang ging verloren, fand sich wieder; ein Zurücktasten, wie zur Bestätigung, daß aufs Neue derselbe Ton, eine Übereinstimmung möglich war; schwer zu sagen, wie lange diese Phase dauerte. – Es war ein Spiel, wie über das Ende der Improvisation hinaus, wie über eine Grenze hinweg, mit einem Minimum an zerbrechlichem und trotzdem beständigem Kontakt.
>
> Nach einer Weile kamen andere Töne hinzu, bestätigten und unterstützten den zerbrechlichen Schwebezustand. Aus der Gruppe, die aufmerksam zugehörend geblieben war, beteiligten sich wieder Spieler und die Improvisation fand einen klingenden Schluß. (...)

> Erst nach einigen Musiktherapiesitzungen, die dazwischen lagen, konnte die Patientin über das Erlebnis reden. Sie schilderte, sie sei in einer Situation gewesen, in der »innerlich alles zusammenbricht«, wo sie »völlig allein und verlassen« sei. Dieses Gefühl kenne sie, so sei sie es gewohnt. Sie habe es kaum glauben wollen, daß sie die Zither hörte und einen Kontakt spürte."

Ähnlich wie Winnicott kommt auch Stern in seinen Texten selbst den Erfahrungen der Musiktherapie entgegen: „Nach meinem Eindruck gleicht eine primäre Betreuungsperson mehr als allem anderen einem schöpferischen Künstler, etwa einem mittanzenden Choreographen oder einem komponierenden und konzertierenden Musiker, der sein Werk aufführt, wie er es hervorbringt. Der Leser möge beachten, daß ich als Beispiel zumindest für diese Periode der Kindheit die nicht-verbalen Künste anführe, deren Dynamik sich in der Zeit entfaltet" (Stern nach Deuter 1992, 43).

Die Vitalitätsaffekte als organisationsstiftende, strukturbildende Erfahrungen erinnern sowohl in der Schwierigkeit, sie sprachlich zu beschreiben (Stern 1992, 83-93) als auch in den dann gefundenen Beschreibungen selbst an musikalische Formprinzipien: „aufwallend, verblassend, flüchtig, explosionsartig, anschwellend, abklingend, berstend, sich hinziehend, usw" (a. a. O., 83). Auch hier bezeichnet Stern selbst die Musik – neben dem abstrakten Tanz – als „ausgezeichnete Beispiele für die Ausdrucksfähigkeit der Vitalitätsaffekte" (a. a. O., 87).

So gibt es inzwischen zahlreiche Verbindungen zwischen Musiktherapie und der neueren Säuglingsforschung, die ja ihrerseits auch einen direkt auf Musik bezogenen Forschungszweig kennt (Papousek 2001). Wie weit damit tatsächlich eine schulenübergreifende theoretische Grundlegung der Musiktherapie gefunden wird, wie Decker-Voigt es erhofft (2002, 30f und 408ff), bleibt abzuwarten.

2.5 Gemeinsames Anwesendsein und der Bereich des Schöpferischen

Als ein weiterer Wegbereiter der Selbstpsychologie ist Balint (1966, 1973) zu nennen, dessen Werk für die Musiktherapie eine wichtige Rolle spielt. Seine Beschreibungen des Bereichs des Grundmangels, des Versagens von Sprache (bzw. von Deutungen) in einem bestimmten frühen Störungsbereich, der Funktion der therapeutischen Regression sowie des Bereichs des Schöpferischen halfen, die Notwendigkeit einer therapeutischen Kommunikation jenseits der Sprache zu begründen. Dieser Einfluss ist in den Veröffentlichungen zum Teil nicht direkt aufzufinden, sondern ist über die Weiterführungen in der Psychosentherapie vermittelt, so etwa bei Benedetti, Ciompi, Wulff und Mentzos. Er spielt vor allem dann eine wichtige Rolle, wenn es darum geht, die andersartige Beziehungsstruktur in der Musik in der Arbeit mit früh gestörten Patienten begrifflich zu etablieren (Deuter 1996; Kunkel 1996; Tüpker 1996, 1998; Metzner 1999; Engelmann 2000).

So grenzt z.B. Deuter eine bestimmte Form der therapeutischen Beziehung *in* der Improvisation als ein *gemeinsames Anwesendsein* gegenüber der üblichen, resp. späteren *Begegnung* im gemeinsamen Werk der Improvisation ab. Die Spielverfassung des gemeinsamen Anwesendseins hat dabei die Charakteristika „Kontinuum, Dimension von «Alles und Nichts», veränderte Zeitdimensionen, Undifferenziertheit, keine Notwendigkeit von Gestaltung und Form, Aufgehobensein, Unentschiedenheit, Dauer, die sich nicht erschöpft, aber auch nicht erfüllt" (Deuter 1996, 53). Sie ist als „Vorform von Begegnung und Beziehung" (a. a. O. 47) zu verstehen, die reguliert werden muss als ein Ort, in dem

Verstehen sich konstituieren kann, ohne dass Verstehen schon geschehen darf. Die Beschreibungen Deuters erinnern an den Bereich des Schöpferischen bei Balint (Balint 1973, 35ff) und den versuchsweise vorgeschlagenen Begriff der Prä-Objekte (a. a. O.). Deuter konkretisiert die therapeutische Haltung in Abgrenzung zur Mitbewegung, dem direkten musikalischen Respons etwa durch Motivwiederholung, Anknüpfung, Aufgreifen des gleichen Rhythmus:

> „Man kann sich den Rahmen des gemeinsamen Anwesendseins so umfassend vorstellen, daß der andere als persönliches Gegenüber darin gar nicht bemerkbar werden muß; (...) In diesem Raum können sich Dinge ereignen; sie haben aber (noch) nichts zu bedeuten; der eigentliche Bereich der Begegnung wird ausgespart; es ist aber dennoch etwas da, eine Umgebung, ein Umfeld, eine Atmosphäre. Man spielt zwar zu zweit; die Dualisierung und die damit verbundene Trennung wird aber ausgeblendet; es ist ein Alleinsein, ohne darin verloren zu gehen. Man kann der bedrohlichen Nähe entgehen, ohne daß es als Alternative dazu nur Leere gibt" (Deuter 1992, 52).

An die von Balint immer wieder umschriebene Sprachlosigkeit dieser Verfassung gemahnt auch das in der Musiktherapie immer wieder anzutreffende Phänomen, dass PatientInnen nach einem solchen Eintauchen in den Bereich der *Eins*, wie Balint diese Ebene in Abgrenzung zur *Zwei* der Grundstörung und zur *Drei* der „normalen" Ebene ödipaler Konflikte auch nennt (Balint 1973, 35ff), nur so etwas sagen wie „das war gut" (Kunkel 1996, 75) und zu weiteren verbalen Äußerungen nicht zu bewegen sind. Dies geschieht dann oft in der Verbindung mit sehr langen und redundanten Improvisationen, in denen der Therapeut die merkwürdigsten Dinge erlebt, bisweilen aber auch schwer erträgliche Langeweile, die aber vom Patienten sehr deutlich als die derzeit angemessene Form eines „guten" oder zumindest erträglichen Zusammenseins charakterisiert wird, bis sie – oft nach vielen Wochen oder Monaten (soweit das Gesundheitssystem dies zulässt) – durch eine neue Form abgelöst wird, die nicht ohne weiteres aus dem Bisherigen ableitbar erscheint (vgl. auch Buchert 2002).

2.6 Kohut und die Musiktherapie

Auch die Schriften Kohuts wurden von den MusiktherapeutInnen rezipiert, wenn auch in deutlich geringerem Maße als die bisher genannten AutorInnnen. Dabei ist zu unterscheiden zwischen den Arbeiten Kohuts zur Musik auf der einen Seite und der Narzissmusforschung und Entwicklung der Selbstpsychologie auf der anderen.

Zwar beziehen sich einige Autoren auf die Ausführungen Kohuts zur Musik (z.B. Langenberg 1988, 22f) dennoch fällt auf, dass gerade dieser Teil des Kohutschen Werkes in der Musiktherapie – zumindest in der deutschsprachigen Literatur – relativ wenig inhaltliche Resonanz gefunden hat. (Obwohl einer der Aufsätze Kohuts sogar zunächst, 1951, in der amerikanischen Fachzeitschrift für Musiktherapie erschienen ist. Die deutsche Übersetzung dann in der bekannten Aufsatzsammlung 1977 veröffentlicht.) Ein Grund dafür könnte sein, dass Kohut sich stärker mit dem Musikhören und der Frage des psychologischen Zustandekommens des *Musikgenusses* beschäftigt (Kohut 1977, 196f), was für die Musiktherapie im klinischen Sinne naturgemäß weniger zentral ist. Und auch dort, wo die aktive musikalische Produktion berührt ist, scheint das Improvisieren als eine mögliche Form des Musizieren Kohut nicht bekannt gewesen zu sein (a. a. O. 197, 236). Zum anderen scheint der zentrale eigene Beitrag Kohuts, dass der Musikgenuss sich

letztlich aus der Bewältigung der primär angsterzeugenden akustischen Umwelt ableite (vgl. a. a. O. 200f) wenig plausibel und die zur Ableitung dieser These herangezogenen Beispiele wären in ihrer Generalisierung leicht durch andere Säuglingsbeobachtungen zu widerlegen. Der zweite in diesem Zusammenhang von Kohut betonte Aspekt, dass Musik die Funktion einer „Regression im Dienste des Ich" (Kris) gewinnen kann und Kunst allgemein „dem Individuum bei der stellvertretenden Lösung struktureller Konflikte" (a. a. O. 237) helfe, findet sich schon eher in der musiktherapeutischen Erfahrung wieder. Insgesamt fällt allerdings auf, dass die neuen selbstpsychologischen Sichtweisen in die Beschäftigung Kohuts mit der Musik noch nicht eingeflossen sind, sondern Kohut sich hier eher auf das ältere Strukturmodell bezieht und Musik daraufhin betrachtet, welchen Es-, Ich- und Über-Ich-Funktionen sie dienen kann. Dennoch wäre eine kritische Auseinandersetzung mit den Schriften Kohuts zur Musik von Seiten der Musiktherapie sicherlich lohnend.

Die Selbstpsychologie Kohuts findet sich ausführlich in die musiktherapeutische Konzeptentwicklung von Maler (1989a und 1989b) einbezogen. Er entwickelte an der Medizinischen Hochschule Lübeck im Rahmen des dortigen stationären Konzeptes (Feiereis 1989) ein Modell für die Behandlung anorektischer und bulimischer PatientInnen. Dabei durchlaufen die PatientInnen im Sinne einer therapeutischen Nachreifung verschiedene Entwicklungsstufen, die sich konzeptuell u.a. an der Entwicklung des Selbst bei Kohut orientieren. Auch die starke Orientierung an einer (heilsamen) Spannungsregulierung durch die improvisatorischen Prozesse erinnern an den Blickwinkel Kohuts auf die psychologische Funktion von Musik

Verbindungen zwischen der Selbstpsychologie Kohuts und der Selbstentwicklung bei Stern finden sich dargestellt im Bereich der Arbeit mit geistig Behinderten bei Albrecht (1995) und in der Falldarstellung der Musiktherapie mit einem hörgeschädigten Zwillingskind bei Guth (2002). Albrecht analysiert von diesen beiden Konzepten her ihre musiktherapeutische Arbeit mit einem 37-jährigen geistig behinderten Mann namens *Heinrich*, dessen Leben durch die immer wieder auftauchenden Gewalttätigkeiten und Autoaggressionen aus den Bahnen zu geraten droht. Sie analysiert diese Störungen konsequent und überzeugend als Symptome einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung und weist damit zugleich nach, dass nicht die geistige Behinderung selbst Ursache dieser Symptome ist bzw., dass die Symptome kein unverstehbares *Merkmal* geistiger Behinderung sind, wie dies für gewöhnlich immer noch so gesehen wird.

In der musiktherapeutischen Behandlung konstellierte sich zunächst eine verschmelzende Selbstobjekt-Übertragung:

> „Der latente Wunsch (...) lautet: Sei so eins mit mir (...), daß du fühlst, was ich fühle; daß ich nichts zu sagen brauche, weil wir das gleiche fühlen. Dieser Wunsch schlägt mir aber wie eine Forderung entgegen. Hier zeigt sich das Bedürfnis nach einem verschmelzenden archaischen Selbstobjekt. Und es findet sich die von Kohut beschriebene, für solche Selbstobjektbeziehungen typische Gegenübertragung der Therapeutin" (Albrecht 1995, 55).

So scheint der Wunsch nach Abgrenzung (als notwendiger Entwicklungsimpuls) zunächst nur bei der Therapeutin zu liegen. Es zeigt sich aber, dass er durchaus auch beim Patienten ist, aber, zunächst unkenntlich, aufgehoben in der (Drohung der) Gewalttätigkeit. Dann taucht er auch in der Musik auf, die die Therapeutin an der Schmerzgrenze berührt, was vom Patienten mit sadistisch anmutender Freude registriert wird. Hier, so die Therapeutin, „werde ich als ein klares Gegenüber wahrgenommen, das eine Grenze hat, die verletzt werden kann. Heinrich tut etwas und bekommt von mir die klare Botschaft, daß das, was er

tut, mich berührt. Er erlebt aber auch, daß seine aggressiven Impulse mich nicht »vernichten« können. (...) Die Beziehungsqualität, die sich in dieser Szene herstellt, unterscheidet sich von der, die einen großen Teil der therapeutischen Beziehung bestimmt. Hier geht es um die Ebene der Objektbeziehungen, in dem bisher dargestellten eher um die Verwendung der Therapeutin als Selbstobjekt in einer verschmelzenden oder spiegelnden Selbstobjekt-Beziehung. Es zeigen sich beide Entwicklungslinien, die Kohut als getrennt voneinander betrachtet: Die Entwicklungslinie der Selbstobjekt-Beziehungen und die der Objekt-Beziehungen" (Albrecht 1995, 57).

Die Musik als Beziehungsform wird in dieser Behandlung auch deshalb so wichtig, weil deutlich wird, dass dieser Patient zwar durchaus sprechen kann, seine Worte aber nicht seine *eigenen* Erfahrungen auszudrücken vermögen. Es ist als seien seine Worte nicht die seinen. Vielmehr erscheinen seine Sätze, mit denen er z.B. über vergangene Gewalttätigkeiten spricht, wie „Zitate". „Ich habe das Gefühl, in ihm seine Eltern sprechen zu hören" (a. a. O. 56). „Als ob ein Über-Ich spräche", welches aber wiederum nicht integrierter Teil der Persönlichkeit zu sein scheint, sondern eine durch ihn hindurch sprechende Eltern-Imago. Die Worte, die der Patient spricht, bleiben dadurch in ihrer emotionalen Wirkung „leer, verarmt", wirken künstlich und befremdend. „Von den Gefühlen eines Mannes, der wieder zu Hause sein möchte, den aber irgendetwas dazu gebracht hat, dort immer wieder so gewalttätig zu agieren, daß seine Eltern es schließlich mit ihm nicht mehr aushalten konnten, ist zunächst nichts zu spüren." „Heinrich kann Sprache nicht nutzen, um sich zu unterscheiden." (a. a. O.).

Gewalttätigkeiten drohen immer wieder auch in der Musiktherapie und werden dort als narzisstische Wut verstehbar, zu der es dann kommt, wenn die Therapeutin als Selbstobjekt „versagt" und damit frühere Selbstobjektversagungen aktualisiert werden. Dabei wird dann deutlich, dass „die sichere Qualität eines Spiel-Raumes oder Übergangsraumes" für den Patienten nicht zu existieren scheint. So kann z.B. eine affektive Überforderung, die sich im musikalischen Zusammenspiel ereignet, zunächst unmittelbar in das Umwerfen von Tischen und Stühlen umschlagen. Da ist keine Grenze, kein Zwischenraum.

Darin offenbart sich in diesem Fall zugleich die Entwicklungschance der Musik, durch die nun über verschiedene Stufen allmählich Spielraum (symbolischer Raum) aufgebaut und entwickelt werden kann: Schreien, aggressives Spielen in der Musik kann als „Spiel" mit Ausdruckscharakter von unkontrollierten „realen" Durchbrüchen unterschieden werden; dem entspricht, dass die Angst, die die Therapeutin während einer Improvisation empfindet, sich deutlich von der Angst vor realen Gewalttätigkeiten unterscheidet; Heinrich kann der gespielten Musik einen Namen geben; es entsteht eine Metaebene, die das Deuten – auch der Übertragungsbeziehung – ermöglicht. Reifere Übertragungsebenen entstehen neben den anderen, die Therapeutin wird nicht mehr nur „zur Erhaltung der Selbstkohärenz des Patienten gebraucht, sondern (kann) auch als «Gegenüber» interessant werden (a. a. O. 72).

Einen Überblick über die dargestellten Konzepte, die bisher in der Musiktherapie verwendet werden oder mit ihr in enger Beziehung stehen, kann nachfolgende Tabelle geben.

Selbstpsychologie in der Musiktherapie

in Stichworten

Melanie Klein	schizoide und depressive Position projektive Identifikation
Wilfried Bion	container – contained negative capability
Donald Winnicott	holding function Übergangsobjekt - intermediärer Raum Spiel - Kreativität -Kultur Objektzerstörung und Überleben des Therapeuten wahres und falsches Selbst
Michael Balint	Bereich der Grundstörung Beich des Schöpferischen (der Eins) Prä-Objekte Bedeutung der therapeutischen Regression
Weiterführungen bei G. Benedetti ...	
Heinz Kohut	Selbst Selbstobjekt (-Funktion) der Musik „Glanz im mütterlichen Auge“ Empathie Selbst-Selbstobjektbeziehung umwandelnde Verinnerlichung
Daniel Stern	auftauchendes Selbst..... amodale Wahrnehmung Affektabstimmung Vitalitätsaffekte

3. Thesen zur Musiktherapie

Drei Thesen zur Musiktherapie aus selbstpsychologischer Sicht mögen abschließend dazu dienen, die weitere Diskussion anzuregen.

1. **In einem Teil der musiktherapeutischen Improvisationen spiegeln sich die verinnerlichten und zu Selbstsubstanz gewordenen Objektbeziehungen des Patienten.**

Die musiktherapeutische Improvisation ermöglicht dadurch in besonderer Weise empathische und zugleich im Werk manifeste Einsichten in Entwicklung und Aufbau des Selbst.

Vergleichbar mit der freien Assoziation in der Psychoanalyse stellt für viele Musiktherapien die freie Improvisation das Kernstück der Behandlung dar (vgl. Hegi 1986; Weymann 1996, 133f und 2001, 81ff; Lenz/Tüpker 1998; Bergstrøm-Nielsen/Weymann 2001; Weymann

2001). Sie unterscheidet sich allerdings in zweierlei Hinsicht von der freien Assoziation. Zum einen handelt es sich um einen *gemeinsam* gestalteten Prozess von Patient und Therapeut, wenn auch aus unterschiedlichen Positionen heraus.

Zum anderen wohnt ihr bei aller Prozesshaftigkeit auch viel deutlicher ein Produktcharakter inne, mit den Charakteristika eines geschlossenen musikalischen Werkes oder Stückes. Für die psychologische Forschung bedeutet dies, dass sich diese Improvisationen auf Tonträgern festhalten und sowohl unter psychologischen wie musikwissenschaftlichen Kriterien untersuchen lassen. (Im Hinblick auf die zu wahrende Anonymität des Patienten ist die Aufnahme der Musik wesentlich unproblematischer als die der Sprache, da der Patient als Person, solange er sich instrumental äußert – anders als anhand der Sprechstimme – nicht identifizierbar ist.)

Seit Bestehen der Forschungsgruppe zur Morphologie der Musiktherapie (1980) und der ersten Veröffentlichung einer Methodik zur Untersuchung solcher Improvisationen (Tüpker 1983), die psychologische und musikwissenschaftliche Aspekte in einer vierstufigen Analyse miteinander verbindet, sind in der Musiktherapie hunderte von musiktherapeutischen Improvisationen untersucht worden. Neben vielen anderen Forschungsfragen, die dabei jeweils im Vordergrund[19] standen, hat sich vor allem immer wieder gezeigt, dass die Improvisationen in verblüffender Weise seelische Strukturen der Patienten in Wirkungsgestalt (Ausdruck) und Formenbildung der Musik widerspiegeln.

Aus diesen Erfahrungen entsteht bei einer selbstpsychologischen Betrachtungsweise ein deutlicheres Bild von der Wirkungsweise der Musiktherapie. Kohut erklärt das Entstehen stabiler Selbststrukturen so, dass aus den erlebten Selbst-Selbstobjektbeziehungen mittels *umwandelnder Verinnerlichung* Selbstsubstanz wird. Wir können diese Beschreibung m.E. über den bei Kohut enger definierten Bereich auch als Prototyp für die Entstehung bleibender seelischer Struktur überhaupt ansehen. Das heißt: Alle bedeutsamen frühen Objektbeziehungen verwandeln sich – in bestimmten qualitativen und quantitativen Korrelationen zu Dauer, Intensität, Wiederholung und der Lebensphase, in der sie erlebt werden – in *innere* seelische Struktur.

Der Begriff Struktur verweist dabei zum einen auf ein gewisses Maß an Abstraktion vom Konkreten, etwa wie Stern dies in Bezug auf die sogenannten RIGs beschreibt (1992, 159ff). Zum anderen ist mit ihm die Verwandlung des aktuellen Erlebens in der Dualität einer Beziehung in eine das Aktuelle überdauernde Engrammierung im einzelnen Subjekt gemeint. Anders formuliert: Die verwandelnde Hineinnahme der Situation zu zweit (zu dritt etc.) in das Subjekt als eine Person. Oder:

Aus wird

Wichtig ist hierbei: Nicht *der Andere* wird verinnerlicht, sondern die Beziehung zwischen dem Selbst, dem Eigenen und dem Anderen. Die Bezeichnung *umwandelnd* meint – neben der Tatsache, dass innere seelische Struktur substanziell etwas anderes ist als die aktuell geschehende Beziehung –, dass die Szenen mit dem Verinnerlichungsprozess in vielfältiger

[19] Ein Überblick über die bisherigen Arbeiten findet sich in Tüpker 2001, 74f.; eine vergleichende Studie zur Validierung des Verfahrens verfasste Mömesheim 1999; Improvisationen von chronischen Schmerzpatienten verglich Krapf in Tüpker 2002b, 56ff. Weitere vergleichende Studien untersuchen die Improvisationen von PatientInnen mit Borderline-Syndrom (Tönnies 2002) und Magersucht (Erhardt i.V.).

Weise verändert werden. Und zwar jeweils vor dem Hintergrund des bereits Erlebten. Also immer auch im Sinne einer Deutung durch das Subjekt.

Beziehen wir hier den Gedanken der Existenz eines Keimselbst ein, so gilt dies von Anfang an und macht verstehbar, warum *gleiche Ereignisse* durchaus unterschiedliche Wirkungen und Folgen haben. (Der Begriff der Vulnerabilität verweist auf dieses Wissen, wenn auch leider nur im pathologischen Bereich.) Naheliegend ist auch die Annahme, dass der Grad der Veränderung im Verinnerlichungsprozess mit zunehmendem Alter ebenfalls zunimmt.

In der Musik finden diese umwandelnd verinnerlichten Beziehungsstrukturen und Beziehungsqualitäten ihre Form – sie äußern sich in den für alle wahrnehmbaren musikalischen Strukturen. Sie unterliegen damit aber zugleich einem weiteren Umwandlungsprozess. Denn sie sind „weder konkrete leibliche Strukturen, noch Bilder, schon gar nicht Sprache, allerdings auch nicht Musik. Aber – unter günstigen Bedingungen – sind sie sozusagen *musikabel*: Damit meine ich, dass sie in Musik überführbar, umstülpbar, ent-wickelbar sind. Sie können in Musik über-setzen, in ihr materialiter (klanglich) in Erscheinung treten. Sie können sich in Musik erkennen und zugleich durch ihr Musik-Werden erkennbar, wahrnehmbar werden: – für das Subjekt – und für andere“ (Tüpker 2002a, 93). In dieser Umwandlung verinnerlichter Beziehungsstrukturen in Musik ist einer der potenziellen Wirkfaktoren der Musiktherapie zu sehen.

In den musiktherapeutischen Improvisationen hören wir in diesem Sinne die verinnerlichten Objektbeziehungen einschließlich der Selbst-Selbstojekt-Beziehungen, ihre subjektive Deutung und ihre Verwandlung im musikalischen Prozess, somit auch die Veränderung in der aktuellen Beziehung zwischen Patient und Therapeut. Damit ist auch ersichtlich, dass diese These nicht missverstanden werden darf als hätten wir mit der Improvisation eine Art *Tondokument aus früheren Tagen.* Auch darf bei dieser Pointierung nicht übersehen werden, dass wir ebenfalls die sich gestaltende aktuelle Beziehung hören. Wenn der Musiktherapeut durch seine musikalische Ausbildung *hilft* bei der Verwandlung der inneren Strukturen in Musik, so beinhaltet dies naturgemäß eine Beeinflussung. Diese zu negieren hieße psychologisch einer Verleugnung anheim fallen. Statt dessen gilt es, sie zu reflektieren und für den therapeutischen Prozess nutzbar zu machen. Wenn wir die Musik somit im Sinne Körners (1989) als Arbeit *in* der Übertragung auffassen, wird zugleich die Notwendigkeit der Ergänzung durch die Sprache in der Musiktherapie erkennbar.

Daraus lässt sich eine zweite These entwickeln:

2. Durch die besondere Beziehungssituation in der musikalischen Improvisation kann der *mitspielende* Therapeut für den Patienten Selbstobjektfunktion bekommen und der Patient kann die sich verändernde Musik so verinnerlichen, dass es zu einer Veränderung im Selbst kommen kann.

Die *besondere Beziehungssituation in der Musik* lässt sich zusammenfassend durch folgende Merkmale charakterisieren:

- regressionsfördernd
- innige Verwobenheit in der Formenbildung (damit ähnlich der frühen Mutter-Kind-Beziehung)

- Affektabstimmung, Affektgestaltung
- holding function
- container-Funktion
- negative capability
- Anknüpfen an „gesunde" schöpferische Selbstanteile (im Sinne Balints)
- an ein Keimselbst (*Music Child*)

Die von Kohut formulierte Einsicht, dass Beziehungen während des gesamten Lebens Selbstobjektfunktion gewinnen und somit *von innen her* zur Erhaltung wie zur Veränderung des Selbst beitragen können, gilt besonders auch für die therapeutische Beziehung. In der Musiktherapie führen die Merkmale der musikalischen Beziehungssituation dabei in besonderem Maße in frühe vorsprachliche Bereiche (bzw. spätere Merkmale der Beziehung, die nicht sprachlich kodiert werden) und können auf dieser Ebene im Sinne einer nachholenden (nachnährenden) Beziehung wirksam werden. In der musikalischen Formenbildung sind wichtige frühe Beziehungsfunktionen (wieder-)herstellbar wie Getragenwerden, Gehaltensein, Gehörtwerden, Spiegelung. Dadurch kann es zu umwandelnder Verinnerlichung förderlicherer Selbstobjekte kommen.

3. Diese musiktherapeutische Arbeit begründet sich auch darin, dass der Musiktherapeut Musiker ist, in dem Sinne, dass für ihn die Musik Selbstobjektfunktion hat.

Der neue Impuls, den die künstlerischen Therapien in die Psychotherapien bringen können, ist so eng verwoben – und in gewissem Sinne auch abhängig – von der Sozialisation der behandelnden Personen als KünstlerInnen. Dabei geht es primär um die mit dieser Herkunft verbundenen inneren Prozesse wie die oben erwähnte langjährige Einübung in die den Künsten immanenten prototypischen Verarbeitungsprozesse (Psychästhetik). Aber auch darum, selbst Musik in mehreren Versionen als etwas Not-Wendendes erfahren zu haben. Musik als funktionierende Selbstbehandlung erlebt zu haben, ist somit die immanente Voraussetzung, Musik im Beziehungsgeschehen mit anderen methodisch anwenden zu können.

Die Forderung, dass der Musiktherapeut Musiker sein müsse (der Kunsttherapeut bildender Künstler etc.) bezieht sich daher *psychologisch* nicht auf einen bestimmten abprüfbaren Level an Spieltechnik oder künstlerischer Produktion, sondern auf die innere Verwobenheit von musikalischer Entwicklung und Selbstentwicklung. Ganz im Sinne Winnicotts ist die Musik als Möglichkeit der Formung wie des Ausdrucks der eigenen seelischen Empfindungen, Affekte und Konflikte etwas, was biographisch zugleich gefunden und geschaffen wird. Geschieht dies in verschiedenen Lebensphasen durch mehrere Entwicklungsdrehpunkte hindurch, so gewinnt die Musik Selbstobjektfunktion: Sie wird dann durchgängig als Halt erlebt, als *das Eigene*, als unverzichtbar, als nicht versiegende Quelle. Man ist aber auch bereit, ihr vieles zu „opfern": Zeit, Geld, andere Vergnügungen. Sie „lohnt" es durch die ihr immanente Paradoxie, indem die schier unendliche Vielschichtigkeit und Verwandlungsfähigkeit der Musik diesem Selbstobjekt zugleich seine Stabilität und (Über-)Lebensfähigkeit verleiht.

Der Impuls der künstlerischen Therapien insgesamt – für die anderen Künste ließe sich ja Vergleichbares ausführen – liegt daher weniger in einer hinzugekommenen Behandlungstechnik, als vielmehr in der Verfügbarmachung der *psychologischen Künste* der Künste in Krisen der Entwicklung, in denen Menschen eine Psychotherapie aufsuchen (vgl. Petersen 1987).

LITERATUR:

Albrecht, Sabine (1995): Selbstentwicklung und narzisstische Störungen bei geistig Behinderten: Erfahrungen aus der Musiktherapie. Münster: Diplomarbeit Studiengang Musiktherapie Universität

Bacal, Howard A./ Newman, Kenneth M. (1994): Objektbeziehungstheorien – Brücken zur Selbstpsychologie. Stuttgart,Bad Cannstatt: frommann-holzboog [New York, Oxford 1990]

Balint, Michael (1966): Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Bern, Stuttgart: Huber- Klett [London 1965]

Balint, Michael (1973): Therapeutische Aspekte der Regression. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt [London 1968]

Bergstrøm-Nielsen, Carl/ Weymann, Eckhard (Hg.): Vermittlungen ... musically speaking. Einblicke, Heft 12, Berlin: BVM: www.musiktherapie-bvm.de

Bion, Wilfried (1990): Lernen als Erfahrung. Frankfurt a. M.: Suhrkamp [London 1962]

Buchert, Heidi (2002): Musiktherapeutische Behandlung bei chronisch schizophrenen Patienten. Durchführung und Auswertung einer Verlaufsstudie zu Wirksamkeit und Wirkungsweise. Münster: LIT-Verlag

Decker-Voigt, Hans-Helmut (Hg.) (2002): Schulen der Musiktherapie. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag

Dehm-Gauwerky, Barbara (2000): Die Erleichterung. Das Sterben der 70jährigen, dementen Frau S. In: Kimmerle, Gerd (Hrsg.): Zeichen des Todes in der psychoanalytischen Erfahrung. Tübingen: edition diskurs 2000, 65-108

Dehm-Gauwerky, Barbara (2001): „Übergänge". Tod und Sterben in der Musiktherapie mit Dementen. In: Tüpker, Rosemarie; Wickel Hans Hermann (Hg.): Musik bis ins hohe Alter. Münster: LIT-Verlag 2001, 143-155

Deuter, Martin (1992): Spätere Versionen frühkindlicher Erfahrungen in der Improvisation. In: Spielen und Sprechen in der Musiktherapie. Materialien zur Musiktherapie. Heft 5. Zwesten, Steinfurt: Institut für Musiktherapie und Morphologie 1992, 35-41

Deuter, Martin (1996): Beziehungsformen in der musiktherapeutischen Arbeit mit psychotischen Patienten. „Wo treffen wir uns, wenn wir uns nicht treffen?" In: Tüpker, Rosemarie (Hg.): Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis und Forschung. Münster: LIT-Verlag 1996, 38-60

Engelmann, Ingo (2000): Manchmal ein bestimmter Klang. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Ermann, Michael (Hg) (1993): Die hilfreiche Beziehung in der Psychoanalyse. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Feiereis, Hubert (1989): Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie. München: Marseille-Verlag

French, Robert (2000): ´Negative Capability`, ´Dispersal` an the Containment of Emotion, Bristol Business School Teaching and Research Review, Issue 3, Summer 2000, ISSN 1468-4578

Füg, Rosemarie (1980): Die Bedeutung der Instrumentenauswahl des Patienten in der Musiktherapie. Herdecke. Abschlussarbeit Mentorenkurs Musiktherapie

Gustorff, Dagmar/ Hannich, Hans-Joachim (2000): Jenseits des Wortes. Musiktherapie mit komatösen Patienten auf der Intensivstation. Bern, Göttingen: Verlag Hans Huber

Guth, Hannelore (2002): Das Geheimnis des Selbst. Musiktherapie mit einem hörgeschädigten Zwillingskind. Münster: Diplomarbeit Studiengang Musiktherapie Universität

Hegi, Fritz (1986): Improvisation und Musiktherapie. Möglichkeiten und Wirkungen von freier Musik. Paderborn: Junfermann

Heinemann, Evelyn/ Groef, Johan de (Hg.) (1997): Psychoanalyse und geistige Behinderung. Mainz: Matthias-Grünewald-Verlag

Irle, Barbara/ Müller, Irene (1996): Raum zum Spielen – Raum zum Verstehen. Musiktherapie mit Kindern. Münster: LIT-Verlag

Janus, Ludwig (2000): Die Psychoanalyse der vorgeburtlichen Lebenszeit und der Geburt. Gießen: Psychosozial-Verlag

Klein, Melanie (1972): Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge der Psychoanalyse. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt

Körner, Jürgen (1989): Arbeit *an* der Übertragung? Arbeit *in* der Übertragung! In: Forum der Psychoanalyse 1989, 209-223

Kohut, Heinz (1951): The psychological significance of music activity. In: Music Therapy, I, 151-158

Kohut, Heinz (1976): Narzißmus. Frankfurt a. M.: Suhrkamp [New York 1971]

Kohut, Heinz (1977): Introspektion, Empathie und Psychoanalyse. Frankfurt a. M.: Suhrkamp

Kohut, Heinz (1981): Die Heilung des Selbst. Frankfurt a. M.: Suhrkamp [New York 1977]

Kohut, Heinz (1989): Wie heilt die Psychoanalyse? Frankfurt a. M.: Suhrkamp [Chicago, London 1984]

Kunkel, Sylvia (1996): „Sein oder Nicht-Sein" Musiktherapie mit einem schizophrenen Patienten. In: Tüpker, Rosemarie (Hg.): Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis und Forschung. Münster: LIT-Verlag 1996, 61-102

Lazar, Ross A. (1993): „Container – Contained" und die helfende Beziehung. In: Ermann, Michael (Hg.): Die hilfreiche Beziehung in der Psychoanalyse. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1993

Langenberg, Mechtild (1986): Musiktherapie - Spielraum, Übergangsraum, Zwischenraum. Überlegungen zur Funktion einer künstlerischen Therapie. In: Heigl-Evers, Annelise et al. (Hrsg.) Die Vierzigstundenwoche für Patienten. Konzept und Praxis teilstationärer Psychotherapie. Verlag f. Medizinische Psychologie im Verlag Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Langenberg, Mechtild (1988): Vom Handeln zum Be-Handeln. Darstellung besonderer Merkmale der musiktherapeutischen Behandlungssituation im Zusammenhang mit der freien Improvisation. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag

Lenz, Martin/ Tüpker, Rosemarie (1992): Wege zur musiktherapeutischen Improvisation. Münster: LIT-Verlag

Loos, Gertrud (1986): Spiel-Räume. Musiktherapie mit einer Magersüchtigen und anderen frühgestörten Patienten. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag

Mahns, Wolfgang (2003): Symbolbildung in der analytischen Kindermusiktherapie. Münster: LIT-Verlag

Maler, Thomas (1989a): Klinische Musiktherapie. Ausdrucksdynamik, Ratingskalen und wissenschaftliche Begleitforschung im Lübecker Musiktherapie-Modell. Wissenschaft aktuell, Bd. 9. Hamburg: Verlag Dr. R. Krämer

Maler, Thomas (1989b): Musiktherapie. In: Feiereis, Hubert: Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie. München: Marseille Verlag 1989, 245-277

Metzner, Susanne (1999): Tabu und Turbulenz. Musiktherapie mit psychiatrischen Patienten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Metzner, Susanne (2002): Psychoanalytische Musiktherapie. In: Decker-Voigt, Hans-Helmut (Hg.): Schulen der Musiktherapie. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag

Mömesheim, Elke (1999): „Wer verschweigt das letzte Wort?" Vergleichende Untersuchung von Beschreibungstexten aus der Morphologischen Musiktherapie. Münster: Diplomarbeit Studiengang Musiktherapie Universität

Niedecken, Dietmut (1988): Einsätze. Material und Beziehungsfigur im musikalischen Produzieren. Hamburg: VSA-Verlag

Niedecken, Dietmut (1989): Namenlos. Geistig Behinderte verstehen. Piper, 2. Aufl. München: dtv 1993 unter dem Titel: Geistig Behinderte verstehen

Nordoff, Paul/ Robbins, Clive (1975): Musik als Therapie für behinderte Kinder. Stuttgart: Ernst Klett Verlag [London 1971]

Nordoff, Paul/ Robbins, Clive (1986): Schöpferische Musiktherapie. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag [London 1977]

Papousek, Mechthild (2001): Vom ersten Schrei zum ersten Wort. Bern: Huber-Verlag

Petersen, Peter (1987): Der Therapeut als Künstler. Ein integrales Konzept von Psychotherapie und Kunsttherapie. Paderborn: Junfermann

Priestley, Mary (1982): Musiktherapeutische Erfahrungen. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag [London 1975]

Priestley, Mary (1983): Analytische Musiktherapie. Stuttgart: Klett-Cotta [London 1980]

Salber, Wilhelm (2001): Psychologische Behandlung. 2. überarb. Auflage. Bonn: Bouvier

Schumacher, Karin (1999): Die Bedeutung des Orff-Schulwerkes für die musikalische Sozial- und Integrationspädagogik und Musiktherapie. In Orff-Schulwerk-Informationen Nr. 62 (63), hrsg. vom Mozarteum Salzburg

Sloterdijk, Peter (1988): Zur Welt kommen – Zur Sprache kommen. Frankfurt a. M.: Suhrkamp

Stern, Daniel N. (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta, [New York 1986]

Teichmann-Mackenroth, Ole (1990): Musiktherapie in der stationären Psychotherapie psychosomatisch erkrankter Patienten. MUSICA-Kongreß Hamburg. Lilienthal bei Bremen: Eres Verlag

Teichmann-Mackenroth, Ole (1992): Echos frühkindlicher Erfahrungen in der Musiktherapie. In: Spielen und Sprechen in der Musiktherapie. Materialien zur Musiktherapie. Heft 5. Zwesten, Steinfurt: Institut für Musiktherapie und Morphologie 1992, 51-55

Tenbrink, Dieter (2002): Musik, primäre Kreativität und die Erfahrungsbildung im Bereich der Beziehung zu subjektiven Objekten. In: Oberhoff, Bernd (Hg.): Das Unbewusste in der Musik. Gießen: Psychosozial-Verlag, 9-36

Tönnies, Friederike (2002): Erstimprovisationen von Borderline-Patienten. Eine vergleichende musikalisch-psychologische Untersuchung. Münster: Diplomarbeit Studiengang Musiktherapie Universität

Tüpker, Rosemarie (1983): Morphologische Arbeitsmethoden in der Musiktherapie: In: Musiktherapeutische Umschau, Bd. 4, 247-264

Tüpker, Rosemarie (1996): Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie. Münster: LIT-Verlag [Regensburg 1988]

Tüpker, Rosemarie (1998): Musiktherapie als Erweiterung des Behandlungsangebotes oder Warum braucht die Psychiatrie die Kunst? In: therapie kreativ, Affenkönig Verlag, Heft 21, 3-23

Tüpker, Rosemarie (2001a): Morphologisch orientierte Musiktherapie. In: Decker-Voigt, Hans-Helmut (Hg.): Schulen der Musiktherapie. München, Basel: Ernst Reinhard Verlag, 55-77

Tüpker, Rosemarie (2001b): Musik bis ins hohe Alter. In: Tüpker, Rosemarie/ Wickel, Hans Hermann (Hg.): Musik bis ins hohe Alter. Fortführung, Neubeginn, Therapie. Münster: LIT-Verlag 2001, 6-19

Tüpker, Rosemarie (2002a): Wo ist die Musik, wenn wir sie nicht hören. In: Oberhoff, Bernd (Hg.): Das Unbewusste in der Musik. Gießen: Psychosozial-Verlag, 75-102

Tüpker, Rosemarie (2002b): Forschen oder Heilen. Kritische Bemerkungen zum herrschenden Forschungsparadigma. In: Petersen, Peter (Hg.) Forschungsmethoden künstlerischer Therapien. Stuttgart, Berlin: Mayer, 33-68

Weymann, Eckhard (1990): Spielräume. In: Decker-Voigt, Hans-Helmut (Hg.): Musik und Kommunikation. Sonderreihe Tagungsbericht, Band 2. Lilienthal bei Bremen: Eres-Verlag, 86-97

Weymann, Eckhard (1992): Spätere Versionen frühkindlicher Erfahrungen in der Musiktherapie. In: Spielen und Sprechen in der Musiktherapie. Materialien zur Musiktherapie. Heft 5. Zwesten, Steinfurt: Institut für Musiktherapie und Morphologie 1992, 43-55

Weymann, Eckhard (1996): Improvisation. In: Decker-Voigt, Hans-Helmut/ Knill, Paolo/ Weymann, Eckhard (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Göttingen: Hogrefe, 133-137

Weymann, Eckhard (2001): Warte auf nichts. In: Decker-Voigt, Hans-Helmut (Hg.): Schulen der Musiktherapie. München, Basel: Ernst Reinhard Verlag

Wilheim, Joanna (1995): Unterwegs zur Geburt. Eine Brücke zwischen dem Biologischen und dem Psychischen. Heidelberg: Mattes-Verlag [Rio de Janeiro 1988]

Winnicott, Donald W. (1993): Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta [London 1971]

Musikhören als Gestalt[20]

Listening to Music as `Gestalt´

BUCHBEITRAG

1.5

Zusammenfassung

Nach einer kurzen Einführung zum Musikhören als Forschungsgebiet innerhalb der Musikpsychologie gibt der Aufsatz eine Untersuchung zum psychologischen Wirkungsfeld des Musikhörens wieder, die auf Erlebensbeschreibungen basiert. Vom gestaltpsychologischen und morphologischen Denken ausgehend wird „Musikhören" als eine wirksame psycho-logische Einheit dargestellt, die sich deutlich von anderen aktualgenetischen Einheiten unterscheiden lässt. Das unterscheidet die Betrachtungsweise von solchen, die Musik und Rezeption eher getrennt als zwei Einheiten auffassen. Von da aus werden verschiedene Verfassungen des Musikhörens herausgearbeitet. Zunächst solche, bei denen Musikhören im Vordergrund des Erlebens steht: z.B. Konzert, bewusstes Zuhören einer Musik vom Tonträger; dann diejenigen, bei denen Musik im Hintergrund des Erlebens und Handels wirksam ist: z.B. Musikhören bei den Schulaufgaben, bei Haushaltstätigkeiten. Als drittes werden Erlebensweisen beschrieben, bei denen es zu einer besonderen Verfassung der Schwebe zwischen den beiden genannten Verfassungen kommt. Differenziert werden daneben unterschiedliche Typen von Musikhörern wie auch verschiedene Arten des einzelnen Menschen, Musik zu hören sowie der Aspekt der individuellen biographischen Entwicklung des Musikhörens des Einzelnen. Es kann gezeigt werden, dass Musikhören eine „Selbstbehandlung im Alltag" darstellt und wie diese Selbstbehandlung in den verschiedenen Verfassungen funktioniert. Rezeptive Musiktherapie wird von da aus als eine Behandlungsform erkennbar, die letztlich in solchen Alltagserfahrungen im Umgang mit Musik gründet. Dabei zeigt sich, dass die bekannten Formen der Rezeptiven Musiktherapie vorwiegend auf der dritten Verfassung des Musikhörens beruhen und eine Schwebe zwischen dem Musikhören im Vordergrund und im Hintergrund aufsuchen und methodisch nutzen.

Abstract

A short introduction to listening as a field of research within music psychology is followed by an investigation of the psychological sphere of listening activities, based on descriptions of experiences. Gestalt psychological and morphological knowledge determines listening to music as an effective psycho-logical unity. This sets this thinking apart from other concepts that define music and reception as two different unities. Different states of listening are evaluated. First of all those where listening is in the focus of experience: in a concert, consciously listening to music from sound carriers, second those in which music forms the background of experiencing and acting: listening while doing your homework, doing your household. Third, those forms of experience are described where it is kept a balance between both states of experience. Apart from that different types of listening, different ways of listening to music within one person and also the aspect of the individual biographical background of listening are investigated. It could be shown that listening is a self-treatment in daily life and that this self-treatment functions in the different states of mind. Receptive Music Therapy turns out to be a form of treatment that is based on those daily experiences with music. The well known forms of receptive music therapy are mainly based on the third state of listening to music and that use the balancing between listening as a figure and listening as a background for therapeutic goals.

Keywords music psychology, music consepts, gestalt, receptive music therapy

---

[20] Zur Veröffentlichung angenommen in: Frohne-Hagemann (Hg.): Theorie und Praxis der Rezeptiven Musiktherapie, L. Reichert Verlag Wiesbaden, ca. 25 Seiten

1. Musikhören als Forschungsgebiet in der Musikpsychologie

Fragen und Untersuchungen zum Musikhören eröffneten mit den Schriften Carl Stumpfs[21] (1883, 1890, 1911) und Hermann von Helmholtz´ (1863) zu Ende des 19. Jahrhunderts das neue Forschungsgebiet *Musikpsychologie* und bleiben bis heute eines ihrer zentralen Themen. Die Musikpsychologie versteht unter dem Begriff *Musikrezeption* „die verstehende und geistig erfassende Aufnahme von Musikstücken" (Gembris 1999, 25). Einen ersten Schwerpunkt bildeten Versuche der Einteilung in Hörertypologien (Besseler 1926, Wellek 1930/31, Adorno 1962), die zunehmend in die (meist weniger wertend behandelte) Frage der musikalischen Präferenzen und der Wirkungen von Musik übergingen[22]. Daneben finden sich vor allem auch Untersuchungen zur Differenzierungs- und Leistungsfähigkeit des musikalischen Hörens.

Die Systematische Musikwissenschaft als das übergeordnete Fachgebiet beschäftigt sich darüber hinaus mit den Fragen der Wahrnehmung musikalischer Phänomene unter psychoakustischen und physiologischen Aspekten als den materialen und biologischen Grundbedingungen auf der einen Seite und den soziologischen, kulturellen und historischen Einflussfaktoren auf der anderen. Eine klare Trennung der einzelnen Teilgebiete der Systematischen Musikwissenschaft erscheint dabei weder möglich noch erstrebenswert. Von Anfang an finden wir naturwissenschaftlich und geisteswissenschaftlich orientierte Betrachtungsweisen, experimentelle Versuchsanordnungen neben gestaltpsychologischen, psychoanalytischen und kulturwissenschaftlichen Diskursen. Quantifizierende und qualitative Forschungsmethoden aller Art kommen dabei zur Anwendung.

> Neben der Musikwissenschaft waren und sind stets auch Forscher andere Disziplinen an diesem Thema interessiert. So lässt sich etwa ein eigener Diskurs psychoanalytischer Autoren aufzeigen, der von der universitären Musikwissenschaft nur rudimentär rezipiert worden ist (s. Oberhoff 2002a, b und 2003).
>
> Eine eigene Wissenschaftsdisziplin bildet sich in jüngerer Zeit unter dem Stichwort Klangdesign heraus: Ausgehend von den Forschungen und Ideen des kanadischen Komponisten und Wissenschaftlers Schafers (dt. 1988) findet sich hier in einer Art wissenschaftlichem „Crossover" eine interdisziplinäre Gruppierung, die vom kompositorischen Schaffen über kommerzielle Anwendungen und technische Spielereien verschiedenster Art bis hin zur seriösen Forschung reicht, die auch für die Musiktherapie von Interesse sein könnte.

Vielschichtig sind innerhalb der musikwissenschaftlichen Rezeptionsforschung neben den angewandten Methoden auch die forschungsleitenden Fragestellungen sowie die Verwendbarkeit der Ergebnisse in pädagogischen, therapeutischen oder kommerziellen Zusammenhängen. Im historischen Überblick fällt positiv – wenn auch nicht durchgängig – eine zunehmende Differenzierung in der Betrachtungsweise auf. Während etwa Musikwirkungen zunächst eher wie biologische Reaktionen[23] und als anthropologische

[21] Für die Gestaltpsychologie ist Stumpf auch als Lehrer der Berliner Gestaltpsychologen Wolfgang Köhler, Kurt Koffka, Max Wertheimer, Kurt Lewin von Interesse.

[22] Einen Überblick über Wahrnehmung und Rezeption aus musikpsychologischer Sicht bietet Band 14 des Jahrbuchs „Musikpsychologie".

23 Natürlich gibt es diese Forschungen auch weiterhin. Die Tatsache, dass von der Blutdruckmessung (Dogiel 1880) über das EEG (Petsche 1987) bis zur Kernspintomographie (Janata et. al. 2002) das jeweils neueste Untersuchungsarsenal zum Zuge kommt, nährt dabei bisweilen den Verdacht eines eher extrinsischen Forschungsinteresses.

Konstanten gesehen und Musikvorlieben wie Charaktereigenschaften gehandelt wurden, betonen neuere Forschungen z.B. die historischen und kulturellen Bedingtheiten des Musikerlebens (Kötter 1996, Rejzlik 2001), die situative Gebundenheit (Lehmann 1994, Behne 1984, Gembris 1990, Müller 1990, 2000) oder den Aspekt der Entwicklung des Musikhörens (Schwarzer 2000, Troué/Bruhn 2000). Eine ähnliche Differenzierung zeichnet sich in einigen musiktherapierelevanten Untersuchungen aus der Musikpsychologie ab. So untersuchen z.B. Karow/Rötter (2000) die Erhöhung der Schmerztoleranz durch Musik nicht mehr nach Art einer Medikamentenwirkung unabhängig vom Subjekt, sondern in Abhängigkeit zu anderen Faktoren wie Hörstrategien, Zugangsweisen zur Musik und Aufmerksamkeitszuwendung. Dennoch kritisiert Gembris zu Recht die „einseitige Vorherrschaft experimentell-kognitivistischer Forschungsansätze" und die oftmals fehlende Relevanz der Ergebnisse und plädiert für Methodenvielfalt und einen „Abschied vom Leitbild der experimentellen Naturwissenschaft" (Gembris 1999, 24). Weiterführend scheinen auch neuere Ansätze, die über die klassisch musikwissenschaftlichen Gegenstandsabgrenzungen Komposition – Interpretation – Rezeption hinausgehen (de la Motte-Haber/Kopiez 1995) bis hin zur Vision des Aufgehens der verschiedenen Teilgebiete der (Systematischen) Musikwissenschaft in einer interdisziplinären „Systemischen Musikwissenschaft" (Fricke 1989, Fricke 2003).

2. Musikhören als psycho-logische Einheit

Wenn wir hier Musikhören im psychologischen Sinne als eine Gestalt auffassen wollen, so meint dies die Erfahrung, dass es in unserem Erleben und Verhalten eine Einheit „Musikhören" gibt, die sich als eine Ganzheit von anderem abgrenzen und als etwas Bestimmtes charakterisieren lässt. Das lässt sich unterscheiden von einer Betrachtungsweise, die von der Werkeinheit „Musikstück" ausgeht und von da aus fragt, wie ein Mensch dieses rezipiert: empfängt, aufnimmt und auffasst. Während bei letzterer Sichtweise zwei in sich abgeschlossene Einheiten (Musik hier, Hörer dort) betrachtet werden und nach der Wirkung der einen auf die andere gefragt wird, soll hier einmal ausgelotet werden, welche Tatsachen in den Blick rücken, wenn wir „das Musikhören" als die gestaltbildende Einheit bestimmen, die als ein eigenes Etwas in Erscheinung tritt und sich als wirksames seelisches Geschehen psychologisch untersuchen lässt.

Ausgehend von den Grundlagen der Gestaltpsychologie und der Morphologischen Psychologie (Salber 1991) soll hierbei durchgängig nur nach der Psycho-Logik der Gestalt „Musikhören" gefragt werden. Das heißt, dass andere Fragen, wie die nach Schallausbreitung und musikalischer Akustik, den physiologischen Voraussetzungen der Hörens, der Schallverarbeitung im Gehirn oder der Wirkung auf Herzschlag oder Immunstatus nicht betrachtet werden, was natürlich keine Leugnung dieser Phänomene beinhaltet, sondern lediglich eine Umgrenzung der wissenschaftlichen Gegenstandsbildung. „Musikhören" ist begriffsimmanent gekennzeichnet als ein Untersuchungsgegenstand, der nicht ohne den hörenden Menschen gedacht werden kann. Und in Anlehnung an Straus können wir anfügen: Es ist der Mensch, der Musik hört, nicht das Ohr und nicht das Gehirn (vgl. Straus 1956, 112 ff). Dem liegt ein Musikbegriff zugrunde, der Musik nicht in einem An-Sich zu beschreiben sucht, sondern als ein immanent kulturelles Phänomen, also als ein Gebilde, welches erst zwischen Menschen entsteht und nur für Menschen ist. „Sie ist Gestaltung und Gestaltet-Werden (...). Sie ereignet sich im Beziehungsraum zwischen Menschen, Spieler und Hörer, Komponist und Interpret, zwei und mehr SpielerInnen (...). Sie lässt einen Beziehungsraum entstehen und hilft Beziehungen als Strukturen zu verinnerlichen und die verschiedenen >inneren Räume< miteinander zu verbinden"

(Tüpker, 2002, 100). Das beinhaltet auch, dass Musikhören kein ahistorisch beschreibbares Phänomen ist: Viele der im Folgenden dargestellten Phänomene sind z.B. an die Existenz der Tonträger und der damit völlig neuen Verfügbarkeit von Musik gebunden. Und es bedeutet ferner, dass wir uns bewusst sein müssen, dass die verschiedenen Formen des Musikhörens an bestimmte kulturelle, gesellschaftliche und ökonomische Voraussetzungen gebunden sind. Dementsprechend gelten die Ausführungen auch nur für ein bestimmtes kulturelles Umfeld.

Gestalten sind in unserer Wahrnehmung und in unserem Erleben etwas, was sich ganzheitlich (eine Einheit bildend) von anderem als etwas Bestimmtes abheben lässt. So können wir „Musikhören" als Gestalt unterscheiden von der verwandten Gestalt „Musikmachen" oder – bezogen auf den Tageslauf – vom „Lernen" vorher und der Einheit „Zu-Bett-Gehen" nachher. Auf anderer Ebene können wir solche Handlungseinheiten abgrenzen von langlebigeren psychologischen Einheiten wie „Charakter", „Persönlichkeit" oder auch „Neurose" oder umfassenderen, das Personale überschreitenden Wirkungseinheiten wie „Familie", „Institution", „Gesellschaft". Im Sinne einer Einordnung in derlei verschiedene Sorten psychologischer Einheiten können wir festhalten, dass Musikhören zunächst zu den aktualgenetisch sich konfigurierenden Gestalten gehört (Handlungseinheiten). Damit sind – an einen Begriff Sanders anknüpfend (1927) – Gestaltbildungen gemeint, in denen das Hier und Jetzt einer Tätigkeit deren Eigenart, Formenbildung und Wirkung bestimmt, während anderes – wie etwa der Charakter, die Persönlichkeit, die musikalische Vorbildung – zwar auch noch mitwirkt, aber eher sekundär, etwa als individuelle Brechung oder typisierbare Art des Hörens. Der Morphologe Salber nennt solche Handlungseinheiten auch Stundenwelten (1989): In ihnen bestimmt etwas, was auf eine kleinere Zeiteinheit („Stunde") begrenzt ist, unser Erleben und unser Handeln und bildet eine in gewissem Sinne abgeschlossene Gestalt („Welt") aus, die psychologisch beschreibbar ist: in ihrer Formenbildung und Wirkung, ihren Bedingungen und Grenzen, ihren Varianten und Übergängen zu anderem. Musikhören schafft einen solchen bestimmten und bestimmbaren Zusammenhang des Erlebens und Verhaltens, der sich von anderen Stundenwelten wie Lernen, Putzen, Kochen, Klavierspielen und Malen, Gartenarbeit und Autofahren unterscheidet.

3. Musikhören im Zentrum des Erlebens

Fragen wir in diesem Sinne nach Situationen des Musikhörens, so fallen zunächst zwei unterschiedliche Konstellationen ein. Wir hören Musik „live": Musizierende und Hörende befinden sich zur selben Zeit am selben Ort. Und wir hören Musik von Tonträgern: Die Musizierenden sind nicht am selben Ort, meist gehört ihr Spielen längst der Vergangenheit an, oft fand es nicht einmal in einem zusammenhängenden Zeitkontinuum statt. Als Drittes fallen dann all die Situationen ein, in denen wir etwas anderes tun und dabei auch noch, zusätzlich, nebenher Musik hören: Musikhören im Hintergrund. Zunächst sollen hier nun die Situationen betrachtet werden, in denen das Musikhören im Vordergrund, im Zentrum des Erlebens steht:[24]

[24] Bei den folgenden beschreibenden Texten handelt es sich um vereinheitlichende Zusammenfassungen, die auf Erlebensbeschreibungen über das Musikhören beruhen. Charakteristische Formulierungen aus den Texten sind kursiv gesetzt. Der Leser, die Leserin möge die Beschreibungen im eigenen Erleben auf Übereinstimmung überprüfen, wobei naturgemäß jeweils nur Teile der Beschreibungen auf das eigene Erleben zutreffen werden. Für eine systematischere Erfassung des Musikhörens würde sich die Autorin über Zusendungen weiterer Erlebensbeschreibungen zum Musikhören sehr freuen.

Musik dringt an unser Ohr. Wir wenden uns ihr zu und verlassen das, worin wir vorher waren. Wir sitzen *erwartungsvoll, aufgeregt* im Konzertsaal oder haben es uns *gemütlich gemacht, alles zurechtgerückt, den richtigen Augenblick gewählt*, die *Fernbedienung zurecht gelegt*, um *den Anfang bewusst mitzuerleben*. Die Musik *zieht* uns *in ihren Bann, nimmt* uns *auf, trägt* uns *mit sich fo*rt und damit fort vom Alltag, vom gerade noch Wichtigen und Beengenden, von anderen Obsessionen und Verwicklungen. Sie *löst* uns – aus diesem anderem heraus. Sie *entspannt* uns, indem sie uns mitnimmt in ihre Spannungen, ihren *gekonnten, vorbildlichen* Wechsel von Spannung und Lösung. Wir lassen uns von ihr *verzaubern*, *tauchen ein* in die Formen, Bewegungen und Bewegtheiten, die sie uns anbietet. Das ist immer irgendwie aktiv und passiv zugleich: Die Musik *reißt* uns *mit*, *wir lassen* uns *mitreißen*: Das lässt sich nicht trennen. Aber wir können uns natürlich dem verweigern. Wenn wir uns darauf einlassen, wenden wir oft unbemerkt den Blick ab von der Welt, schauen nur noch vor uns hin oder schließen die Augen. Mit der Ausklammerung des Visuellen intensiviert sich die Gestalt des Musikhörens. Die *Musik ist nicht mehr außen*, sie *erklingt* zugleich *in uns* – oder *sind wir in ihr*? Solche Bestimmungen scheinen jetzt überholt, nichtig. Wir wenden den Blick ab von der Welt und fühlen uns doch *aufs Innigste* mit ihr *verbunden*, mit den Musikern, den Tönen, dem, wofür sie stehen. Wir geben uns den Bögen und Linien der Musik anheim, lassen unser Erleben rhythmisieren und in Form bringen von dem, was wir hören, überlassen uns den Steigerungen und Zuspitzungen, Lösungen und Wendungen, die zugleich unsere eigenen zu sein scheinen. Wenn es besonders gut geht, das Musikhören, sind wir *ganz die Musik*; *sind, was wir hören*. Das kann *berauschend* sein*, überwältigend, erregend, erschütternd, aufwühlend* oder *still, beruhigend, auflösend*, *begeisternd* oder *erhebend*. Das hängt von der Musik ab und von uns. Oft ist es auch scheinbar Widersprüchliches in Einem: *schmerzvoll und doch beruhigend, traurig und tröstlich zugleich, heftig und erleichternd, spannend und entspannend*. Es macht auch körperlich etwas mit uns: Gänsehaut, ein Schaudern, Herzklopfen, hinterher sind die Schmerzen weg oder wir haben Hunger bekommen.

Aber da ist zugleich noch mehr: Bilder steigen in uns auf, Erinnerungen, längst Vergessenes oder noch nicht Dagewesenes, Irreales oder ganz Banales. Die Musik *versetzt* uns: in eine andere Zeit, einen anderen Raum, in eine Art Traumzustand, in eine Landschaft, in Szenen und Stimmungen, erregende oder erhebende, besinnliche oder sinnliche. Empfindungen tauchen auf, die wir vergessen glaubten oder jetzt gar nicht in uns vermuteten. Endlich *können wir weinen* oder *müssen uns bewegen*, wollen tanzen oder mit dem Fuß wippen, fangen *automatisch* an *rumzuzappeln* oder mitzuklopfen. Am liebsten würden wir jetzt mitsingen oder dirigieren – oder tun es, wenn die Situation es erlaubt. Oder: Wir merken, dass wir doch eine ganze Weile an etwas anderes gedacht haben, etwas ganz Unwichtiges, Alltägliches. Erst durch eine überraschende Wendung holt uns die Musik zurück. Wo waren wir? In uns, in der Musik, ganz woanders? Oder wir ärgern uns: Jetzt ist der Satz schon zu Ende. Warum haben wir nicht „besser" zugehört? Aber „schlecht" ist das schlimmstenfalls für die idealisierenden Bilder vom „guten Zuhören", die wir vielleicht im Kopf haben. Die Gestalt des Musikhören verträgt diese „Ablenkungen" meist problemlos ohne zu zerbrechen: Schon im nächsten Moment hat sie uns wieder. Schon der nächste Satz nimmt uns wieder auf. Die Musik grollt nicht. Im Gegenteil: Dies andere scheint jetzt *aufgehoben in der Musik*. Sie hat es verwandelt. Nicht nur wir folgen der Musik. Sie scheint auch umgekehrt unser eigenes Erleben zu fassen, unsere momentane Verfassung oder unsere derzeitige Lebenssituation. Wir *fühlen* uns *von ihr verstanden*: Als wäre sie *für uns geschrieben*, als würden wir sie *gerade erfinden*. Sie *trägt* uns *fort,* wir *lassen los*, aber dann *finden wir uns in ihr wieder*. Wenn wir wieder austreten aus der Gestalt des Musikhörens, fühlen wir uns *„irgendwie" verstanden* oder *getröstet, belebt* oder *beruhigt, besänftig* oder *erschüttert, angeregt* oder *gefasster, angekommen* oder *aufgerichtet*: verwandelt und zu uns gekommen.

Variation: Nicht jeder hört Musik gleich

Natürlich gibt es verschiedene „Typen" von Musikhörerinnen: Während die eine darauf schwört, *ganze Opern mit geschlossenen Augen* anzuhören, bevorzugt ein anderer den Platz, von dem aus *ein guter Überblick* möglich ist oder er *dem Pianisten auf die Finger gucken* kann. In der Live-Situation können wir uns durch Öffnen und Schließen der Augen nach eigenem Gusto zwischen zwei Verfassungen hin- und herbewegen: Mit geöffneten Augen erleben wir stärker das „Gesamtkunstwerk", hören und sehen, wie die Musikerinnen spielen, wie sie dabei auch mit ihrer Gestik und Mimik etwas zum Ausdruck bringen. Wenn übereinstimmt, was wir sehen und hören, kann das unser Erleben intensivieren und den Genuss steigern, dann wirkt es *vollkommen, wunderbar, einfach perfekt, wie der spi*elt. Wenn sich *da mehr die Person in den Vordergrund drängt*, *die so albern rumhampelt*, *dauernd so übertriebene Ausdrucksbewegungen* macht oder *so steif da steht,* dann stört das eher auch den Höreindruck. So gibt es nicht nur Hörertypen, sondern auch Typen des Hörens, durch die jeder sich auf die Besonderheiten der jeweiligen Hörsituation einstellt und diese an die eigenen Vorlieben anpasst. Manchmal schließen wir die Augen unbemerkt, wenn die Musik dramatischer, inniger, komplexer oder lieblicher wird und auf der Bühne vielleicht gerade nichts Neues passiert. Oder wir öffnen sie, weil eine neue Stimme hinzu kommt und wir wissen wollen, wer da die Bühne betritt. Oder wir wollen sehen – etwa bei Neuer Musik –, wie dieser besondere Klang erzeugt wird, der zum ersten Mal an unser Ohr dringt.

Der eine will die Musik *nur mit den Ohren* hören, die andere liebt es, wenn auch *die Füße und der Bauch mitvibrieren*. Der eine hört intensiver, wenn die Musik live ist oder ist Live-Darbietungen gegenüber viel *toleranter, was Musikstile, Fehler oder Unvollkommenheiten anbetrifft,* weil die Lebendigkeit der live gespielten Musik als das Entscheidendere erlebt wird. Andere lassen sich mehr durch die vielen Ablenkungen, die anderen Leute und das Zwischen-den-Menschen-Sein in einem Konzert stören und können die Musik zu Hause von der CD deshalb besser genießen, können dadurch mehr bei sich sein und erleben dort eine größere Intensität. Die *eine hört in Bildern*, der andere kennt es eigentlich nicht, dass Bilder zur Musik auftauchen. Der eine leidet, wenn er rhythmische Musik hört, und die Situation es nicht erlaubt *mitzurocken,* die andere hört am liebsten still sitzend oder *besser noch im Liegen*, mit der Übergangsmöglichkeit zum Schlaf. Allgemeine typisierbare Eigenheiten wie Temperament, Extrovertiertheit und Introvertiertheit, Betonung des Rationalen oder Emotionalen usw. finden in der Art des Musikhörens ihrer Niederschlag – oder ihren Ausgleich.

Variation: Mal hör ich so, mal so

Wie bereits erkennbar wurde, sind solche Variationen des Musikhörens aber nur teilweise individuelle Eigenarten. Auch jeder Einzelne hört Musik nicht jedes Mal gleich und die meisten hören verschiedene Musikarten unterschiedlich. Mal regt die Musik zur Bewegung an, mal hören wir sie ganz regungslos, gehen lieber *nach Innen*. Vielleicht hören wir Klassik lieber live und Rockmusik lieber so, dass wir selbst *Herr am Lautstärkeregler* bleiben. Aber obwohl wir *eigentlich* Live-Musik bevorzugen, weil wir dort eine stärkere Lebendigkeit verspüren, können wir es andererseits schätzen, dass wir mit der CD *zum Fürsten werden*, der bestimmen kann: „Jetzt dieses Stück!" – „Den Anfang bitte noch mal!" – „Das gleiche Stück noch mal mit der anderen Sängerin." – „Den letzten Satz lieber ein anderes Mal." – „Mit Kopfhörern auch nachts um drei in voller Lautstärke."

Ein bedeutsamer Unterschied ist es, ob wir eine Musik zum ersten oder zum wiederholten Male hören. Eine Musik zum ersten Mal zu hören, kann eine neue Welt eröffnen. Graduell hängt dies natürlich davon ab, wie neu diese Musik im Vergleich zu unseren bisherigen

Hörerfahrungen ist; und davon, in welcher Lebenssituation uns dies wiederfährt. Die Erlebnisse mit einer noch nie gehörten Musik, einer völlig neuen Stilrichtung, der Musik einer anderen Kultur werden oft als wesentliche Wendepunkte des Lebens erlebt. Dazu muss der Zeitpunkt genau der Richtige sein. Aber es gibt das auch im Kleinen: Ein neues Stück, ein neues Lied, eine unbekannte Phrase, ein noch nie gehörter Klang können zu einem ganz besonderen Erlebnis werden. Hören wir eine Musik zum ersten Mal, so wird Musikhören erlebt als ein absichtsloses Sich-Mitbewegen-Lassen; offen für jede Wendung stellt sich eine Verfassung wacher Ruhe, schwebender Aufmerksamkeit ein, in der wir uns von der Musik leiten lassen. Hören wir eine Musik häufiger, so geht es demgegenüber immer auch um ein Wiederfinden und Wiedererinnern. Manchmal hören wir ein bestimmtes Stück so lange, bis wir es ganz verinnerlicht, uns satt gehört haben oder es nun plötzlich satt sind. Psychologisch ist es zugleich nicht nur das Stück, welches wir auf diese Weise verinnerlichen, sondern ein ganzer Komplex an Regungen, Spannungen, Leiden, Freuden und Konflikten, der mit dem Hören dieses Stückes von Mal zu Mal Form gewinnen und schließlich zu einem Abschluss finden kann (Gestaltschließung): Das haben wir jetzt. Es geht uns nicht mehr verloren. Es ist gelöst, gefasst oder mit Bion gesprochen „contained“ (vgl. Tüpker 2003, 109 ff). So kann es jetzt erst einmal bleiben. Wir sind wieder frei für anderes.

Haben wir eine Musik lange nicht gehört und hören sie zufällig oder gewollt erneut, so prüfen wir unsere Erinnerung, unsere Gefühle, die Konsistenz unserer inneren Welt. Wir überprüfen, was wir be-halten haben. Warum möchten wir jetzt ausgerechnet diese Musik, diesen Interpreten hören? Wir suchen mit der Musik, die wir aussuchen, etwas in uns wiederzufinden und wieder herzustellen, wieder ins Erleben zu holen („wiederholen“). Wir wollen uns – nicht immer bewusst – in eine bestimmte Stimmung versetzen. Manchmal klappt das aber auch nicht: Die ehemals glückliche Zeit, aus der die Musik stammt, will sich nicht einstellen, das macht dann eher traurig. So ist jedes wiederholte Hören immer auch zugleich ein neues Hören, eine Überschreibung des früheren Erlebens und trägt dennoch zur Stabilisierung bei (vgl. Tüpker 2002).

Variation: Biographien des Musikhörens

Musikhören ereignet sich zwar als aktuelles Geschehen, aber jede von uns hat auch ihre eigene Hörbiographie. Da sind die ersten Hörerlebnisse, die unser Ohr öffneten, die wir als innerste Erfahrungen hüten und bewahren, oder die erst wieder belebt werden müssen, damit wir uns ihrer er-innern. Begegnen sie uns überraschend, so kann dies ein flashartiges Wiederbeleben einer Gesamtatmosphäre hervorrufen, ähnlich wie bei Gerüchen. Die meisten Menschen können verschiedene Phasen des Musikhörens in ihrem Leben beschreiben. Eine wichtige Musikhörphase ist oft die Zeit des Erwachsen-Werdens, in der wir auch mit Hilfe des Musikhörens unsere Identität suchen und finden: Musikhören ist da Hunger nach Neuem, Aufregendem, Bewegendem, Suche nach Identifikation, Wunsch nach Heimat, die selbst gefunden und gewählt werden kann, Stabilisierung von etwas Eigenem. Da wird Musik als etwas gefunden, was mir und meinen Freunden schmeckt und den Eltern nicht, was die Eltern nicht hören wollen oder zumindest nicht so oft oder nicht so laut. Kühn bezeichnet diese identitätsstiftende Rolle der Musik gerade auch im Bezug zur heutigen Jugend als wesentliche Triebfeder des Hörens, aber auch der Produktion und des Austausches von Musik: „Im Spiegel des Affiziertseins von Musik erkenne ich den anderen und fühle mich von ihm erkannt“ (Kühn 2001, 85f).

Aber auch spätere Übergangszeiten sind oft durch ein verändertes Musikhören und häufig auch durch eine besondere Intensität gekennzeichnet: Es wird exzessiv viel gehört, und das Musikhören ist besonders erlebnisintensiv und nachhaltig in der Erinnerung. Eine neue Lebensphase bedeutet oft eine andere Musik, eine andere Art des Hörens. Das kann auch hier mit einer Neuabstimmung der Identität in einer und durch eine neue Gruppe verbunden sein, die eine andere Musik hört und der man sich jetzt zugehörig fühlt. Verschiedene Lebensphasen lassen sich an der Plattensammlung ablesen. Deshalb lassen sich solche Hörbiographien auch in der Musiktherapie als Anknüpfung und Erinnerungshilfe nutzen.

Musiker beschreiben den Zusammenhang zwischen den unterschiedlichen Phasen des Musikhörens (und -machens) und dem übrigen Leben manchmal eher umgekehrt: Nicht die Musik folgt dem Leben, sondern die Musik hat immer bestimmt, wo es lang ging. Da war erst ein Sprung, eine radikale Wendung, eine Horizonterweiterung im Musikerleben, dem dann andere Lebensveränderungen folgten. Oder man kann nicht mehr sagen, was zuerst oder was eigentlich wichtiger war, der neue Freund oder die Musik, die er machte. Manchmal ist die neue Musikerfahrung dann das, was aus einer bestimmten Zeit bleibt.

4. Musikhören im Hintergrund

Psychologisch können wir zwischen Gestaltbildungen unterscheiden, bei denen das Musikhören das einheitsbildende Zentrum des seelischen Zusammenhangs bildet und solchen, bei denen auch Musik gehört wird, aber ein anderes Geschehen aktualgenetisch im Vordergrund steht wie etwa Autofahren, Bügeln, Putzen, Lernen, Kochen, Essen. Dieses Musikhören im Hintergrund ist bisweilen allgegenwärtig und fast nur im privaten Raum noch selbst regulierbar. Das ist für die, die das nicht wünschen, ein ernsthaftes Problem, weil eine Musik, die sich als Störung in den Vordergrund des Erlebens drängt, nicht bewusst in den Hintergrund gerückt werden kann (wie der Schmerz). Musik als Gestaltung eines Hintergrundes gab es zwar auch in früheren Zeiten als Tafelmusik, bei Aufmärschen und Prozessionen, als Promenadenkonzerte und Gartenmusik, in der Kirche wie bei Hofe und dann in der bürgerlichen Gesellschaft (Salonmusik). Obwohl auch dabei anderes im Vordergrund des Geschehens und Erlebens stand, waren diese Situation und die so geschaffene Atmosphäre aber das Hervorgehobene, Festtägliche, waren Luxus und Zeichen der Fülle. Erst die Möglichkeiten eines Musikhörens ohne Anwesenheit der Musizierenden führte dazu, dass heute eher die Stille das Besondere und der Luxus ist.

Von der Musique d´Ameublement zu Muzak und Sounddesign

So steht am äußersten Pol eines Musikhörens im Hintergrund die Allgegenwart von Hintergrundmusik. Die unbemerkte „Wirkung“ solcher Musik, insbesondere der kommerziellen Variante Muzak, wurde in der Hoffnung derer, die sie einsetzten wie in der Befürchtung derer, die sich ihr mit einem gewissen Widerwillen ausgesetzt fühlten, vermutlich weit überschätzt. So kommen Untersuchungen zunehmend zu dem Ergebnis, dass zumindest die erwünschte Wirkung (Steigerung der Produktivität oder der Kaufbereitschaft) eher nicht zu verzeichnen ist (vgl. Behne 1999, 7ff). Aufgrund der Struktur dieser Untersuchungen erlaubt das natürlich nicht den Umkehrschluss, dass dieser musikalische Hintergrund nun gar nicht wirke.

Viel häufiger finden wir im Alltag Hintergrundmusik als persönliche Auswahl durch eigene CDs oder einen Radiosender, der uns mit einer nicht genau bestimmten Folge von Musikstücken „versorgt" (oft im wohldosierten Wechsel mit Wortbeiträgen). Dem von Muzak-Untersuchungen her bekannten Problem der Wirkungsverminderung durch Habituation begegnet jeder Radiosender mit einem passenden Verhältnis von neuen und bekannten Stücken. So unterhält uns unser Radiosender den lieben langen Tag. Die doppelte Bedeutung des Wortes „unterhalten" (Unterhalt zahlen, ernähren / sich gut unterhalten, amüsieren) spiegelt hier den Aspekt einer gelungenen seelischen Versorgung, die so preiswert und mühelos ist wie sonst kaum etwas im Leben. Die Vorliebe für eine Musik, die im Hintergrund mitläuft, die immer da ist, ohne dass wir uns weiter mit ihr beschäftigen müssen, ohne dass sie etwas von uns verlangt, können wir psychologisch verstehen als Gestaltung einer Atmosphäre des Belebten, Bewohnten, des Nicht-Allein-auf-der-Welt-Seins, der primären Substanz (im Sinne Balints 1973, 79 f), auf die wir erst durch ihr Fehlen aufmerksam werden. Das macht auch die Kehrseite verständlich: Weicht das, was da ununterbrochen in uns hineinzuströmen scheint, zu sehr ab von dem, was wir brauchen und mögen, so wird es schnell unerträglich, wird zur giftigen Substanz, der man sich nicht entziehen kann.

Auch in Lokalen und Geschäften entspringt die CD-Auswahl oder der ausgewählte Radiosender (aufgrund der GEMA-Bestimmungen auch hier die preiswertere Variante) meist eher den Vorlieben des Kneipiers oder der Ladenbesitzerin als dass hier eine gezielte Auswahl nach Art der Muzak oder den moderneren Varianten aus der Werkstatt der Klangdesigner stattfindet. Dennoch ist diese subjektive Auswahl vermutlich die beste Wahl, weil sie in aller Unbestimmtheit und Unschärfe dennoch eine bestimmte Atmosphäre schafft und das trifft, was auch hier im doppelten Sinne unterhält: Als auditive Charakteristik trägt sie dazu bei, dass die Menschen zueinander (und zur angebotenen Ware oder Dienstleistung) finden, die sich durch einen Lebensstil, eine Haltung, einen Geschmack miteinander verbunden fühlen und sich damit zugleich als Gruppierung gegen andere abgrenzen. Hintergrundmusik ist hier in ihrer Funktion der Innenarchitektur, Möblierung und Dekoration vergleichbar und kommt damit einem Einfall Saties nahe, dessen erste und einmalige „Aufführung" brillant scheiterte, der aber unseren heutigen Umgang mit Hintergrundmusik m.E. treffend beschreibt:

1920 realisierte Erik Satie anlässlich eines Theaterabends die Idee einer Musique d´Ameublement. Sie sollte „nicht mehr Bedeutung haben als die Möbel im Salon", „Teil der Geräusche der Umgebung" sein, „den Lärm der Messer und Gabeln mildern", „das lastende Schweigen zwischen den Gästen möblieren", den Besuchern „die üblichen Banalitäten ersparen". Satie dachte sie sich völlig zweckfrei, als reinen „Komfort", dem eine „gleiche Aufgabe wie Licht und Wärme" zukommen sollte, „wie ein Sessel, in dem man sitzt oder nicht sitzt", wie „das Muster einer Tapete" (Zitate nach Wehmeyer 1974, 227 f). An besagtem Abend wurde die von Satie und Milhaud zu diesem Anlass komponierte Musik in den kurzen Pausen zwischen den einzelnen Szenen im Aufführungssaal dargeboten. Das Publikum wurde mit einer (unbeabsichtigt?) paradoxen Anweisung auf diese Musik vorbereitet: „Wir bitten Sie dringend, ihr keinerlei Bedeutung beizumessen und sich während der Pause so zu verhalten, als ob keine Musik gespielt würde" (ebd.). Das konnte nur misslingen! Besonders die Betonung „dringend", lässt schon ahnen, was Milhaud aus der Erinnerung an diese „Aufführung einer Hintergrundmusik" dann beschreibt: „Ganz gegen unsere Absicht strömte das Publikum jedoch eilends zu seinen Sitzen zurück, sobald die Musik einsetzte. Umsonst schrie Satie: >Unterhaltet euch! Geht herum! Hört nicht zu!< Schweigend lauschten sie. Der ganze Effekt war verdorben, denn Satie hatte nicht mit dem Charme seiner Musik gerechnet. Dies blieb unser einziges

öffentliches Experiment mit dieser Art von Musik“ (Milhaud 962 zit. nach Wehmeyer 1974, 227).

Unter der Kategorie des Musikhörens im Hintergrund des Erlebens lassen sich psychologisch weitere Varianten herausarbeiten. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit sollen hier zwei Beispiele gegeben werden.

Musikhören bei den Schulaufgaben oder „Musik hilft mir, mich zu konzentrieren“

Viele Schülerinnen machen die Erfahrung, dass sie mit Musik besser ihre Hausaufgaben machen können (Drewes/Schemion 1991, 46-66). Das lässt sich gestaltpsychologisch dahingehend verstehen, dass mit Hilfe der Musik eine bestimmte seelische Verfassung der Konzentration vor dem Hintergrund Musik erreicht wird. Die Musik hilft paradoxerweise, die seelische Bindung an die zu erledigende Aufgabe zu erhalten. Das gelingt ihr dadurch, dass sie eine Verfassung erzeugt, die quasi lustvoll genug ist, um eine Abschirmung gegen andere Verlockungen von außen wie von innen (das schöne Wetter, Triebregungen) zu leisten. Dazu wäre die gestellte Hausaufgabe und der äußere oder schon verinnerlichte Druck, sie zu erledigen, ohne die Musik weniger in der Lage. Noch einmal anders formuliert: Die Musik hilft, die ablenkenden Impulse einzufangen, bindet sie an sich und hält sie im Hintergrund. Das zeigt sich gerade auch darin, dass diese Verfassung nicht stabil ist: Kommt das derzeitige Lieblingsstück, so wird der Schüler die Hausaufgabe wahrscheinlich unterbrechen. Wir sagen: „Die Musik lenkt ihn ab.“ Psychologisch heißt das: Die Musik tritt in den Vordergrund, die Aufmerksamkeit, das Erleben findet ein anderes Zentrum, die seelische Verfassung kippt zu einer Seite, die stärker lustbetont, attraktiver ist. Wenn es gut geht, ist das aber durchaus kein „Problem“. Die Musik gönnt dem Schüler eine Pause, die aufgrund der Standardlänge der hier gemeinten Musik vermutlich kaum länger als drei Minuten dauern wird. Der Schüler lehnt sich vielleicht entspannt zurück, atmet durch, träumt kurz weg oder bewegt sich vielleicht etwas zur Musik: All das sind durchaus geeignete „Maßnahmen“, um danach mit frischem Schwung weiterzuarbeiten. Wenn das nicht funktioniert, so sind die Gründe dafür vermutlich eher selten in der Musik zu finden. Vielmehr wird es meist gewichtigere Gründe geben, die nicht aktualgenetisch, sondern biographisch bedingt sind oder mit einer schwierigen Lebens- oder Lernsituation zu tun haben. Deshalb würde es auch nicht helfen, dem Schüler die Selbstregulation seiner Verfassung durch Musik zu verbieten, in der Hoffnung, dass er dadurch besser seine Hausaufgaben machen würde. Eine funktionierende Selbstbehandlung mit Musik beinhaltet in dieser Figuration auch das (Erfahrungs-)Wissen, dass es Musik gibt, die sich weniger als schützender Hintergrund eignet, und dass es Aufgaben gibt, bei denen man das Radio abschalten muss.

Insgesamt steht das Schulaufgabenbeispiel für einen Erfahrungstypus im Umgang mit dem Musikhören, den natürlich auch viele Erwachsene nutzen und der sich zusammenfassen ließe als: „Musikhören hilft, sich zu konzentrieren“.

> Der Begriff Typus ist hier und im Folgenden – anders als bei den Hörertypen – aktualgenetisch gemeint: Es wird eine Art des Musikhörens zusammenfassend charakterisiert, die sich von anderen Möglichkeiten, Musik zu hören, unterscheiden lässt und an der sich bestimmte psychologische Eigenheiten des Musikhörens beleuchten lassen. Die meisten dieser Formen kennt jeder Mensch, unterschiedlich kann sein, wer was bevorzugt oder nicht mag.

Musikhören beim Bügeln oder „Mit Musik geht alles besser“

Dem vorigen Typus verwandt sind Figurationen, die sich um das Musikhören bei der Hausarbeit (Bügeln, Putzen, Kochen, Spülen) ranken. Gemeinsam ist, dass auch hier ein Dabeibleiben gefragt ist, zu dem die Musik ihren Beitrag leisten kann; anders, dass hier nicht ein besonderes Maß an Konzentration gefordert ist. Im Gegenteil! Diese Tätigkeiten gelten als langweilig, monoton, lästig, verlangen wiederkehrende Handlungsabläufe und nehmen kein Ende (weil es immer wieder schmutzig wird ...). Psychologisch geht es hier um Stundenwelten, die unser Seelenleben nicht vollständig in Anspruch nehmen, die uns nicht ausfüllen, in denen aufgrund ihrer Redundanz noch Platz für anderes ist: für Tagträumen, Tagesreste Ausbrüten, unsystematisches Nachdenken oder eben Musikhören. Während wir beim Tagträumen oder Nachdenken auf uns selbst gestellt sind, uns selbst aus unserem Inneren heraus gestalten müssen, kann die Musik hier eine Gestaltungshilfe sein. Mit diesem Typus des Musikhörens kann ein Zuviel an „Langeweile“ (die aus verschiedenen Gründen als bedrohlich erlebt werden kann), ein Übermaß an „Leere“ gut behandelt werden. Der seelisch ungestaltete Raum, in den sonst anderes unkontrolliert drängen könnte, wird durch die Musik bis zum nötigen Maß vorgeformt, lässt aber immer noch genügend Platz für „Träumereien“, die ebenfalls mit diesen Tätigkeiten – wie mit dem Musikhören – vergesellschaftet sind. So haben wir – wie in der Überraschungseiwerbung – dreierlei zugleich: Wir haben Zeit für lustvolles Musikhören, erledigen in Tagträumen Tagesreste oder bereiten schon einmal den nächsten Aufsatz vor und wie nebenbei ist es hinterher auch noch sauber, der Spülberg ist weg oder die Bügelwäsche fertig. Das könnten nur die Heinzelmännchen von Köln noch übertreffen! Bei genauerem Hinsehen ist dies Dreierlei auf kunstvolle Weise miteinander verwoben: Das Putzen kann Aspekte der Musik, etwa ihren Schwung, ihr Tempo, eine Rhythmisierung, aufgreifen und umsetzen: Mal beschleunigt die Musik das Putzen, mal lässt sie uns wegträumen, mal lässt sie uns gründlich und langsam arbeiten. Deshalb „geht es mit Musik besser“. Aber ist es wirklich die Musik, durch die es uns nachher so gut geht? Oder sind es auch die missachteten Alltagstätigkeiten selbst, die uns geholfen haben? Mit dem Aufräumen scheinen sich auch unsere Gedanken und Alltagssorgen zu sortieren. Mit dem Geschirr ist zugleich der angesammelte Tagesärger abgewaschen. Mit dem Bügeln hat sich auch unsere Stimmung geglättet. Sich nur hinsetzen und Musik hören, könnte nicht nur aufgrund der fehlenden Heinzelmännchen diese „Gesamtkunstwerke des Alltags“ nicht ersetzen. Eine zergliedernde wissenschaftliche Sichtweise wüsste hier zwar gerne, wer hier eigentlich wem hilft? Die Musik dem Putzvorgang? Das Putzen dem Musikhören? Bügeln zur Affektregulation? Musik gegen Langeweile? Aber der seelische Alltag sagt: Es geht eben genau so: alles in einem Ei und indem wir uns auf diese Mischung einlassen. So kommt da am Ende etwas Bestimmtes heraus. Diese Mischformen, die wir in unserem Alltag ausbilden, sind kunstvoll und gekonnt. Musikhören ist für viele Menschen ein integraler Teil des Bewerkstelligens weiter Teile ihres Alltags geworden, ist Teil der Selbstbehandlung. Über die Fragen einer Wissenschaft, die es gerne unvermischt, eindeutig zugeordnet und sauber sortiert hätte, „lacht der Alltag“. Gestaltpsychologisch können wir verstehen, dass die Gestalt, die hier wirkt, eben dieses Ineinander ist. Die Ganzheit „Beim-Putzen-Musik-hören-und-in-Gedanken-Sein“ ist mehr und anders (Ehrenfels) als Putzen + Musikhören + In-Gedanken-Sein. Auch die Frage, ob es nur so ginge und nicht auch anders, stellt sich nur sekundär. Erst wenn es nicht mehr klappt, wenn uns auffällt, dass das früher irgendwie anders funktioniert haben muss und dass es auch Menschen gibt, die keine Hintergrundmusik mögen, wird erkennbar, dass es natürlich auch anders gehen kann, ohne dass wir wiederum konkrete Ersatzformen ausmachen könnten.

5. Verschiedenes in Einem

Musikhören im Vordergrund und Hintergrund ist nur eine erste grobe Annäherung an die Vielfalt der Formen, in denen wir Musik hören. Musikhören kann in anderen Tätigkeiten und Erlebensformen inbegriffen sein oder es entstehen Schwebezustände von Musikhören und anderem, wie sie auch in der Musiktherapie genutzt werden. Auch hören wir manchmal Musik, ohne dass sie von außen an unser Ohr dringt. Hören etwas von „innen" kommend als Ohrwurm, musikalischen Einfall, Erinnerung: im Wachen wie im Traum.

Musikhören inklusive

So ist es weder historisch noch interkulturell zutreffend, dass wir Musik immer als ein bestimmtes Etwas von anderem abgrenzen können. Musikethnologen sind bisweilen in der paradoxen Lage, mit musikwissenschaftlichen Methoden musikalische Erscheinungsformen zu untersuchen und dabei festzustellen, dass die allzu selbstverständlich erscheinenden begrifflichen Abgrenzungen und die gebrauchten Vokabeln (Musik, musikalische Formenbildung) zweifelhaft sind, weil damit eine der untersuchten Kultur nicht immanente Gegenstands- und Begriffsbildung den zu untersuchenden Gegenstand schon von vorneherein verformt. Etwas ähnliches wird deutlich, wenn man das Vorkommen der Musik in Märchen untersucht. Auch dabei finden wir Hinweise darauf, dass „Musik" historisch nicht immer klar abgegrenzt aus der Vielfalt der Erscheinungsformen abstrahiert und begrifflich generalisiert war (vgl. Tüpker 1999).

Das macht darauf aufmerksam, dass Musikhören „inbegriffen" sein kann in eine umfassendere Erlebensgestalt. So beinhaltet z.B. jegliches Musizieren und Komponieren natürlich immer ein Musikhören. Auch im Tanzen steckt das Musikhören: Dabei kann das Erleben der Musik im Vordergrund stehen oder das der Bewegung, notfalls kann es ausreichen, die Musik nur innerlich zu hören. Im freien Ausdruckstanz setzen wir unser Musikhören unvermittelt in Bewegung um, beim Gesellschaftstanz tanzen wir eher zur Musik. Dabei kann es von unserer Geübtheit oder der jeweiligen Verfassung abhängen, ob wir auf die Musik achten oder auf das Tanzen oder ob beides in den Hintergrund tritt, weil wir uns dabei anregend unterhalten, die Verliebtheit in die Tanzpartnerin das Spannendere ist oder der gewünschte oder befürchtete Eindruck auf die Zuschauer am Rande der Tanzfläche. Tanzen ist vielleicht diejenige Formenbildung anhand derer wir am ehesten verstehen können, dass Musik psychologisch nicht notwendig eine eigene Gestalt ist: Wir können den Tanz verstehen als eine aktive Form des Musikhörens: Unsere Bewegungen zeigen, wie wir die Musik hören. Oder wir können umgekehrt Musik verstehen als eine verinnerlichte Form des Tanzens, die Geste als inkarnierte melodische Phrase, die musikalische Phrase als inkorporierte Gebärde. Wir finden hier Hinweise auf ein Ineinander verschiedener Sinnesmodi, wie dies auch in der neueren Säuglingsforschung mit dem Begriff der amodalen Wahrnehmung ausgeführt ist. Stern geht dabei von der Vorstellung einer gemeinsamen Matrix von Gestaltbildungen aus, die sich erst sekundär in die verschiedenen Sinnesmodi differenzieren (1992, 74ff). Dieses Konzept rückt auch die Frage der Synästhesien in ein neues Licht: Nicht eine zusätzliche Verknüpfung oder besondere Eigenschaft Einzelner erklärte dann dieses Erleben, sondern der Rückgriff auf eine frühere Erlebensform.

Inbegriffen ist das Musikhören natürlich auch im Gesamtkunstwerk Oper und bei fast allen Filmen, die wir sehen. Selbst Dokumentationsfilme und Nachrichtensendungen sind oft mit Musik „unterlegt", was uns erst dann bewusst wird, wenn es Anlässe zu einer kritischen Reflexion gibt wie etwa anlässlich der „Begleitmusik" zu den einstürzenden Türmen des

World-Trade-Centers oder den Bildern des Krieges gegen den Irak. Die Filmmusikforschung zeigt, wie unbewusste Musikwahrnehmungen maßgeblich zur Wirkung und Konnotation einer Szene beitragen. Die gehörte Musik kommentiert und interpretiert uns manche Szenen bis hin zur Konkretisierung der Bedeutung. Die unterlegte Musik entscheidet z.B. darüber, ob ein Blick böse-bedrohlich oder intensiv-verliebt wirkt. Diese Filmerfahrung kann umgekehrt wiederum unseren Alltag variieren: Walkmanhören kann uns – die „Störgeräusche der Wirklichkeit" ausblendend – in eine Verfassung bringen, in der wir das Leben an uns vorüberziehen lassen wie einen Film, dessen Szenen durch die gehörte Musik untermalt und emotional kommentiert werden.

Musikhören in der Schwebe

Im Drehpunkt zwischen Vordergrund und Hintergrund können wir eine Verfassung unseres Erlebens ausmachen, in der wir uns zwischen dem Hören der Musik und etwas anderem wie bei einem (entschlüsselten) Vexierbild hin und her bewegen können. Situativ kennen wir eine solche Verfassung bei verschiedenen bereits beschriebenen Formen des Musikhörens: im Konzert, beim Musikhören zuhause, beim Autofahren, Tanzen oder in der Oper. Wir entdecken diese besondere Schwebe oder Kippfigur des Erlebens, bei der mal die Musik, mal etwas anderes in den Vordergrund unseres Erlebens tritt, allerdings meist erst, wenn wir unser Erleben genauer beobachten und beschreiben. Diese Schwebe kann sich als entspannter Wechsel zwischen einem In-der-Musik-Sein und inneren Bildern, Körperwahrnehmungen, Gedanken und Erinnerungen gestalten; als eine Kippfigur, in der wir mal aufhorchen und uns dann wieder mit etwas anderem als der Musik beschäftigen oder als ein schnelles Oszillieren, welches jenes Gefühl erzeugt, dass Musik und etwas anderes sich gegenseitig in der Schwebe halten und zugleich uns in einen Schwebezustand versetzen.

In unseren alltäglichen Selbstbehandlungsformen durch Musikhören suchen wir diese Verfassung nicht auf, sondern sie kommt in anderem vor. Anders in der Rezeptiven Musiktherapie: Hier wird m.E. genau diese Verfassung aufgesucht, um im Seelischen etwas in Gang zu setzen, verborgene Empfindungen zu beleben, Abgewehrtes in verträglichem Maße im Erleben auftauchen zu lassen. In der Regulativen Musiktherapie (Schwabe 1979, 2004) und vergleichbaren musiktherapeutischen Entspannungsverfahren wird der Patient aufgefordert, sich gleichermaßen akzeptierend dem Wechsel der Wahrnehmung der Musik wie der Körperempfindungen, Gedanken und Gefühlen zu überlassen. In der Behandlungsform GIM (Helen Bonny, vgl. dazu die entsprechenden Kapitel in Frohne-Hagemann 2005) finden wir eine Verfassung angestrebt, in der innere Bilder und Musik in einen oszillierenden Wechselprozess gebracht werden. Zusätzlich finden wir hier eine Kippfigur dahingehend, dass Patientin und Therapeutin schon während der Musik miteinander sprechen und sich so Musikhören und Sprechen als Vordergrund und Hintergrund gegeneinander verschieben. Auch beim Geschichtenschreiben zur Musik (Schiltz), der Psychodynamischen Bewegung (Priestley) oder dem Malen zur Musik setzen wir therapeutisch auf eine Verfassung, die sich im Raum zwischen Musik und einem anderen Medium auf Spurensuche in die Vergangenheit, Verdrängtes, Verlorenes begibt; wie auf die Suche nach einer neuen Wendung, einer neuen Richtung der seelischen Bewegungsmöglichkeiten.

Resumée

Musikhören ist eine seelische Gestalt, mit der wir vielfältige Erfahrungen verbinden: alltägliche wie außerordentliche, belanglose, triviale und solche von herausragender und beglückender Qualität. Musikhören als Gestalt ist beweglich und wandelbar, so dass sie – einmal gefunden – die Wechselfälle des Lebens überlebt, mitgestaltet und begleitet. Wir nutzen diese Gestaltbildung in unserer Selbstbehandlung: von der alltäglichen „Unterhaltung" durch Hintergrundmusik über die Konfliktbewältigung in Krisenzeiten bis hin zur Identitätsfindung und Wahrung unserer Kontinuität. Diese Selbstbehandlung durch Musikhören bildet vermutlich die Erfahrungsgrundlage der Rezeptiven Musiktherapie, auch wenn nur einige ihrer Formen geeignet sind, in eine klinische Behandlung integriert zu werden.

LITERATUR

Adorno, Theodor W. (1962): Einleitung in die Musikpsychologie, Frankfurt

Balint, Michael (1973): Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung [Orig. London 1968] Rowohlt, Reinbek bei Hamburg

Behne, Klaus-Ernst (1984): Befindlichkeit und Zufriedenheit als Determinanten situativer Musikpräferenzen. In: Musikpsychologie, 1, 7-21

Behne, Klaus-Ernst (1999): Zu einer Theorie der Wirkungslosigkeit von (Hintergrund-)Musik. In: Musikpsychologie, 14, 7-23

Besseler, Heinrich (1926): „Grundfragen des musikalischen Hörens". Jahrbuch der Musikbibliothek Peters, 32, 35-52

Dogiel, J. (1880): Über den Einfluss der Musik auf den Blutkreislauf. Archiv für Anatomie und Physiologie. Abteilung Psychologie, 416-428

Lehmann, Andreas C. (1994): „Habituelle und situative Rezeptionsweisen beim Musikhören - eine einstellungstheoretische Untersuchung". Schriften zur Musikpsychologie und Musikästhetik, 6, Frankfurt a.M. 129f

Drewes, Ralf/ Schemion, Gabriele (1991): Lernen bei Musik: Hilfe oder Störung? - Eine experimentalpsychologische Analyse einer pädagogisch-psychologischen Kontroverse. In: Musikpsychologie, 8, 46-66.

Fricke, Jobst (1989): Der Klang der Musikinstrumente nach den Gesetzen des Gehörs: Wechselwirkung Mensch – Instrument. In: Das Instrumentalspiel, Doblinger, Wien/München, 275-284.

Fricke, Jobst (2003): Systemische Musikwissenschaft. In: Niemöller, K. W. (2003): Systemische Musikwissenschaft. Festschrift Jobst Fricke, Peter Lang, Frankfurt a.M., 13-24

Frohne-Hagemann, Isabelle (Hg): Rezeptive Musiktherapie, Reichert Verlag, Wiesbaden

Gembris, Heiner (1990). Situationsbezogene Präferenzen und erwünschte Wirkungen von Musik. In: Musikpsychologie, 7, 73-95.

Gembris, Heiner (1999): 100 Jahre musikalische Rezeptionsforschung. Ein Rückblick in die Zukunft. In: Musikpsychologie, 14, 24-41.

Karow, Diana/Rötter, Günther (2000): Eine Studie zur analgetischen Wirkung von Musik. In: Musikpsychologie, 16, 84-101

Kühn, Manfred (2001): „The times they are a´ changing …" (Bob Dylan). Sehnsucht nach der Musik im Medienzeitalter. In: Musiktherapeutische Umschau, 22, 83-92

de la Motte-Haber, Helga/Kopiez, R. (1995) (Hg.): Der Hörer als Interpret. 7. Schriften zur Musikpsychologie und Musikästhetik. Peter Lang, Frankfurt a.M.

Müller, Renate (1990): Musikalische Rezeptionsstrategien und Differenziertheit des musikalischen Urteils in verschiedenen sozialen Situationen. In: Musikpsychologie, 7, 129-146.

Müller, Renate (2000): Die feinen Unterschiede zwischen verbalen und klingenden Musikpräferenzen Jugendlicher. In: Musikpsychologie, 15, 87-98

Petsche, Hellmuth (1987): Gehirnvorgänge beim Musikhören und deren Objektivierung durch das EEG. In: Musikpsychologie, 4, 7-28

Rejzlik, Wolfgang (2001): Musikpräferenzen Jugendlicher unter besonderer Berücksichtigung der massenmedialen Verbreitung von Musik. Dissertation Wien. Universitätsbibliothek Wien

Helmholtz, Hermann von (1863): Die Lehre von den Tonempfindungen als physiologische Grundlage für die Theorie der Musik. Braunschweig

Janata P. et.al. (2002): The Cortical Topography of Tonal Structures Underlying Western Music. In: Science, Bd. 298, 2176-2170

Kötter, Eberhard (1996): Zu Bezügen zwischen den Benennungen von Affekten in der Barockmusik und Begriffen der heutigen Emotionspsychologie. In: Musikpsychologie, 12, 75-88

Oberhoff, Bernd (Hg.) (2002a): Psychoanalyse und Musik. Eine Bestandsaufnahme. Psychosozial, Gießen

Oberhoff, Bernd (Hg.) (2002b): Das Unbewusste in der Musik. Psychosozial, Gießen

Oberhoff, Bernd (Hg.) (2003): Die Musik als Geliebte. Psychosozial, Gießen

Salber, Wilhelm (1989): Der Alltag ist nicht grau. Bouvier, Bonn

Salber, Wilhelm (1991): Gestalt auf Reisen. Bouvier, Bonn

Sander, Friedrich (1927): Experimentelle Ergebnisse der Gestaltpsychologie. In: Sander, Friedrich/Volkelt, H.: Ganzheitspsychologie, München 1967

Schafer, Murray (1988): Klang und Krach. Eine Kulturgeschichte des Hörens. Athenäum, Frankfurt a.M. [Orig. Toronto 1977]

Schwabe, Christoph (1979: Regulative Musiktherapie. VEB Gustav Fischer Verlag, Jena

Schwabe, Christoph (2005): Regulative Musiktherapie (RMT) – Wegmarken einer Konzeptentwicklung. In: Frohne-Hagemann, Isabelle (Hg): Rezeptive Musiktherapie, Reichert Verlag, Wiesbaden, 205-216

Schwarzer, Gudrun (2000): Musikalische Wahrnehmungsentwicklung: Wie Kinder Musik hören. In: Musikpsychologie, 15, 60-76

Stern, Daniel N. (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Klett-Cotta, Stuttgart [Orig. New York 1986]

Straus, Erwin (1956): Vom Sinn der Sinne. Ein Beitrag zur Grundlegung der Psychologie. Springer, Berlin/Heidelberg. Reprint der 2. Auflage 1978

Stumpf, Carl (1883/1890): Tonpsychologie. 2 Bde. Leipzig

Stumpf, Carl (1911/1979): Die Anfänge der Musik. Olms, Hildesheim

Troué, Nicole/Bruhn, Herbert (2000): Musikpräferenzen in der Vorpubertät – Wandel von der Elternorientierung zur Peergruppenorientierung. In: Musikpsychologie, 15, 77-86

Tüpker, Rosemarie (1999): Musik – eine Zaubermacht? Kritische Untersuchung zur Bedeutung der Musik im Märchen. Musiktherapeutische Umschau, 20, 231-248

Tüpker, Rosemarie (2002): Wo ist die Musik, wenn wir sie nicht hören? In Oberhoff, Bernd (Hg.): Das Unbewusste in der Musik. Psychosozial, Gießen, 75-102

Tüpker, Rosemarie (2003): Selbstpsychologie und Musiktherapie. In: Oberhoff, Bernd (Hg.): Die Musik als Geliebte. Psychosozial, Gießen

Wehmeyer, Grete (1974): Erik Satie. Bosse, Regensburg

Wellek, Albert (1930/31): Zur Typologie des Gehörs und des Musikerlebens überhaupt. Zeitschrift für Musikwissenschaft 13. Einstein, A. Leipzig. 1930/31. 21.

Rosemarie Tüpker

Musiktherapie in Praxis, Forschung und Lehre

Schriften zur Habilitation
Dortmund 2005

BAND 1 BEITRÄGE ZUR PSYCHOLOGIE DER MUSIK

BAND 2 BEITRÄGE ZUR THEORIE UND PRAXEOLOGIE DER MUSIKTHERAPIE

BAND 3 BEITRÄGE ZU FORSCHUNGSMETHODIK UND WISSENSCHAFTSTHEORIE

BAND 4 BEITRÄGE ZUR LEHRE

BAND 5 LEXIKONARTIKEL

INHALTSVERZEICHNIS

BAND 1

BEITRÄGE ZUR PSYCHOLOGIE DER MUSIK

1.1 **Musik – eine Zaubermacht? Kritische Untersuchung zur Bedeutung der Musik im Märchen** 5
Musiktherapeutische Umschau Band 20/3, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1999, 23-248

1.2 **Zum Musikbegriff der musiktherapeutischen Improvisation** 21
In: Einblicke, Heft 12, 2001, 44-69

1.3 **Wo ist die Musik, wenn wir sie nicht hören?** 43
In: Oberhoff, B. (Hg.): Das Unbewusste in der Musik. Psychosozial-Verlag, Gießen 2002, 75-102

1.4 **Selbstpsychologie und Musiktherapie** 64
In: Oberhoff, B. (Hg.): Die Musik als Geliebte. Psychosozial-Verlag, Gießen 2003, 99-138

1.5 **Musikhören als Gestalt** 95
Zur Veröffentlichung angenommen in: Frohne-Hagemann (Hg.): Theorie und Praxis der Rezeptiven Musiktherapie, L. Reichert Verlag, Wiesbaden 2004

BAND 2

BEITRÄGE ZUR THEORIE UND PRAXEOLOGIE DER MUSIKTHERAPIE

2.1 **Musiktherapie in der Psychosomatik** **5**
In: Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift, Heft 10/1990, Kohlhammer, Stuttgart 1990, 730-733

2.2 **Vergewaltigung und sexueller Mißbrauch. Kein Thema für die Musiktherapie?** **11**
In: Einblicke, Heft 2, Deutscher Berufsverband der Musiktherapeuten, Berlin 1990, 52-66

2.3 **Musik und Sprache als Mittel in psychologischer Behandlung und Forschung** **25**
In: Spielen und Sprechen in der Musiktherapie. Materialien zur Musiktherapie und Morphologie, Heft 5, IMM, Zwesten 1992, 7-44

2.4 **Zur Bedeutung künstlerischer Formenbildung in der Musiktherapie** **48**
In: Spiele der Seele. Hrsg.: H.-H. Decker-Voigt, Trialog-Verlag, Bremen 1992, 121-144

2.5 **Musiktherapie: Hören und Verstehen** **66**
In: Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Hrsg.: Petersen/Fevers-Schorre/ Schwerdtfeger. Springer, Berlin/ Heidelberg/New York 1993, 105-112

2.6 **Blickpunkt Musiktherapie: Tötungsphantasien heute und 'Euthanasie' im 'Dritten Reich'** **75**
In: Vor 50 Jahren … Gedenkveranstaltungen der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster zum 8. Mai 1945. Hrsg.: Ruth-Elisabeth Mohrmann, LIT Verlag, Münster 1996, 101-119

2.7 **Nichts ist ohne Grund. Musiktherapie bei funktionellen Störungen** **89**
In: Tüpker, R. (Hg) Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis LIT Verlag, Münster 1996, 8-37

2.8 **Musiktherapie als Erweiterung des Behandlungsangebotes oder: Warum braucht die Psychiatrie die Kunst?** **111**
In: ′therapie kreativ′. Zeitschrift für kreative Sozial- und Psychotherapie, Heft 21. Affenkönig-Verlag, Neukirchen-Vluyn 1998, 3-23

2.9 **Morphologisch orientierte Musiktherapie** **127**
In: Schulen der Musiktherapie. Hrsg. Hans-Helmut Decker-Voigt, Ernst Reinhard Verlag, München/Basel 2001, 55-77

2.10 **Musik bis ins hohe Alter** **146**
In: Musik bis ins hohe Alter. Fortführung, Neubeginn, Therapie (Hg. mit Hans Hermann Wickel), LIT Verlag, Münster 2001, 6-19

2.11 **Musiktherapeutische Konzepte mit alten Menschen** **156**
In: Musik bis ins hohe Alter. Fortführung, Neubeginn, Therapie (Hg. mit Hans Hermann Wickel), LIT Verlag, Münster 2001, 87-142

2.12 **Einigung in Differenz. Zum Behandlungsauftrag der Musiktherapie** **194**
In Einblicke, Heft 14, Berlin 2003, 124-140

BAND 3

BEITRÄGE ZU FORSCHUNGSMETHODIK UND WISSENSCHAFTSTHEORIE

3.1 **Wissenschaftlichkeit in kunsttherapeutischer Forschung** **5**
In: Musiktherapeutische Umschau 1990 Band 11/1 Bochinsky Verlag, 11-20. Sowie mit dem Titel „Auf der Suche nach angemessenen Formen wissenschaftlichen Vorgehens in kunsttherapeutischer Forschung“ in: Ansätze kunsttherapeutischer Forschung. Hrsg. P. Petersen, Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg/New York 1990, 71-86 (Neuauflage in Petersen 2002)

3.2 **Leitfaden zur Protokollierung musiktherapeutischer Behandlungen** **18**
In: Einblicke, Heft 4, Deutscher Berufsverband der Musiktherapeuten, Berlin 1993, 43-67

3.3 **Forschen oder Heilen. Kritische Betrachtungen zum herrschenden Forschungsparadigma** **50**
In: Peter Petersen (Hg.): Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Mayer Verlag, Stuttgart 2002, 34-72

3.4 **Morphological Research** (mit Eckhard Weymann) **79**
Zur Veröffentlichung vorgesehen in: Barbara Wheeler: Music Therapy Research, 2 nd edition

BAND 4

BEITRÄGE ZUR LEHRE

4.1 **Supervision im Erleben von Studierenden der Musiktherapie** **5**
In: Einblicke, Heft 7, Deutscher Berufsverband der Musiktherapeuten, Berlin 1996, 53-80

4.2 **Supervision als Unterrichtsfach in der musiktherapeutischen Ausbildung** **33**
In: Musiktherapeutische Umschau 3-4/Band 17, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen/ Zürich 1996, 242-251

4.3 **Reflexion seelischer Verhältnisse in der musikalischen Improvisation** **41**
In: Wege zur musiktherapeutischen Improvisation. (Hrsg. mit Martin Lenz), LIT Verlag, Münster 1998, 135-203

4.4 **Lehrmusiktherapie im veränderten Berufsfeld** **87**
In: Musiktherapeutische Umschau 2/Band 20, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen/Zürich 1999, 114-122

BAND 5

LEXIKONARTIKEL

5.1 **„Musiktherapie“** (mit Manfred Kühn) **5**
In: Bühring/Kemper (Hg.): Naturheilverfahren und unkonventionelle medizinische Richtungen. Loseblattsammlung 9, 1-20, Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg/New-York, 1997

5.2 In: Decker-Voigt (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen 1996, zu den Stichworten
"Leiden-Können" (ebd. S. 194-197) **18**
"Methodisch-Werden" (ebd. S. 217-220) **20**
"Anders-Werden" (ebd. S. 13-15) **22**
"Bewerkstelligen" (ebd. S. 65-67) **24**

5.3 **"Forschungsmethodik"** (ebd. S. 102-104) **27**

5.4 **"Sexueller Mißbrauch"** (ebd. S. 336-339) **30**

BAND

2

BEITRÄGE ZUR THEORIE UND PRAXEOLOGIE DER MUSIKTHERAPIE

Musiktherapie in der Psychosomatik[1]

ZEITSCHRITEN-BEITRAG

2.1

Zusammenfassung *Musiktherapie wird als ein neueres psychotherapeutisches Verfahren der Einzel- und Gruppentherapie beschrieben, das u.a. in psychosomatischen Kliniken zur Anwendung kommt. Sie zielt auf eine Verwandlung der Lebensmethode von Patient/-innen im Wechsel von künstlerischen Ausdrucksmitteln und sprachlicher Reflexion, indem Lebensbestimmendes hörbar und damit einer Behandlung zugänglich gemacht wird.*

Kevwords music therapy, pschosomatical deseases, psychotherapy

Einleitung

In der Psychosomatik, insbesondere in den psychosomatischen Kliniken[2], finden wir in den letzten Jahren neben den herkömmlichen Formen der Psychotherapie, die ausschließlich mit dem Wort als Mittel und Mittler arbeiten, immer mehr Verfahren, die auch andere Bereiche menschlicher Kommunikation der Behandlung nutzbar machen:

- Kunst- und Gestaltungstherapie
- Tanztherapie
- Bewegungstherapie
- Psychodrama
- Musiktherapie

Warum das so ist, läßt sich u.a. von einem allgemeinen und einem speziellen Gedankengang her verstehen: Seelisches kennt *immer* schon verschiedene Mittel, mit und in denen es sich ausdrückt, gestaltet, mit anderen kommuniziert; nicht nur sprachlich, sondern auch in Musik, in Bild und Plastik, in Tanz und Theater. Das Seelische scheint diese verschiedenen „Welten" zu *brauchen*; denn wir kennen keine menschlichen Kulturen, in denen der Kanon der Künste nicht erscheint. Von daher ist es nur „logisch", daß psychische Behandlung sich all dieser Mittel und Vermittler des Seelischen zu bedienen

[1] In: Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift, Heft 10/1990, Kohlhammer, Stuttgart 1990, 730-733

[2] Die Ausführungen beziehen sich entsprechend der Klientel der psychosomatischen Kliniken auf „Psychosomatik" in einem weiteren Sinne. (Ich selbst habe in einer der sog. „psychosomatischen Kurkliniken" gearbeitet.) Neben Patienten/-innen mit klassischen Psychosomatosen finden sich dort auch funktionelle oder psychovegetative Störungen, neurotische Erkrankungen und frühe Störungen, die ebenfalls meist mit körperlichen Beschwerden einhergehen, welche häufig der äußere Anlaß für den Klinikaufenthalt sind.

sucht, wenn wir unter „psychischer Behandlung“ (Psychotherapie) das verstehen, was Freud (1982, S. 17) schon früh so beschrieben hat: *„... nicht ... Behandlungen der krankhaften Erscheinungen des Seelenlebens, ... vielmehr ... Behandlung von der Seele aus, Behandlung - seelischer und körperlicher Störungen - mit Mitteln, welche zunächst und unmittelbar auf das Seelische des Menschen einwirken.“*

Wenn Freud fortfährt: *„Ein solches Mittel ist vor allem das Wort, und Worte sind auch das wesentliche Handwerkszeug der Seelenbehandlung“*, so liegt dies sicher nicht nur an seiner persönlichen Orientiertheit an dem Medium Sprache. Uns allen ist vielmehr selbstverständlich, daß jede/r sich der Sprache in vielfältiger Weise bedient und sich nicht dadurch gehemmt fühlt, daß es einige wenige – nämlich Dichter und Schriftsteller – gibt, die mit Sprache besonders kunstvoll umzugehen verstehen. Das ist jedoch im bildnerischen und musikalischen Bereich anders. Dort scheinen die Möglichkeiten, die diese Ausdrucksformen dem Seelischen bieten, einigen wenigen vorbehalten.

Musik und Gesellschaft

Schon früh, spätestens in der Schule, findet eine krasse Selektion statt. Und denen, welchen beispielsweise das Etikett „unmusikalisch“ angeheftet wird, bleibt der gesamte Bereich musikalischer Aktivität oft lebenslänglich verschlossen.[3] Kurioserweise macht sich dies auch noch an der völlig nebensächlichen Tatsache fest, nicht Noten lesen zu können. Auf Sprache übertragen ist der Umgang unserer Kultur mit Musik so, als ob nicht sprechen könne, wer nicht lesen gelernt habe und als ob Sprechen überhaupt auf das Rezitieren von Gedichten und Romanen beschränkt sei. Musik und Bild sind aber, wie Sprache, nicht nur für die Produktion von „Kunst“ wichtig, sondern stellen – viel allgemeiner – die Umgangsformen des Seelischen mit der Welt dar.

Sie bieten dem Menschen, in je besonderer und unterschiedlicher Art, Formen der Verarbeitung, der Gestaltung, des Sich-Arrangierens mit der Welt an. Das beinhaltet auch

- die Bewältigung von Problemen
- die Lösung von Konflikten
- die Möglichkeit des Wendens seelischer Not.

Musiktherapeuten/-innen sind (meist) Menschen, denen der „Griff zum Instrument“ in der eigenen Biographie notwendig war. Von daher wissen sie um die Behandlungsmöglichkeiten durch Musik. Ich verstehe dabei Behandlung zunächst im Sinne dessen, wie das Seelische immer schon sich und die Welt be-handelt, im Alltag wie im Feiern, im Beruf, in der Liebe, in der Politik, in der Kunst und in der Wissenschaft. Erst von dieser all-täglichen Behandlung hebt sich die therapeutische Behandlung als eine „Behandlung der (Selbst-)Behandlung“ ab, auf sie muß sie immer bezogen sein.

Der Grund für die zunehmende Einbeziehung der genannten Therapieformen in den psychosomatischen Kliniken hängt vor diesem Hintergrund mit der Tatsache zusammen, daß es hier häufig um Störungen geht, deren Ursache oder Disposition im nicht-sprachlichen Bereich liegen oder deren seelische Zusammenhänge mit Sprache allein nicht

[3] Ich beschränke mich im folgenden nur der Kürze halber auf den musikalischen Bereich. Vergleichbares ließe sich auch für die anderen genannten Therapieformen sagen.

erreicht werden können. Das ist m.E. nicht nur auf die Genese von Störungen im Kindesalter vor der Sprachfindung beschränkt, sondern bezieht sich auch auf all das, was an Gefühlen, Empfindungen und seelischen Verhältnissen in der Sprache verlorengegangen ist (vgl. Lorenzer 1973). Hier braucht das Seelische andere Mittel, um zu verhindern, daß Erlebtes sich nur noch in körperlichem Schmerz Ausdruck zu verschaffen weiß. Es braucht andere Ver-mittlungen, um das, was nur noch körperlich erscheint, dem Seelischen wieder verfügbar zu machen. Dazu scheint die Musik besonders geeignet. Etwas vereinfacht formuliert kann man auch sagen, Musik kann im Bereich der Psychosomatik eine wesentliche „Übersetzungshilfe" von Körperlichem in Seelisches und von Unbewußtem in bewußt Verfügbares leisten.

Musiktherapie als psychotherapeutische Behandlung

Musiktherapie in der Psychosomatik ist ein psychotherapeutisches Verfahren, das die Lebensmethode eines Menschen im Austausch von Musik und Sprache zu verstehen und zu behandeln sucht.

Sie erweitert die rein sprachlichen Formen der Psychotherapie um das „seelische Mittel" der Musik. Ebenso wie in der Psychoanalyse das Wort, so ist die Musik hier aber nicht als „Heilmittel" wie in der Medizin zu verstehen. Sie ist kein Medikament, sie wird den Patienten/-innen nicht gegeben. Sie wird – wie das Wort in der Psychoanalyse – nicht suggestiv verwandt, der Patient wird ihr nicht ausgesetzt wie einer heilenden Bestrahlung. Sprache und Musik wirken vielmehr nur in der besonderen Beziehung von Patient und Therapeutin. Sie gestalten diese Beziehung, die Beziehung gestaltet sich in ihnen. Es entsteht ein gemeinsames Werk, welches *„auf das Seelische des Menschen"*, auf seine Lebensmethode einwirkt.

Austausch von Musik und Sprache

In der Musiktherapie[4] entfaltet sich das gemeinsame Behandlungswerk im Austausch von Musik und Sprache. Sie ist kein „nonverbales" Verfahren, denn es wird nicht nur auch noch oder nebenbei gesprochen, sondern es ist gerade dieser Austausch, ein mehrfaches Hin und Her von Spielen und Reden, der das Verstehen ermöglicht und die Behandlung ent-wickelt. So wird etwa die gerade gespielte Musik mit Worten noch einmal beschrieben. Eine erzählte Situation wird im musikalischen Spiel vertieft oder um die „sprachlosen" Gefühle erweitert. Ein Streit in der Gruppe wird im Spiel fortgesetzt und zeigt sich von einer anderen Seite. Die Beziehung zur Therapeutin kann sich in der gemeinsamen Musik gestalten und etwas hörbar machen, was im Gespräch als eine bestimmte, mit der Biographie zusammenhängende, Art der Beziehungsgestaltung erkennbar wird. Der in Worten geklagte körperliche Schmerz kann in der Musik einen ersten seelischen Ausdruck finden, den dann etwa die anderen in einer Gruppe in Worten als ein Gefühl beschreiben können.

In solchen Drehungen und Wendungen entstehen Stück für Stück Sinnzusammenhänge, die verlorengegangen waren, es wird verstehbar, wie das Seelische so „spielt", warum es die bestehenden Symptome entwickelt hat und welche anderen Wege es auch gehen könnte.

[4] Ebenso wie in den verbalen Therapien gibt es auch in der Musiktherapie eine Vielzahl von „Schulen", die sich z.T. an den bestehenden Psychotherapieformen orientieren. Ich selbst bin an der morphologischen Psychologie orientiert, die der Psychoanalyse und der Gestaltpsychologie nahesteht.

Das ist die „Methode", eine Methode, die Musiktherapeuten/-innen (wie auch andere Kunsttherapeuten/-innen) den Künsten abgeschaut haben, die uns im Umgang mit ihnen zeigen, wie „kunstvoll" das Seelische seine Formen entwickelt.

Lebensmethode

Mit dem Begriff der Lebensmethode, die wir zu verstehen und zu behandeln suchen, soll auf eine bestimmte Sicht von Krankheit und Gesundheit hingewiesen werden. Wir behandeln kein Magengeschwür, keine funktionellen Störungen und auch keinen Ehe- oder Arbeitskonflikt, sondern die Lebensmethode, die (auch) zu diesen Symptomen und Konflikten geführt hat.

Mit Lebensmethode ist gemeint, daß jeder Mensch in seinem Leben bestimmte Methoden, eine durchgängige, gleichbleibend strukturierte Art und Weise, entwickelt hat, mit sich und der Welt, seinem Körper und seiner Umgebung, seinem Alltag und seinen Mitmenschen umzugehen.

Wir gehen davon aus, daß diese Lebensmethode zum größeren Teil unbewußt ist, daß sie einen komplizierten und „kunstvollen" Aufbau hat und in ihrer Entstehungszeit eine sinnvolle Art war, sich in der Umgebung und den verfügbaren Beziehungen, ihren Möglichkeiten und Begrenzungen, zurechtzufinden. Doch das, was in einem bestimmten Rahmen eine gute (oder die einzige) Lösung, was not-wendig war, kann sich in anderen Verhältnissen als hemmend, unverhältnismäßig, zu konfliktreich oder zu aufwendig erweisen. Es kann auch körperliche (psychosomatische) Krankheiten beinhalten oder (organisch nicht erklärbare) Schmerzzustände „brauchen". Wir verstehen die Patienten/ -innen, die in eine psychosomatisch-psychotherapeutische Klinik kommen, als Menschen, die mit ihrer Lebensmethode an eine Grenze gekommen sind und deshalb unsere Hilfe brauchen, auch wenn sie selbst es natürlich nicht so formulieren würden, sondern oft nur körperliche Symptome als störend benennen können oder Situationen, in denen sie nicht mehr „funktionieren". In dem nur minimal vorstrukturierten Setting der Musiktherapie wollen wir eine Gelegenheit geben, daß sich Züge einer Lebensmethode zeigen können, daß sie in ihrer Entstehung und in ihrem „Sinn und Unsinn" erlebbar und verstehbar werden. Deshalb interessiert uns ihr „Können" ebenso wie das, was jemand auf diese Art nicht bewerkstelligen kann. Dadurch, daß gerade die Musik anderen Gestaltungsgesetzen folgt, kann ein solches Können oft auch den Patienten/-innen wieder spürbar werden, was Mut zu den notwendigen und oft auf andere Art schmerzhaften Veränderungen machen kann.

Das Improvisieren

Dreh- und Angelpunkt der musiktherapeutischen Behandlung ist das Improvisieren auf Instrumenten. Das heißt, es werden keine „Stücke" gespielt, keine Lieder gesungen und auch keine vorbereiteten Übungen durchgeführt. Vielmehr ist der Patient oder die Gruppe aufgefordert zu spielen, „was ihm/ihr in die Finger kommt", was ihm/ihr einfällt, wonach ihm/ihr zumute ist; entstehen zu lassen, was sich da gestalten will. Dazu stehen im Raum verschiedene Instrumente zur Verfügung, die jeder Mensch spielen kann, ohne im herkömmlichen Sinne erst einmal üben zu müssen: Ein großer Gong, Becken, Triangel, Glocken und Schellen etwa bieten sich für langanhaltende und verschieden gefärbte Klänge an, deren Nachhall für vieles Platz hat. Für kurze, trockene Klänge gibt es Stäbe aus hartem Holz, Tempelblocks und Holzschlitztrommeln. Weitere rhythmische Instrumente finden

sich in verschiedenartigen Trommeln und Pauken. Melodisches ist möglich auf Stabspielen in verschiedenen Größen, heller und dunkler klingenden, aus Metall und aus Holz. Mit einigem Geschick lassen sich für den Musiktherapieraum auch Saiteninstrumente zum Streichen und Zupfen finden, denen auch der musikalische Laie schönere Töne entlocken kann, als dies etwa bei der klassischen Geige möglich wäre. Man kann mit ihnen allerdings auch knatschige, quietschende und häßliche Klänge produzieren, was in der Musiktherapie genauso sinnvoll und wichtig sein kann. An Blasinstrumenten gibt es meist verschiedenartige Flöten, solche, die mancher vielleicht in der Schule spielen durfte oder mußte, aber auch unbekanntere aus dem Bereich der Folklore.

Die Musiktherapieräume sind natürlich etwas unterschiedlich eingerichtet. Die Instrumentenauswahl im einzelnen hängt auch von den Vorlieben der Musiktherapeuten/-innen ab, aber auch von methodischen Überlegungen: neben der leichten Spielbarkeit von dem Gedanken, den Patienten/ -innen eine Breite an Spiel- und Ausdrucksmöglichkeiten für alles Seelische zur Verfügung zu stellen. Sie sollen nicht nur ihre zarten und „wohlklingenden" Empfindungen in den Instrumenten wiederfinden können, sondern auch Schmerz und Wut; Schräges und „Unpassendes". Für die gemeinsame Arbeit braucht man Instrumente, die man schlagen und solche, die man streiche(l)n kann, die man nah zu sich herannehmen oder von denen man sich distanzieren kann, mit denen man sich differenziert artikulieren, aber auch einfach Krach machen kann. Die Vielfalt wird begrenzt durch den Gedanken, daß eine Überfülle auch verwirrend und lähmend sein kann, daß Grenzen auch im Alltag zum Erleben gehören und schöpferisch sein können (ein weiterer Grund ist natürlich das Budget der Klinik).

Die Musiktherapeutin begleitet den Patienten oder die Gruppe (meist) auf dem Klavier. Sie gibt musikalisch Resonanz für das, was sie hört und spürt. Das muß nicht heißen, daß sie immer möglichst ähnlich spielt wie die Patienten/ -innen, sondern kann ebenso meinen, nur undeutlich Erklingendes durch Zuspitzungen zu verdeutlichen, Fehlendes zu ergänzen oder Vermiedenes mitspielen zu lassen. Aber sie folgt in ihrem Mitspielen nicht eigenen Tendenzen, sondern ist in einer Art „schwebender Aufmerksamkeit" auf das ausgerichtet, was sich hier „Gehör verschaffen" will. Damit will die Musiktherapie „Unerhörtes hörbar machen" (Weymann 1990, S. 4) im doppelten Sinne (Grundlage dafür sind eine gründliche musikalische Ausbildung ebenso wie Selbsterfahrung und Supervision).

Das, was auf diese Art hörbar wird, ist in keiner Weise – wie Patienten/-innen dies zunächst oft befürchten – ein unstrukturiertes Durcheinander. Untersuchungen musiktherapeutischer Improvisationen zeigen vielmehr, daß sich in diesen Improvisationen Grundzüge dessen gestalten, was wir oben als Lebensmethode bezeichnet haben.[5] Auch die Patienten/-innen selbst merken bald, daß das, was sie spielen, etwas mit ihnen zu tun hat. Sie finden ihre momentane Verfassung in der Musik wieder, ein lange nicht mehr wahrgenommenes Gefühl oder einen Wunsch, den sie längst aufgegeben hatten. Aber es geschieht nicht nur ein angenehmes Wiederhören. Oft erklingt ungewollt gerade das, was man (an sich selbst) nicht leiden mag, was man (in sich) zu verdrängen suchte und wozu man „lieber" viele andere Leiden, einschließlich körperlicher Schmerzen, auf sich nahm. Oder es widerfährt einem mit den Instrumenten genau das, was einen sonst im Leben auch schon immer ärgert: daß man immer das „Falsche" (Instrument) erwischt, daß man (in der Gruppe) nicht gehört wird, daß man fröhlich spielt, obwohl man traurig ist oder daß alles nicht „paßt", obwohl einem an nichts mehr liegt als an „Harmonie".

[5] vgl. Grootaers, F , R. Tüpker und E. Weymann: Materialien zur Morphologie der Musiktherapie. Institut für Musiktherapie und Morphologie in 3584 Zwesten (1987-1990), 1-4

An dieser Stelle wird vielleicht deutlich, daß Musiktherapie nicht ohne Sprache auskommt, wenn man z.B. gemeinsam verstehen will, warum ein bestimmtes Erleben und Verhalten immer wieder auftritt.

Chancen und Grenzen

Musiktherapie wird als Einzeltherapie und in Gruppen durchgeführt. Sie trägt bei den oft kurzen Behandlungszeiten der psychosomatischen Kliniken, wie die anderen erweiternden Verfahren auch, zu einer Intensivierung der Behandlung bei (vgl. Tüpker 1988). Sie fördert z.B. den für eine psychische Behandlung notwendigen Wechsel der Blickrichtung vom Symptom weg auf das seelische Geschehen hin oder von dem konkreten Konflikt hin auf die allgemeineren „Ursachen". Sie fördert frühe Formen des Erlebens und erleichtert damit den Zugang zur Psychogenese. In Gruppen ist es durch die zusätzliche Möglichkeit des Spielens oft besser möglich, auch „schwierige" oder einfach ungewöhnliche Patienten/ -innen zu integrieren, weil ihr Spielen der Gruppe oft andere Qualitäten zeigt als ihr Reden. Auch für Patienten/-innen, die zu starken Intellektualisierungen neigen, bietet das Improvisieren einen Weg an, andere Bereiche in sich wiederzubeleben.

Dennoch darf Musiktherapie nicht als ein psychotherapeutisches „Schnellverfahren" mißverstanden werden. Sie will Seelisches nicht „beschleunigen", denn alle Entwicklungen brauchen ihre Zeit. Sie ist deshalb nicht auf kathartische Erlebnisse aus, sondern arbeitet mit dem Widerstand des Patienten, berücksichtigt das entstehende Übertragungsverhältnis und hat, wenn die Behandlungsdauer kurz ist, an „kleinen" durchlebten Veränderungen mehr Interesse als an „umwerfenden Erlebnissen", die in den Alltag nicht integrierbar sind.

LITERATUR

Freud, Sigmund (1982): Psychische Behandlung. Studienausgabe Ergänzungsband. S. Fischer Verlag, Frankfurt a. M., S. 17

Lorenzer, Alfred (1973): Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Suhrkamp (stw 31) Verlag, Frankfurt a. M.

Tüpker, Rosemarie (1988): Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie. Gustav BosseVerlag, Regensburg

Weymann, Eckhard (1990): Unerhörtes hörbar machen. (Rundfunksendung des HR am 21. Februar 1984). In: Materialien zur Morphologie der Musiktherapie. Institut für Musiktherapie und Morphologie in 3584 Zwesten

ZEITSCHRITEN-BEITRAG

2.2

Vergewaltigung und Sexueller Mißbrauch – Kein Thema für die Musiktherapie?[6]

Zusammenfassung Vergewaltigung und sexueller Mißbrauch ist ein Thema, welches auch in Musiktherapien auftauchen kann und nicht ohne Schaden für die Betroffenen aus der Beziehung delegiert werden kann. Der Vortrag versucht diese These anhand von Fallbeispielen zu belegen, eine Sensibilisierung für sexuell traumatisierte Patientinnen zu schaffen und MusiktherapeutInnen zu ermutigen, sich dem Auftauchen dieser Problematik zu stellen und es in die Behandlung zu integrieren.

Keywords music therapy, violation and sexual abuse

Vergewaltigung und sexueller Mißbrauch von Frauen und Mädchen ist ein Thema, welches mir in meiner musiktherapeutischen Praxis in so erschreckender Häufigkeit begegnet, daß es mich drängt, hierüber mit Kolleginnen und Kollegen in einen Austausch zu kommen. Das Merkwürdige daran ist, daß mir in den ersten Jahren meiner therapeutischen Praxis nur sehr selten eine Frau erzählte, daß sie sexuell mißbraucht oder vergewaltigt wurde. Inzwischen höre ich von mehr als einem Viertel der Frauen, die ich behandele, von Erlebnissen sexueller Gewalt. Diese Merkwürdigkeit meiner persönlichen Erfahrung führt uns schon mitten ins Thema; denn mein Arbeitsbereich und die Klientel hatten sich in dieser Zeit nicht verändert. Vielmehr lag die Veränderung wohl hauptsächlich in mir, in meiner Resonanzfähigkeit für dieses Thema. Erst nachdem dieses Thema durch einen Vortrag und Gespräche mit KollegInnen in meinem Bewußtsein vorkommen durfte, begegnete es mir in Berichten meiner Patientinnen. Anders ausgedrückt: erst als ich bereit war, ‚so etwas' zu hören, konnte es mir erzählt werden.

Parallel zu meiner eigenen Entwicklung ist dabei sicherlich die allgemeine Entwicklung zu sehen, die von Amerika ausgehend dieses Thema in den letzten Jahren auch in der Bundesrepublik öffentlicher machte, so daß Frauen auch von daher eher die Möglichkeiten haben, über Ihre Erlebnisse zu sprechen. Auch das geht aber in dieselbe Richtung, daß nämlich nur erzählt werden kann, was gehört werden will. Dies ist auch ein Grund, weshalb ich Sie mit meinem Vortrag auf dieses Thema aufmerksam machen möchte. Dennoch habe ich mich gefragt, ob ich damit überhaupt ‚konzeptuelle Aspekte' der musiktherapeutischen

---

[6] In: Einblicke, Heft 2, Deutscher Berufsverband der Musiktherapeuten, Berlin 1990, 52-66

Berufspraxis berühre. Ist dieses Thema nicht viel zu allgemein? Was hat das mit Musiktherapie zu tun? Kann hier die Musik überhaupt therapeutische Hilfe leisten? Sollen MusiktherapeutInnen das nicht lieber anderen Therapeuten überlassen. Ist das ein Thema für die Musiktherapie?

Diese Fragen stellten sich mir eigentlich erst durch den Konflikt zwischen dem Rahmenthema dieser Tagung[7] und meinem Wunsch, über dieses Thema zu sprechen. Dabei wurde mir dann zu meinem eigenen Erstaunen deutlich, daß gerade an diesen Fragen – und den unterschiedlichen Antworten darauf – etwas von dem Konzept deutlich werden kann, mit dem jemand arbeitet.

An der Frage, ob Vergewaltigung und sexueller Mißbrauch ein Thema für die Musiktherapie ist, spitzt sich die Frage zu, ob Therapie ‚fraktionierbar' ist. Oder mit anderen Worten: was es psychologisch bedeutet, wenn – wie es ja durchaus noch üblich ist – die Musiktherapeutin für bestimmte, in der therapeutischen Begegnung auftauchende, Themen „nicht zuständig" sein will oder darf. Ich werde etwas später auf diese Frage zurückkommen.

Ich möchte nun anhand einiger ausgewählter Beispiele aufzeigen, um welche Art von Fällen es in diesem Zusammenhang geht. Ich habe diese Fälle zum einen so ausgesucht, daß sie Ihnen ein Gefühl dafür vermitteln, Hinweise auf sexuellen Mißbrauch zu bemerken, bzw. wann und warum es sinnvoll sein kann, danach zu fragen. Zum anderen will ich versuchen, anhand dieser Beispiele etwas über die psychischen Verarbeitungsweisen sexueller Gewalterlebnisse und den mir sinnvoll erscheinenden therapeutischen Umgang damit zu verdeutlichen.

Bei dem ersten Beispiel handelt es sich um eine etwas über 30-jährige Frau, die wegen einer chronischen Gastritis in die Klinik kommt. Sie ist deswegen für eine Zeit von zwei Jahren von Ihrer Arbeit als Verwaltungsangestellte berentet. Sie wirkt sehr zart, verunsichert und irgendwie fragend und spricht mit leiser und relativ hoher Stimme, die den Eindruck erweckt, als wäre es eher ihre ‚Kinderstimme' als ihre tatsächliche. Sie gehört zu den eher seltenen Frauen, die im Aufnahmegespräch nach einer Weile auch davon berichtet, sie habe vor zwei Jahren eine versuchte Vergewaltigung erlebt und vermute selbst, daß sie auch darunter noch leide. Sie berichtet dies zunächst wie zur Probe, mit fragendem Ausdruck; einer Frage, die ich jetzt im Nachherein verstehe als: „Darf ich hier darüber sprechen? – Können Sie sich vorstellen, daß man darunter noch zwei Jahre später leidet? – Ist das möglich? – Werden Sie das verstehen oder werden Sie mir Vorwürfe machen oder mich für überspannt halten?"

Wie kommt ein solcher Zweifel zustande? Zunächst möchte ich etwas herausstellen, was im Verlauf der Behandlung deutlich wird: weder dieses Zweifeln an der Glaubwürdigkeit der eigenen Gefühle noch die Unsicherheit im Kontakt sind typisch für diese Frau als solche. Sie war ‚vorher' nicht so. Vielmehr sind sie typisch für den Zusammenhang unseres Themas. Sie werden zum einen verstehbar aus dem, was sie an Reaktionen der Umwelt nach der versuchten Vergewaltigung erfahren hat. Dafür nur drei markante Beispiele:

1. Sie ging zu einer katholischen Beratungsstelle mit dem Wunsch nach therapeutischer Hilfe. Der Therapeut sagte ihr: „wer sich in Gefahr begibt, kommt darin um" und versuchte ihr deutlich zu machen, daß mit Ihrer Sexualität

[7] Tagung des Deutschen Berufsverbandes der Musiktherapeuten im Mai 1990

irgendetwas nicht stimme. Außerdem erging er sich darin, ihr nachzuweisen, worin Ihre ‚Schuld' an dem Ganzen liege.

2. Sie vertraute sich ihrer Ärztin an, von der sie aufgrund des Altersunterschiedes wohl so etwas wie mütterlichen Trost erhoffte. Stattdessen bekam sie zu spüren, daß die am liebsten nicht viel davon hören wollte, sondern recht verbittert meinte, so wären die Männer nun mal. Sie habe ja noch mal Glück gehabt, als Frau müsse man noch viel Schlimmeres ertragen. Am besten solle sie doch versuchen ihm zu verzeihen.

3. Einem freundlich väterlichen Vorgesetzten erzählte sie, was ihr widerfahren war, auch weil sie Schwierigkeiten hatte, weiterzuarbeiten als sei nichts geschehen. Sie erhoffte sich dadurch Verständnis für ihre Lage und ein wenig Rückhalt. Der Vorgesetzte gab sich dann zunächst auch sehr verständnisvoll, versuchte dann aber mit ihr anzubandeln und ihr nachzustellen.

Auffällig war auch, daß auch die angesprochenen ‚Fachleute' sich nur wenig für das zu interessieren schienen, was ihr tatsächlich geschehen war, was sie fühlte, wie sie darüber dachte und wie sie mit dieser Erfahrung umging. Wir haben es hier mit den typischen nachträglichen Traumatisierungen zu tun, von denen wir normalerweise nicht in solcher Deutlichkeit und Klarheit erfahren; denn sind sexuelle Gewalterlebnisse lebensgeschichtlich früher, stoßen sie auf eine strukturschwächere Persönlichkeit, liegen sie länger zurück, dauerten sie über einen längeren Zeitraum an und haben sich solche Reaktionsweisen noch mehr gehäuft, so erkennen wir diese Folgetraumatisierungen nur noch in einem Konglomerat an Schuldgefühlen, Zweifel am eigenen Erleben und an der eigenen Wahrnehmung, an nur noch brüchigen Erinnerungen, Unsicherheit über die eigene Sexualität und meist auch Verschlechterung der allgemeinen sozialen und intimen Beziehungen, nicht selten mit der Folge weiterer Mißbrauchserlebnisse. Dadurch setzt sich weiter fest, im eigenen Kopf und dem der TherapeutInnen, irgendetwas könne doch mit ihnen nicht stimmen, irgendwie müsse das Ganze doch an ihnen selbst liegen.

Ich glaube schon hier wird deutlich, daß es in einer therapeutischen Begegnung, wenn die Patientin von sich aus von einem solchen Erlebnis erzählt, keine nicht schädliche Möglichkeit gibt, nicht zu reagieren. Auch ein Nicht-Reagieren ist in seiner psychischen Bedeutung hier eine Reaktion. Es gibt da kein psychologisch ‚neutrales' Verhalten. Jede Nicht-Reaktion bedeutet eine Verstärkung der Seite, die sagt: ‚das. ist nicht wichtig, nicht von Interesse, das hat hier und in dieser Beziehung keinen Raum'. Oder es verstärkt das Gefühl: ‚so etwas kann auch nur mir passieren, es muß wohl doch an mir liegen' oder: ‚auch der TherapeutIn macht das soviel Angst, dafür gibt es keine Hilfe, keine Verarbeitungsmöglichkeiten, damit mußt Du allein fertig werden, damit will ich nichts zu tun haben'. Von da aus ist es nicht mehr weit zu: ‚daran bist Du selber schuld'; denn – so könnte man aus der Sicht der Patientin fragen – welchen Grund könnte ein ansonsten einfühlsamer und verständnisvoller Mensch haben, das auszuklammern. Abstrahiert von meiner Situation als aufnehmende Therapeutin: käme eine solche Erzählung oder Andeutung in der Musiktherapie, so kann ich mir auch nicht vorstellen, daß eine irgendwie geartete Erklärung, ‚daß sei sicher sehr schlimm und auch sehr wichtig, aber sie solle damit besser zur ÄrztIn oder zur GesprächstherapeutIn gehen, denn dies hier sei eben Musiktherapie und für solche Dinge nicht zuständig', diesem Sog psychischer Bedeutung angemessen entgegenwirken könnte.

Zurück zu dieser Patientin: Es war hier zunächst möglich (und notwendig) auf die erlebten Folgereaktionen einzugehen. Ich nutzte ihre Fähigkeit zu zweifeln und ihre fragende

Haltung zur Hinterfragung der Reaktionen der anderen. Sie konnte dann mit meiner Hilfe die gesellschaftlichen und möglichen privaten Hintergründe dieser Reaktionen analysieren. So hatte sie etwa selbst schon Vermutungen darüber angestellt, ob die Ärztin vielleicht trotz eigener Gewalterlebnisse in der Ehe diese aus Abhängigkeit nicht zu beenden wage. Allein – ohne Resonanz für diese Denkmöglichkeit – hatte sie dann aber doch deren fachliche (und mütterliche) Autorität nicht anzweifeln können und stattdessen ‚lieber' sich und ihre Gefühle angezweifelt. Jetzt fällt ihr auch wieder ein, daß sie weiß, daß der Mann dieser Ärztin Alkoholiker ist und ihre eigene mögliche Erklärung für die Reaktion der Ärztin kommt ihr nun doch möglich und glaubwürdig vor. Wichtig ist hier natürlich weniger, was im einzelnen die Motivation der Ärztin gewesen sein mag (auch der Patientin selbst ist das dann nicht mehr so wichtig), sondern die Blickwendung des Zweifelns und die Differenzierung zwischen eigenem und fremdem Erleben und damit der Möglichkeit dem eigenen Erleben in seinem So-Sein, in seiner ‚Wahrheit' Raum zu geben. Erst nachdem so ein wenig von den Folgetraumatisierungen aufgehoben wurde und sie mich und unsere Beziehung in dieser Tätigkeit erproben konnte, kann das Erlebte selbst konkreter thematisiert werden.

Der Mann, der in seinem Haus versucht hatte, sie zu vergewaltigen, war ihr sehr vertraut. Er war für sie ‚wie ein Vater'. Sie war ohne Vater aufgewachsen. Als Jugendliche hatte sie mit ihrem damaligen Freund zusammen diese Familie kennengelernt. Der Vater der Familie hatte für sie keine isolierte Bedeutung, vielmehr fühlte sie sich in der gesamten Familie sehr wohl und aufgenommen. In den Kindern der Familie, die zum Teil in ihrem Alter waren, fand sie die ebenfalls in ihrer Biographie fehlenden Geschwister. Der Kontakt zu dieser Familie war durch die Zusammenarbeit in Jugendgruppen entstanden und bestand dann in lockerer Form seit vielen Jahren. An diesem Abend war sie zu dieser Familie hingegangen, weil sie gerade die Beziehung zu ihrem langjährigen Freund beendet hatte und Trost und Aussprache suchte. Sie traf den Vater der Familie allein an, sie redeten miteinander, wie sonst auch. Da sie vom Haus der Familie abends schlecht zurückkam, hatte sie ihre Sachen zum Übernachten mitgebracht, wie schon oft. Sie ging dann zum Schlafen ins Kinderzimmer. Alles war für sie selbstverständlich und hatte nichts Ungewöhnliches an sich, es gab keine Hinweise für sie, daß sie sich in irgendeiner Gefahr befand. Doch dann kam er in ihr Zimmer, versuchte zunächst sie zu Zärtlichkeiten zu überreden, sie zu verführen und dann – als sie sich nach dem ersten Schreck konsequent verweigerte – sie zu vergewaltigen. Sie erkannte ihn nicht wieder. Es gelang ihr, sich loszureißen und ins Badezimmer zu entkommen. Dort schloß sie sich ein. Er tobte vor der Tür und wollte herein. Dann öffnete sie das Fenster und schrie so lange um Hilfe, bis die Nachbarn die Polizei riefen. Als sie die Polizei kommen sah, wollte sie herauskommen, aber noch mal versuchte er, sie zu greifen, so daß sie sich nochmals einschloß, aus dem Fenster um Hilfe rief, bis die Polizei sie befreite.

Ich erzähle diesen Ablauf deshalb so genau, weil hier deutlich wird, dass Schuldzuweisungen und Zweifel an der Frau sowie damit verbundene Selbstzweifel auch dann auftreten, wenn die Sachlage eigentlich sehr klar ist. Sie kannte diesen Mann gut. Sie hatte ihn über Jahre als Ehemann einer Frau kennengelernt, mit der sie sich gut verstand, als Familienvater einer Familie, in der sie immer gern gesehen und gut aufgehoben war. Er war für sie ein Vater. Er hatte sich ihr nur als ein solcher zu erkennen gegeben. Plötzlich war er ein anderer. Sie als leichtsinnig zu bezeichnen, weil sie dort übernachten wollte, hieße für uns Frauen alle, wir dürften in unserem Elternhaus nicht mehr übernachten, ohne leichtsinnig genannt zu werden. Die typische gesellschaftliche Reaktion, nach einer Mitschuld des Opfers sexueller Gewalt zu suchen, versetzt die Frauen *innerhalb dieses Systems* in eine Pattsituation, aus der es kein Entrinnen gibt: Entweder sie sehen in jedem Mann einen potentiellen Vergewaltiger und richten ihr gesamtes Leben darauf ein. Dann werden

sie von eben diesem System „übertrieben, hysterisch, übergeschnappt, verklemmt oder männerfeindlich“ genannt. Tuen sie das nicht, so sind sie am Ende auch noch selbst schuld. Aus diesem Grund erscheint es mir in der Behandlung solcher Fälle wichtig, mit der Patientin zusammen das System typischer Reaktion zu analysieren, damit es für sie in seiner gesellschaftlichen Funktion erkennbar und als das, was es ist, entlarvt wird. Das ist ein Versuch, die Fremdeinschätzung von der Selbsteinschätzung abzuheben. Der Erfolg dieses Versuches hängt natürlich von vielen Faktoren ab, nicht zuletzt von der Veränderung dieses Systems in der Gesellschaft, denn begegnet eine Frau weiterhin nur Reaktionen diesen Typs, so ist das natürlich schwer zu halten. Hier erscheint mir die ‚Subkultur' von Frauengruppen, Selbsthilfegruppen und ähnlichem eine gute Möglichkeit eines Puffers gegen die Massivität dieses gesellschaftlichen Systems.

Noch einmal zurück zu unserer Patientin: Sie hatte nach diesem Ereignis die Beziehung zu dieser Familie ganz abgebrochen. Weil sie keine Gelegenheit hatte, ihre eigenen Gefühle, die daraus entstanden waren, in der Resonanz einer Beziehung zu bearbeiten, hatte sie sie schließlich verdrängt bis hin zu der sicher nicht untypischen Somatisierung einer chronischen Gastritis. Um diese Gefühle ging es nun in der musiktherapeutischen Behandlung, um den Schmerz, die Enttäuschung und auch die Trauer über den Verzicht auf all die verschiedenen Beziehungen, die sie in dieser Familie gehabt hatte.

Bei all dem arbeitete ich wie sonst auch mit einem Austausch von Musik und Sprache. Die Improvisation und die Möglichkeit, die eigene Musik noch einmal anzuhören, ist hier eine gute Methode, die eigenen Gefühle in der Musik überhaupt erst einmal auszubreiten und in der Beschreibung der Musik die eigenen Worte dafür zu finden. Bei dieser besonderen Patientin war es beeindruckend, wie sehr sie darum rang, „genau das richtige Wort“ zu finden und welche Begeisterung sie zeigte, wenn sie das Gefühl hatte, „jetzt stimmt Gefühl und Sprache überein!“. Wichtig war ferner die Zerdehnung, das genaue Erzählen aktueller Begegnungen in der Klinik und mit ArbeitskollegInnen, auch mithilfe der Musik. Auf diese Weise gelang es ihr erstaunlich schnell zu merken, daß sie sich sehr wohl auf ihre Gefühle und Wahrnehmungen verlassen kann. Daß dieses Erlebnis in der Verarbeitung abgeschlossen war – soweit man das sagen kann – zeigte sich dann daran, daß sie mehr und mehr zu ganz anderen Themen überging und die Gelegenheit nutzte, einige Grundprobleme ihrer Biographie zu bearbeiten. Sie veränderte sich in dieser Zeit sehr deutlich, was besonders auch in der Gruppe zur Geltung kam, in die sie nach einiger Zeit zusätzlich zur Einzeltherapie bei mir ging. Insbesondere fiel ihre Freude daran auf, Zusammenhänge aufzuspüren, etwas „klar“ zu bekommen und in Sprache zu fassen. Sie wurde insgesamt lebendiger, sicherer und das so auffällig Zweifelnd-fragende in ihrem Blick verschwand. Es schien sich eher in eine interessierte Neugier und Kritikfähigkeit umzuwandeln.

Die Patientin nahm schon von der Klinik aus wieder Kontakt zu ihrer Arbeitsstelle auf. Sie hatte keine Lust mehr, das zweite Jahr ihrer Zeitberentung noch in Anspruch zu nehmen. Sie setzte dies dann – wieder zu Hause – auch durch und kam gut damit zurecht.

Ich habe diesen Fall deshalb so ausführlich dargestellt, weil einiges von den typischen Konstellationen hier noch relativ leicht zu erschließen ist, zum einen weil es bei diesem einen Erlebnis blieb, weil es ihr erfolgreich gelungen war, sich zu wehren, weil es noch nicht so lange her war und weil es auf dem Hintergrund einer relativ gesunden und stabilen Persönlichkeit stattfand.

All diese Merkmale spielen eine Rolle dabei, wie uns das Bild der psychischen Folgen sexueller Gewalt begegnet. So kann man etwa überhaupt nicht davon ausgehen, daß eine

Patientin, auch bei einer ausführlichen Anamnese, von sich aus von erlebter sexueller Gewalt erzählt. Oft sind diese so sehr vergraben, daß sie noch nicht einmal erinnert werden.

Es stellt sich hier natürlich die Frage, ob sie denn unbedingt erzählt werden *müssen*. Wo ist die Grenze zwischen bedrängender Neugier, die gerade hier etwas ebenfalls sehr Schädliches wäre, und der Bestätigung des gesellschaftlichen Wegsehens, allein dadurch, daß nicht danach gefragt wird. Ich scheue mich nach wie vor, routinemäßig jede Frau im Erstkontakt daraufhin zu befragen. Aber ich frage öfter danach und bemerke vor allen Dingen, daß ich inzwischen häufiger in einem Erstkontakt oder im Verlauf der Therapie selbst auf den Gedanken komme, daß Erlebnisse sexueller Gewalt oder sexuellen Mißbrauchs hier eine Rolle spielen könnten. Habe ich einen solchen Eindruck, so frage ich inzwischen immer.

Wodurch in mir ein solcher Verdacht entsteht, ist schwer zu beschreiben, da er wohl oft durch eine nur leise spürbare Atmosphäre auftaucht. Dennoch will ich versuchen, einige solcher möglichen Hinweise beispielhaft zu vermitteln, ohne jetzt näher auf diese Fälle einzugehen. Zugleich will ich anhand dieser Beispiele weitere therapeutische und konzeptuelle Fragen erörtern.

So fiel mir bei einer Patientin eine mir unerklärliche Scham im Kontakt auf.

Ohne erkennbaren Zusammenhang blickte sie zu Boden, verstummte und schien irgendwie enger, schmaler zu werden, als wolle sie jetzt nur noch in einem Mauseloch verschwinden. Mein Gefühl, es könne sich hier um die Scham- und Schuldgefühle von sexuellen Mißbrauchserlebnissen in der Kindheit handeln, verdichtete sich immer mehr. Das Erstaunliche daran war, daß es mir jetzt so deutlich und typisch erschien und ich dasselbe Bild – bei einer jahrelang zurückliegenden Behandlung dieser selben Patientin – dem Ausdruck ihrer schweren Depressivität zugeschrieben hatte. Solche Erlebnisse hatte ich bei wiederholten Behandlungen mehrmals, was ich auf die Veränderung meiner Wahrnehmung zurückführe. Kommt die häufige Möglichkeit sexueller Gewalterlebnisse als Ursache psychischer Schäden im Bewußtsein der TherapeutIn nicht vor, so wird sie in ihren typischen Auswirkungen auch nicht wahrgenommen. Gerade an solchen wiederholten Behandlungen wurde mir das deutlich. Manchmal schienen mir jetzt solche Eindrücke *so* deutlich, daß ich kaum verstehen konnte, wie ich sie früher hatte übersehen können. Hier bestätigte sich dieser Eindruck, indem die Patientin kurz danach von selbst auf dieses Thema zu sprechen kam.

Bei einer anderen, älteren, Patientin blieb mir trotz aller durchaus verstehbaren Zusammenhänge das Ausmaß ihrer emotionalen Einengung und des Ertragens, ohne sich zu wehren, irgendwie unverständlich. Dazu kam dann von ihr selbst eine bestimmte Art des Suchens nach irgendeinem dunklen Familiengeheimnis, Erzählungen über ihr Nachfragen bei einer Tante, der einzig noch Lebenden aus dieser Generation, die ab einem bestimmten Punkt immer seltsam ausweiche und sage, sie solle lieber nicht in der Vergangenheit graben. Dies Suchen war immer begleitet von einer bedrohlich klammen Atmosphäre, die ich inzwischen nur allzu gut kenne. Als ich diese Patientin dann direkt auf einen möglichen Mißbrauch in der Kindheit ansprach, verneinte sie zunächst klar, sprach über etwas anderes. Nach einiger Zeit jedoch unterbrach sie sich plötzlich selbst, verstummte erschrocken und erschüttert. Ihr war plötzlich eingefallen, daß sie und diese Tante in den Nachkriegswirren von einem Polen vergewaltigt worden waren. Die Tante war danach jahrelang schwer an Syphilis erkrankt. Das schwere Leiden der Tante und damit verbundene Schuldgefühle ihrer Mutter, hatten die gesamte psychische Situation der

Familie maßgeblich geprägt. Die Erinnerung jetzt wirkte bezüglich einer schuldbeladenen und dadurch bis aufs letzte ausnutzbaren Struktur, die sie selbst unbewußt von der Mutter übernommen hatte, wie eine Auflösung. Sie litt sehr unter dieser Übernahme, kam aber aus dem System nicht heraus, da es von diesem dunklen, unergründlichen Etwas zusammengehalten war, was sie für die Zuschiebung von Schuldgefühlen nur allzu empfänglich machte. Über die langen Wege eines unbegreifbaren Familiensystems war sie letztlich selbst zur Schuldigen geworden, die an der Tante für ein Vergehen büßte, was sie nicht nur nicht begangen, sondern was ihr auch selbst angetan worden war.

Sie selbst war auch auf eine mögliche Infektion hin untersucht worden. Als klar war, daß sie nicht infiziert war, wurde nicht mehr darüber gesprochen. Ohne körperliche Folgen wurde die Vergewaltigung eines jungen Mädchens wie nicht geschehen behandelt. Jetzt – über vierzig Jahre danach – konnte sie zum ersten Mal erleben, daß jemand da war, der hören wollte, was ihr geschehen war. Erst jetzt war es ihr möglich, darüber zu weinen. Die tiefe Dankbarkeit, dieses „endlich einmal jemandem erzählt haben zu *dürfen*", welches man als TherapeutIn in solchen Fällen erfährt, hat etwas Beschämendes. Frauen wie diese klagen nicht an. Aber für mich ist es eine Anklage an diese Gesellschaft und damit an uns alle, wenn ein vergewaltigtes Mädchen über vierzig Jahre später dankbar darüber ist, einmal über das, was sie damals erleben mußte, sprechen und weinen zu *dürfen*.

Frauen und Mädchen waren in Kriegszeiten und Nachkriegswirren wohl immer, zusätzlich zu den sonstigen Leiden, der Gefahr von Vergewaltigungen ausgesetzt. Mehr als man es sich bewußt macht, gehört es zum Bild einrückender Soldaten, – unabhängig von Nation, historischen Zusammenhängen und politischen Zielen – daß die Frauen vergewaltigt werden. Das Frauenbild, das darin deutlich wird; die ‚Schändung' der (Männer-)Gruppe durch die Vergewaltigung der Frauen, die Besitz- und Dinghaftigkeit des Frauenbildes, die darin und in der Reihenbildung ‚Rauben, Plündern und Vergewaltigen', erkennbar wird; all das wäre an dieser Stelle des Nachdenkens wert. In meiner persönlichen Annäherung an dieses Thema war es einmal wichtig, mir klar zu machen, daß dies nicht nur ein Klischee der Geschichtsliteratur ist, sondern daß die Selbstverständlichkeit dieses Klischees die Tatsache verstellt, daß real eine große Zahl unserer Mütter, Tanten, Großmütter und älteren Freundinnen Vergewaltigungen erlebt haben. Auch an diesem Punkt fing ich an zu überlegen, wieso so etwas in meinen Behandlungen nicht vorkam. Was die Frauen dieser Generation anbetrifft, habe ich es mir inzwischen tatsächlich angewöhnt, mehr von mir aus nachzufragen. Dies ist z.B. möglich im Rahmen eines Nachfragens, wie sie die Kriegs- und Nachkriegszeit überstanden und erlebt haben; eine Frage, die ich allen vor 1945 geborenen Patienten stelle, seitdem mir eklatant auffiel, daß nur sehr wenige PatientInnen von sich aus – auch über sehr prägende Erlebnisse wie Bombardierung und Flucht – erzählen.

Macht die MusiktherapeutIn keine Anamnese, so denke ich, sollte das Auftreten des eigenen Einfalls im Verlauf einer Behandlung, das eigene Gefühl, es handele sich um eine solche Geschichte, Anlaß genug sein, nach sexuellen Gewalterlebnissen und sexuellen Mißbrauch zu fragen.

Mit einem weiteren Beispiel möchte ich eine Gruppe von Patientinnen ansprechen, bei der die psychischen Folgen vielleicht am gravierendsten sind, weil sie Erlebnisse sexuellen Mißbrauchs in der Kindheit erlebt haben und ihr gesamtes Leben und Erleben durch all das, was damit zusammenhängt, maßgeblich mitgestaltet ist:

Eine Patientin mit zwei Töchtern im Schulalter leidet sehr darunter, daß ihr Mann sich von ihr getrennt hat. Es geht in der Behandlung um die Bewältigung dieser Lebenssituation, die Trauer und ein Verstehen, wie es dazu kommen konnte; wie Sie dies alle kennen. Als

Besonderheit fällt bei dieser Frau aber auf, daß für sie das Leben mit einem Mann, das Erleben einer intimen Beziehung unwiederbringlich und für immer vorbei zu sein scheint. Das bleibt aus der Situation selbst heraus zunächst unverständlich: Sie ist noch recht jung, aktiv und hat gute Beziehungen und ausreichende Kontaktmöglichkeiten. Dieses Fehlen jeglicher Hoffnung, irgendwann einmal wieder eine Liebesbeziehung haben zu können, bringt sie an den Rand der Verzweiflung und des Selbstmordes. Es wird verständlich – und dann veränderbar – auf dem Hintergrund ihrer Erfahrungen als Kind. Auch sie hatte einen Stiefvater und war von diesem über Jahre sexuell mißbraucht worden. Sie hatte eine Zwillingsschwester, der es nicht anders ging. Ging die Matter weg, so gab es immer einen Kampf zwischen den beiden Zwillingen, wer mit der Mutter gehen durfte; denn die, die beim Vater bleiben mußte, war unweigerlich „dran". Sie vermutet, daß ihre Mutter zwar eigentlich wußte, was vor sich ging, es aber verdrängte. Die Mutter litt aber selbst so passiv unter ihrem Mann, daß die Töchter gar nicht auf die Idee kamen, von ihr Schutz und Hilfe zu erwarten. Es wurde nicht darüber gesprochen. Auch das Sprechen der Zwillinge untereinander versiegte unter dem Druck der erzwungenen Konkurrenz um die einzig verbleibende Möglichkeit des Entrinnens, die eben darin bestand, daß der Stiefvater sich an der anderen verging.

Die Abhängigkeit und innere Ohnmacht der Mutter, versteht die Patientin selbst so, daß ihre Mutter wohl immer gemeint habe, sie müsse dankbar sein, daß dieser Mann sie überhaupt geheiratet habe und die Versorgung der Familie gewährleistete. Hintergrund dafür: die Mutter selbst wurde vergewaltigt: aus dieser Vergewaltigung entstanden die Zwillinge. Unwillkürlich mußte ich bei dieser Erzählung denken: „es ist, als ob dieses Entsetzliche kein Ende hätte." Im Verlauf der Behandlung konnten wir dann verstehen, daß auch ihre Hoffnungslosigkeit aus dem Gedanken heraus entstanden war, dies Schicksal habe kein Ende. Ginge sie je eine neue Beziehung ein, so würde sich ihr Schicksal wie automatisch und zwangsweise an ihren Töchtern wiederholen.

Wie wirksam die Verkehrung von Täter und Opfer sein kann, wurde mir in diesem Fall auf wirklich erschütternde Weise an ihrer Vorstellung über die Rechtsverhältnisse deutlich. Der Vergewaltiger ihrer Matter war nie bestraft worden. Er lebte noch im selben Ort, war verheiratet. Seine ehelichen Kinder gingen auf dieselbe Schule wie die Zwillinge. Sie wußte, welches seine Kinder waren und vermutete, daß sie ihnen auch schon begegnet war. Als sie das erzählte und über die finanzielle Abhängigkeit der Mutter von ihrem Stiefvater nachdachte, fragte sie einmal: "Muß eigentlich bei einer Vergewaltigung der Mann auch Alimente zahlen?" Auf mich wirkte diese Frage wie ein Riß in *meinem* System von Realität: an einer Stelle stand plötzlich die Welt auf dem Kopf. Die Bilder paßten nicht mehr zueinander: Durch ein Verbrechen verlor das Opfer seine rechtlichen Ansprüche? (Wie ist das? Muß ich nach einem erfolgreichen Bankeinbruch noch meinen Kredit abbezahlen?) Dieser gefühlsmäßig von mir sehr heftig erlebte Riß kam dadurch zustande, daß ich mich durch diese Frage wohl unvermittelt mit *ihrem* System der Realität konfrontiert fand. Einen ähnlichen Ruck erlebte die Patientin, als ich sehr spontan und reichlich empört sagte: „Ja, dafür kommt er doch eigentlich sogar in den Knast." Plötzlich sah sie selbst, in welchem System sie sich befunden hatte. Erst *von einem anderen Ort aus* war das möglich.

Bei anderen PatientInnen, die als Kinder sexuell mißbraucht worden waren, erlebte ich mit Erschrecken, wie sich häufig solche Erlebnisse im Erwachsenenalter auf furchtbare Art wiederholen, mit Freunden, Ehemännern, Vorgesetzten, Ärzten etc... Hier scheint sich dann das Vorurteil zu bestätigen: ‚die provozieren das doch, die wollen das doch'. Eine genaue Analyse, wie solche Wiederholungen tatsächlich zustandekommen, ist nach meinen Erfahrungen durchaus möglich und für den Umgang mit diesem Thema in der Gesellschaft

ebenso wichtig wie für die Behandlung selbst. Sie hier im Einzelnen darzustellen würde den Rahmen dieses Vortrages überschreiten.

Für eine erste Auseinandersetzung mit dem Thema des sexuellen Mißbrauchs im Kindesalter erscheint es mir an dieser Stelle wichtiger, für eine Weile meine persönlichen Erfahrungen zu überschreiten und Ihnen einige allgemeine Informationen und Erfahrungen anderer weiterzugeben. Ich beziehe mich dabei auf das Buch von Rosemarie Steinhage: „Sexueller Mißbrauch an Mädchen" (1989), das einen Großteil der früheren Literatur, einschließlich der amerikanischen, einbezieht. Es geht mir dabei um die Tendenz, die in diesen Zahlen deutlich wird. Das möchte ich vorwegschicken, weil es natürlich über das Zustandekommen dieser Zahlen im Einzelnen viel zu diskutieren gäbe.

> „Sexuelle Übergriffe durch männliche Familienmitglieder gehören nach US-amerikanischen Untersuchungen zum Alltag jedes vierten Mädchens, ... – Nach Statistiken des Bundeskriminalamtes werden jährlich ca. 10 000 Fälle von sexuellem Mißbrauch an Kindern angezeigt. – Die Dunkelziffer ... wird 20 - 30 mal so hoch geschätzt; d.h. jährlich ... etwa 200 000 - 300 000 Kinder... Sexueller Mißbrauch an Kindern ist ein Delikt, das fast ausschließlich, nämlich zu 98%, von Männern begangen wird (Polizeiliche Kriminalstatistik 1987). In den allermeisten Fällen sind die Täter den Kindern schon vor der Tat bekannt, nur ca. 6% sind ihnen völlig fremd …. Häufig sind es Familienangehörige: Väter, Stiefväter, Großväter, Brüder und Onkel. Geschieht der sexuelle Mißbrauch innerhalb der Familie, so handelt es sich in 50 - 75% aller Fälle um einen Mißbrauch des Vaters oder Stiefvaters an der Tochter .... Die Täter stammen aus allen sozialen Schichten .... Täter sind nicht nur solche Männer, die auch sonst gewalttätig und brutal gegen ihre Frauen vorgeben, sondern auch Männer, die von Außenstehenden als vorbildliche Familienväter beschrieben werden. – Betroffen von sexuellem Mißbrauch sind zu 80 - 90% Mädchen; Jungen bis zu 20%. Mädchen werden überwiegend im engeren Familienkreis von Vätern, Stief-, Pflege-, Adoptiv- und Großvätern oder Brüdern zu sexuellen Handlungen gedrängt. Bei sexuellem Mißbrauch an Jungen sind die Täter in der Regel ebenfalls Männer. Es sind jedoch seltener Vaterfiguren, sondern Personen aus dem weiteren Bekanntenkreis ..., zu dem die Jungen in einem Autoritätsverhältnis stehen.... – Mädchen sind in keinem Alter vor sexuellen Übergriffen geschützt. Auch an Säuglingen und Kleinkindern werden von Vaterfiguren sexuelle Manipulationen vorgenommen .... Am stärksten betroffen sind Mädchen im Alter von 6 - 12 Jahren ...." (Steinhage 1989, S. 12)

Steinhage, die viel mit Kindern und Jugendlichen arbeitet, beschreibt im Folgenden ausführlich, was sie unter sexuellem Mißbrauch versteht, die Handlungen selbst, die emotionalen, psychosomatischen und verhaltensauffälligen Folgen. Insbesondere weist sie hin auf die dramatische Rolle des immer mit sexuellem Mißbrauch verbundenen Gebots der Geheimhaltung, der Isolation von der Mutter und den Folgen des Nicht-Glaubens und Nicht-Wahrnehmens dessen, was geschieht durch die Umgebung. Auch gibt sie eine psychologisch wichtige Unterscheidung zur allgemeinen Kindesmißhandlung und betont die Geplantheit des sexuellen Mißbrauchs durch die Täter, sowie die Tatsache, daß es sich dabei fast immer um eine – oft über Jahre gehende – Wiederholungstat handelt, die oft sogar nach einem Bekanntwerden nicht aufhört.

Ich möchte an dieser Stelle zu der spezielleren Fragestellung meines Vortrags zurückkehren, obwohl mir vieles von dem, was in diesem Buch beschrieben ist, so wichtig erscheint, daß es mir schwerfällt, es nicht zu zitieren, da es als Basisinformation zu einer angemessenen Diskussion eigentlich vor diesen Vortrag gehört. Ich kann dieses Buch

deshalb nur jedem empfehlen, der sich mit diesem Thema auseinandersetzen möchte. Insbesondere auch allen, die mit Kindern arbeiten, da die Autorin auch wichtige Hinweise über den Umgang mit Kindern gibt, die sich aktuell in dieser Situation befinden.

Jeder, der therapeutisch mit Kindern arbeitet, muß m.E. angesichts der Häufigkeit und Verdecktheit sexuellen Mißbrauchs von Mädchen auf dieses Thema aufmerksam sein. Auch wir MusiktherapeutInnen können uns dem nicht entziehen, denn wir wären damit unweigerlich eine weitere Person, die davon nichts hören will. Welche Wirkung das hat, läßt sich beim Lesen des Buches von Manfred Bieler: „Still wie die Nacht. Memoiren eines Kindes“ erleben (1989). Ein Buch, das zugleich ahnen läßt, daß die Aussage, sexuellen Mißbrauch von Jungen durch ihre Mütter gäbe es kaum, vielleicht auch nur auf einem Nicht-bemerken-Wollen beruht.

Nun zurück zu den konzeptuellen Aspekten, die hiermit berührt sind. Ich will meine Position in einigen Stichpunkten explizieren:

1. Das musiktherapeutische Verfahren ist immer vor dem Hintergrund der therapeutischen Begegnung (oder Beziehung) zu sehen, in der es stattfindet. Das, was in dieser Begegnung psychologisch geschieht, ist wirksam – im förderlichen wie im schädigenden Sinne. Diese Wirksamkeit ist durch methodische Entscheidungen nicht aufhebbar. Beachtet man Wirksamkeit der Beziehung in seinem Konzept nicht, so entfalten sie sich deshalb nicht weniger, sondern eben nur unbeachtet und damit jenseits methodischer Kontrolle und Reflexion.

2. Das, was in einer Beziehung entsteht, ist nicht ohne Wirkung delegierbar. Die Wirkung einer Delegation muß deshalb reflektiert werden, denn es kann, wie im Zusammenhang unseres Themas, eine Wirkung sein, die frühere Traumatisierungen wiederholt und damit schädlich ist.

3. Daraus kann folgen: jeder, der therapeutisch arbeitet, muß in der Lage sein, das weiterzubehandeln, was in der therapeutischen Begegnung auftaucht. Anders ausgedrückt: der Aspekt der therapeutischen Beziehung muß als Angebot für die PatientIn immer ganzheitlich sein, er ist von der TherapeutIn aus nicht fraktionierbar. (Das spricht allerdings nicht gegen eine Kombination verschiedener Therapieverfahren, bei denen den PatientInnen die Möglichkeit gegeben ist, ihre Beziehung zu den einzelnen Personen der TherapeutInnengruppe *von sich aus* in unterschiedlicher Art zu gestalten und die TherapeutInnengruppe in einem konstruktiven Austausch darüber steht.)

4. Vergewaltigung und sexueller Mißbrauch sind ein Thema, bei dem die Tabuierung und die Verkehrungsmechanismen, die der Erhaltung des status quo dienen, so stark gesellschaftlich verankert und ‚flächendeckend' wirksam sind, daß das Fehlen einer besonderen Resonanz nicht Nichts ist, sondern eine Verstärkung des schädlichen allgemeinen Umgangs mit diesem Thema. Zur Entwicklung einer solchen besonderen Resonanz, die geeignet ist, ein Erzählen solcher Erlebnisse erst zu ermöglichen, bedarf es der Auseinandersetzung mit dem Ausmaß sexueller Gewalt und der Reflexion der in diesem Zusammenhang wirksamen psychischen und gesellschaftlichen Mechanismen.

5. Diese Tatsachen erlauben durch den ihnen eigenen Charakter keinen Dispens: Sie gelten für MusiktherapeutInnen nicht mehr und nicht weniger als für alle TherapeutInnen.

6. Das Gesagte gilt sicherlich auch für andere Themenbereiche, bei denen Mechanismen, die psychisch krank machen, gesellschaftlich verankert und das Benennen der Tatsachen ‚flächendeckend' tabuiert ist, da bei all solchen Themen damit zu rechnen ist, daß auch das Bewußtsein der TherapeutInnen denselben Mechanismen unterliegt wie das des gesellschaftlichen Konsenses.

Bei diesen konzeptuellen Ansichten stellen sich natürlich viele Fragen. Ich möchte im Moment nur auf zwei davon eingehen, weitere können wir vielleicht später gemeinsam erörtern. Die erste Frage, die in solchen Zusammenhängen oft entsteht ist die, ob MusiktherapeutInnen denn kompetent sind, solche Themenbereiche zu behandeln. Die gleiche Frage taucht ja auch in anderen Zusammenhängen auf, etwa in Bezug auf Träume, das Ansprechen von Konflikten oder konkreten Alltagsproblemen. Für mich gibt es hier eigentlich nur eine (psychologisch) logische Antwort; nämlich die, daß die Aus- und Weiterbildung der Musiktherapeutinnen so sein muß, daß sie in der Lage sind, alle in der therapeutischen Begegnung auftauchenden Situationen verantwortlich aufgreifen zu können. Mit anderen Worten: Die Ausbildung der MusiktherapeutInnen hat sich nach den Notwendigkeiten der therapeutischen Begegnung zu richten, nicht die Begegnung nach einer unzureichenden Ausbildung.

Die zweite Frage, die sich hier sicher stellt, ist die, was kann denn die Musiktherapie hier *Besonderes* leisten, was hat sie anderen Therapieformen, insbesondere den rein verbalen bei dieser oder jener Problematik *voraus*. Diese Frage kommt mit einer solch ungebrochenen Zwangsläufigkeit, daß man tatsächlich das Gefühl hat, sie stelle *sich* – wie von selbst. Entsprechend sind wir es gewohnt, mit glanzvollen Fallberichten oder klischeehaften Idealisierungen über die besonderen Kräfte der ‚Musik als solcher' darauf zu antworten.

Ich möchte mir hier im internen Kreis einmal erlauben, die Frage selbst erst einmal in Frage zu stellen. Wo kommt die Frage her? Ist es überhaupt eine methodische oder gar wissenschaftliche Fragestellung? Muß ein musiktherapeutisches Konzept auf diese Frage eingehen?

Erlauben Sie mir ein paar ungeordnete ‚freie Einfälle': Ich stelle mir gerade vor, wie es wäre, einen ausübenden Musiker zu fragen, was er mit seinem Konzert einer Dichterlesung *voraus* hat und von der Antwort abhängig zu machen, ob er auftreten darf oder nicht. Oder die Malerei erst wieder zuzulassen, wenn sie ihre Überlegenheit über das geschriebene Wort nachgewiesen hat. Vielleicht etwas abwegig? Hier geht es doch um Fragen der Gesundheit, könnte man einwenden. Gut. Sport soll ja auch der Gesundheit dienen. Aber können Sie sich vorstellen, daß eine neue Sportart nachweisen muß, besser der Gesundheit zu dienen als eine bereits etablierte, damit sie ausgeübt werden darf? Nun gut, kann man jetzt sagen, hier geht es aber nicht um Kunst oder Sport, sondern um den Nachweis der Wirksamkeit einer Behandlungsmethode. Just für einen solchen Nachweis reicht m.E. aber eine Darstellung dessen, ob *und* wie eine Behandlungsmethode funktioniert. Die Forderung, sie müsse *besser* funktionieren als etwas anderes ist keine wissenschaftliche Forderung.

„Aber!", bekommen wir an dieser Stelle dann meist zu hören: „Bevor wir die Musiktherapie im Gesundheitswesen zulassen, muß doch nachgewiesen sein, was sie bei bestimmten Problemen besser kann als die bisherigen Behandlungsmethoden." So macht die Frage dann einen Sinn – und entlarvt zugleich ihre Herkunft. Sie entpuppt sich als eine rein wirtschaftliche Frage, als eine Machtfrage, wer mit welcher Tätigkeit Geld verdienen darf. Vornehmer ausgedrückt als eine sozialpolitische. Auf dieser Ebene aber müßte es reichen, wenn wir zeigen können, daß wir nicht schlechter sind als die anderen – und nicht teurer. Der Rest wäre nach den Prinzipien der zur Zeit so viel beschworenen freien

Marktwirtschaft eine Frage von ‚Angebot und Nachfrage', Glück oder gekonnter Werbung oder – in der etwas sozialeren Fassung – die einer sinnvollen und fairen Verteilung zwischen den verschiedenen betroffenen Gruppen derer, die eine psychotherapeutische Behandlung leisten können.

Die Unterscheidung zwischen tatsächlich methodischen Fragen und wirtschaftlichen Machtfragen erscheint mir aus zwei Gründen wichtig:

Erstens, weil durch ihr Fehlen alle neuen Therapieverfahren dazu gezwungen oder verführt werden, zu betonen, was sie besser, schneller, großartiger können als die anderen. Nicht selten wird dazu ja dann auch der Weg gewählt, die anderen zu degradieren. Ich halte den Schaden, der aus diesem albernen und überflüssigen Konkurrenzkampf einer sinnvollen und förderlichen Zusammenarbeit entsteht für ziemlich groß: damit auch für die PatientInnen.

Nicht weniger groß schätze ich zweitens die Gefahr ein, die auf diese Weise intern für die Weiterentwicklung der einzelnen Methoden selbst besteht. Am Beispiel der Musiktherapie: wenn wir immer nachweisen müssen, etwas besser zu können, neigen wir zu Idealisierungen, müssen die Mühsamkeit der alltäglichen Arbeit verstecken, verlieren vielleicht sogar in der Behandlung selbst die notwendige Ruhe, uns auf das langsame Tempo seelischer Veränderung einzulassen. Das kann zu einer Sucht nach kathartischen Momenten führen, weil sich die besser präsentieren lassen.

Wie einschränkend es ist, sich diesem Zwang zu unterziehen, wurde mir auch bei der Vorbereitung dieses Vortrags deutlich. ‚Muß ich nicht ein musiktherapeutisches Fallbeispiel bringen, wenn ich im Rahmen einer musiktherapeutischen Berufsverbandstagung über dieses Thema sprechen will? Muß ich nicht vor allem aufzeigen, was die *Musik*therapie hier Spezielles kann?' Ich merkte dann aber, daß ich dafür schon den größten Teil der zur Verfügung stehenden Zeit benötigt hätte und daß es dadurch unmöglich wird, über all die anderen Dinge zu sprechen, die mir aus meinen musiktherapeutischen Erfahrungen heraus mit diesem Thema so wichtig sind. Fast mit etwas Trotz merkte ich, daß ich mit KollegInnen auch einmal über all die *anderen* Erfahrungen, Erlebnisse und Einsichten sprechen möchte, die ich in meiner Arbeit mache, und daß ich mich nicht festlegen lassen will, immer nur darüber sprechen zu dürfen, wie denn das mit der Musiktherapie funktioniert. Wenn sie mir noch etwas Trotz erlauben: das weiß ich doch längst und es gibt anderes, was mich zur Zeit mehr interessiert und von dem ich glaube, daß es auch ein wichtiger Teil der Musiktherapie ist, wenn auch nicht unbedingt der, in dem sie sich von anderen Therapien unterscheidet.

Das hat – neben meinem persönlichen Trotz – auch etwas mit der Frage nach den Konzepten zu tun: die Musiktherapie muß m.E. ihre Existenzberechtigung nicht aus ihrer *Besonderheit* heraus rechtfertigen, sondern lediglich aus ihrer Qualität heraus. Das bedeutet zum Teil mehr und zum Teil weniger, als es üblicherweise gefordert wird. Mehr im Hinblick auf die Unmöglichkeit des Dispenses von bestimmten Tatsachen der therapeutischen Begegnung, des Übertragungsgeschehens und den uns umgebenden gesellschaftlichen Bedingungen. Weniger, weil wir uns damit entlasten von dem Beweis, *besonders (großartig)* sein zu müssen.

Diese Überlegungen lösen natürlich nicht den berufspolitischen Aspekt dieser Frage, also den des wirtschaftlichen Kampfes. Aber sie rücken ihn vielleicht an die richtige Stelle. Es wäre m.E. auch zu überlegen, ob es nicht auch sinnvoll sein könnte, eine Haltung, wie ich sie hier vorgetragen habe, auch berufspolitisch zu vertreten.

Abschließend möchte ich Ihnen allerdings versichern, daß ich auch mit dem Austausch von musikalischer Improvisation und Sprache in einigen Fällen dieses Bereichs durchaus gute Erfahrungen gemacht habe. Weniger, wenn es darum geht, erstmals über solche Erlebnisse zu sprechen. Da erscheint mir das Sprechen mit der Möglichkeit der Analyse auch der gesellschaftlichen Realität und Verflechtung zunächst vorrangig. Die Patientin braucht zunächst ein Gegengewicht gegen die gesellschaftlichen Verkehrungen, die sie bisher meist erlebt hat. Dazu sind Informationen und erklärende Worte notwendig. Auch die bessere Kontrollmöglichkeit, die die Patientinnen im Sprechen darüber haben, wie weit sie sich dem Erlebten jetzt gefühlsmäßig aussetzen möchten, ist hier dringend notwendig, will man weitere psychische Überwältigungen vermeiden.

Die Möglichkeiten des Improvisierens können aber dann ein gutes Angebot sein, wenn es zu späteren Zeitpunkten um ein Ausloten der eigenen Gefühle geht, darum, sie ausbreiten zu können, ihnen Raum und Gehör zu verschaffen, sie im (Wieder-)hören wahrzunehmen und auch für wahr zu nehmen. Auch im Sinne einer allmählichen strukturellen Veränderung, die in diesen Fällen oft notwendig ist, eignet sich der Austausch von Musik und Sprache, wie wir dies aus anderen Erfahrungen heraus kennen. Ich bin gerne bereit, dies ein andermal an einem ausführlicheren Fallbericht zu verdeutlichen.

Ich möchte schließen mit einer Aufzählung dessen, was in diesem Vortrag sonst noch alles fehlt:

- Die Frage nach den Tätern und danach, warum sie mir bei der großen Zahl meiner Patienten noch nie begegnet sind.
- Die Auseinandersetzung mit den feministischen Theorien und Thesen, ihrem gesellschaftlichen Sinn und ihren Gefahren.
- Die Auseinandersetzung mit der Geschichte der Psychoanalyse und mit der Frage nach den Auswirkungen dieser Erfahrungen auf Teile der psychologischen Theoriebildung.
- Die rechtliche Situation und ihre psychischen Gründe und Folgen.
- Eine psychologische Definition des sexuellen Mißbrauchs.
- Die psychologischen Gründe der Notwendigkeit des Inzesttabus und die Tatsache der Übertretung dieses Tabus in Therapien selbst und ihre Auswirkungen.

LITERATUR:

Bieler, Manfred (1989): Still wie die Nacht. Memoiren eines Kindes, Hamburg

Steinhage, Rosemarie (1989): Sexueller Mißbrauch an Mädchen. Ein Handbuch für Beratung und Therapie. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg

Musik und Sprache als Mittel in psychologischer Behandlung und Forschung[8]

REIHENBEITRAG

2.3

1. Das Gemeinsame von Musik und Sprache als Mittel in der Behandlung von Krankheiten

Die Wende: Worte als Mittel der Behandlung

Was das Gemeinsame daran ist, mit Sprache und Musik Krankheiten zu behandeln, läßt sich zunächst an einer Differenz aufzeigen: Krankheiten werden seit der Wende der Medizin zu einer naturwissenschaftlichen Disziplin im Grunde mit zwei Kategorien von Mitteln behandelt: entweder mit biologisch-chemischen oder mit physikalischen.

Eine biologisch-chemische Beeinflussung liegt bei allen Behandlungen mit Medikamenten vor (wovon die ‚Medizin' ja auch ihren Namen hat), seien dies nun Kräutertees, Bachblüten oder die modernen allopathischen Medikamente. Alle weiteren Behandlungsverfahren der Medizin sind – auf dieser Ebene betrachtet – physikalische Beeinflussungen: darunter fällt der gesamte Bereich der operativen Medizin mit ihren direkten mechanischen Eingriffen in den Körper oder z.B. fast alles, was ein Zahnarzt tut; aber auch Behandlungsmethoden wie z.B. Massagen, Bäder, Heilgymnastik oder Elektrotherapie.

Natürlich ist dies eine sehr grobe Einteilung, die zunächst etwas merkwürdig anmutet. Weitere Differenzierungen sind innerhalb der Medizin von großer Bedeutung, etwa zwischen biologischen oder chemischen Mitteln, sonst gäbe es ja nicht so heftige Debatten zwischen Vertreterinnen der allopathischen und homöopathischen Medizin und natürlich haben eine Masseurin, eine Zahnärztln und eine Chirurgln nicht gerade den Eindruck, die gleiche Art von Behandlung zu machen.

Ich mache diese merkwürdige kategoriale Einteilung hier deshalb, um daran deutlich zu machen, welche fundamentale Wende darin bestand, daß FREUD begann, Krankheiten mit dem Mittel der Sprache zu behandeln. Auch diese Betrachtungsweise, die Psychoanalyse somit als ‚Sprachtherapie' zu bezeichnen, mutet zunächst vielleicht etwas merkwürdig an. Sie kann aber helfen, einen Aspekt der Psychoanalyse zu beleuchten, der zum einen der historischen Wende gerecht wird, die FREUD mit der Entdeckung der Psychoanalyse in die Geschichte der Heilkunst brachte; eine Wende, die eine kategorial

---

[8] In: Spielen und Sprechen in der Musiktherapie. In: Spiele der Seele. Hg: H.-H. Decker-Voigt, Trialog-Verlag, Bremen 1992, 121-144

bedeutsame ist, und damit dem vergleichbar, was wir in der Wissenschaft einen Paradigmenwechsel nennen würden.

An dieser Stelle ist ein kurzer Einschub wichtig: Die Wende, die ich hier mit dem Werk FREUDs eingeleitet sehe, bezieht sich auf die historische Situation, in der sich die naturwissenschaftliche Medizin durchgesetzt und etabliert hatte. Es ist also eine Wende in bezug auf die Medizin seit etwa dem 19. Jahrhundert, welche ihrerseits eine Wende war, eben zur naturwissenschaftlichen Fundierung der Medizin. Vor dieser Wende kannte die Heilkunst auch andere Mittel, andere Begründungszusammenhänge sowie eine andere Zusammenstellung ihrer Bereiche. Denken Sie etwa daran, daß die Zahnbehandlung einmal zum Beruf des Friseurs und Barbiers gehörte, für seelische Störungen vielleicht der Pfarrer oder in anderen Kulturen der Schamane zuständig war usw. Aus diesen Gründen greift die musiktherapeutische Literatur in ihren Ableitungen ja oft auf Musikbehandlungen alter Zeiten oder fremder Kulturen zurück und sagt dann, Musiktherapie habe es immer schon gegeben, was aber – wenn man allzu direkte Anknüpfungen sucht und die Inkompatibilität mit der heutigen naturwissenschaftlichen Medizin nicht berücksichtigt – zu allerlei Ungereimtheiten führen kann. Die Musiktherapie in einen Zusammenhang mit den verschiedenen Paradigmen der Heilkunst zu stellen, ist sicher ein lohnendes Unterfangen, führt aber hier zu weit, so daß ich es bei dieser Erwähnung lassen möchte und Sie nur bitte, die Wende von der ich hier spreche und die Differenz auf die naturwissenschaftlich begründete Medizin seit dem 19. Jahrhundert zu beziehen.

Der Blick auf die Psychoanalyse als ‚Sprachtherapie' und ‚Sprachforschung' ist für uns als MusiktherapeutInnen auch deshalb von Bedeutung, weil er uns helfen kann, der Musiktherapie einen Ort zu geben, wenn Sie wollen eine Beheimatung. Einen Ort, der erst entstanden ist durch das Werk FREUDs, der gezeigt hat, daß es noch andere Mittel der Behandlung von Erkrankungen gibt als biologisch-chemische oder physikalische, indem er die ‚Behandlung durch Worte' eingeführt hat. Von da aus ist es nämlich nur ein kleiner und im Grunde fast sich notwendig und logisch ergebender Schritt, auch musikalische, bildnerische, bewegungsgestalterische Mittel in die Behandlungsmethoden einzuführen. Deshalb ist diese Seite der Psychoanalyse für uns wichtig und kann ein Schlüssel für die Begründung musiktherapeutischer Behandlung sein.

Ausflug: FREUD und die Sprache

Ich möchte deshalb jetzt zunächst einen kleinen Ausflug in das Werk FREUDs unternehmen, um den Aspekt der Psychoanalyse als Einführung der ‚Sprache als Mittel in psychologischer Behandlung und Forschung' – quasi als der einen Hälfte des Titels meinen Vortrags – aufzuzeigen:

In den Studien über Hysterie von 1895 finden wir den von Anna O. geprägten Begriff der ‚Redekur'(1). Schon zuvor in dem Aufsatz „Psychische Behandlung" von 1890 geht FREUD auf die fundamentale Bedeutung des Wortes in seiner neuartigen Behandlung ein. Er schreibt: „Psychische Behandlung will .... besagen: Behandlung von der Seele aus, Behandlung – seelischer oder körperlicher Störungen – mit Mitteln, welche zunächst und unmittelbar auf das Seelische des Menschen einwirken. Ein solches Mittel ist vor allem das Wort, und Worte sind auch das wesentliche Handwerkszeug der Seelenbehandlung" (Freud 1895, S. 17)(2). In diesem Sinne tut die Musiktherapie nichts anderes, als dem Handwerkszeug des Wortes das Handwerkszeug der Musik hinzuzufügen.

> An dieser Stelle ist eine Differenzierung der FREUDschen Behandlungsmethode von Bedeutung, die auch eine wichtige Unterscheidung in der Musiktherapie ist: In

dem eben genannten Aufsatz geht FREUD noch von der Technik der Hypnose aus und versteht den Einsatz des Wortes in einem fast magischen Sinne. Auch in der Musiktherapie gibt es ja Vorgehensweisen, in denen Musik so – als ein quasi einseitig auf den Menschen einwirkendes Mittel – verstanden wird. Sie kennen die verschiedenen Aufsätze, in denen bestimmten Musikstücken eine bestimmte psychische Wirkung zugeschrieben wird; zu erwähnen sind hier auch die in der New-Age-Bewegung auftauchenden Kassetten, die Gesundung oder Bewußtseinserweiterung mit ‚meditativer Musik' oder auch mit Musik und hörbaren oder nicht hörbaren Texten zu erreichen suchen.

Auch die anthroposophische Musiktherapie ist hier zu nennen, die als eines ihrer Behandlungsmittel ebenfalls eine direkte (magische) Beeinflussung durch Musik auf die Patientin kennt – hier allerdings mit Musik, die von der Therapeutin selbst gestaltet wird oder indem die Patientin angeleitet wird, bestimmte vorgegebene musikalische Strukturen oder auf bestimmten Instrumenten zu spielen, denen eine bestimmte Wirkung zugeschrieben wird.

Die vielfältigen Gründe, warum FREUD von der Technik der Hypnose und den Versuchen direkter suggestiver Beeinflussungen seiner Patientinnen Abstand nahm, darf ich vielleicht als bekannt voraussetzten. (Ansonsten lassen sie sich gut nachvollziehen etwa durch die Lektüre der Schriften, die im Ergänzungsband der Studienausgabe unter dem Titel ‚Schriften zur Behandlungstechnik' erschienen sind(3). Meines Erachtens sprechen dieselben Gründe auch gegen eine Anwendung der Musik im magischen Sinne, auch wenn die entsprechenden Verfahren nicht im engeren Sinne mit Hypnose arbeiten.

Aber auch durch die Veränderung der Behandlungstechnik hindurch behält FREUD die Sichtweise der ‚Heilung durch Worte' bei. In „Die Frage der Laienanalyse" von 1926 erklärt FREUD dem ‚Unparteiischen' – als dem imaginären Gesprächspartner, dem er seine neue Behandlungsmethode erklärt das Vorgehen des Analytikers mit dem Patienten so: „Es geht nichts anderes zwischen ihnen vor, als daß sie miteinander reden. (...) Der Analytiker bestellt den Patienten zu einer bestimmten Stunde des Tages, läßt ihn reden, hört ihn an, spricht dann zu ihm und läßt ihn zuhören"(4). Den ‚Unparteiischen' läßt er provokativ fragen: „Weiter nichts als das? Worte, Worte, und wiederum Worte, wie Prinz Hamlet sagt?" (ebd.) Daß „der Zauber des Wortes Krankheitserscheinungen beseitigen kann"(5), wie es 1890 – als FREUD noch nach dem hypnotischen Verfahren arbeitete, heißt – wird nun – nach den mühevollen Erfahrungen mit den Problemen der Übertragung und des Widerstandes – anders verstanden. Jetzt heißt es: „ .....es wäre Zauberei, wenn es rascher wirken würde. Zum Zauber gehört unbedingt die Schnelligkeit, man möchte sagen: Plötzlichkeit des Erfolges. Aber die analytischen Behandlungen brauchen Monate und selbst Jahre; ein so langsamer Zauber verliert den Charakter des Wunderbaren." Und dennoch heißt es auch hier weiter über das Wort: „Wir wollen übrigens das Wort nicht verachten. Es ist doch ein mächtiges Instrument, es ist das Mittel, durch das wir einander unsere Gefühle kundgeben, der Weg, auf den anderen Einfluß zu nehmen. Worte können unsagbar wohltun und fürchterliche Verletzungen zufügen"(6).

Von diesem Blick auf die Psychoanalyse aus läßt sich die Wende, die FREUD in die Heilkunst brachte, in folgenden Zusammenhang stellen:

1. Die naturwissenschaftliche Medizin behandelt Krankheiten mit physikalischen und biologisch-chemischen Mitteln.

2. Mit FREUD gelingt eine grundlegende Erweiterung, indem er mit der Sprache ein kategorial unterschiedenes Mittel in die Behandlung von Krankheiten einführt. Der kategoriale Unterschied besteht darin, daß Sprache ein seelisches Mittel ist; ein Mittel, welches in seiner Besonderheit und in seiner Qualität – also in dem, was Sprache zur Sprache macht – nicht physikalischen oder biologisch-chemischen Naturgesetzen unterliegt; ein Mittel, welches vielmehr als kulturelle Errungenschaft des Menschen eine völlig andersartige Art der Beeinflussung mit anderen Gesetzmäßigkeiten darstellt. Entscheidend ist hierbei, daß FREUD sich von wissenschaftlichen und systematischen Überlegungen leiten ließ und eine Theorie des Psychischen entwickelte, aus der heraus sich bis dahin nur schwer faßbare Phänomene verstehen und erklären ließen. (Das ist der Unterschied etwa zu früheren Anwendungen von Worten in Behandlungsformen.)

3. Nachdem dieser kategoriale Sprung, bzw. der damit verbundene Paradigmenwechsel, historisch geschehen ist, ist es möglich, daß auch die anderen kulturellen Errungenschaften des Menschen, also Musik, bildende Kunst und die Bewegungskünste, sowie ihre Zwischenformen – etwa die Theaterkünste – in ihren Möglichkeiten für die Behandlung von Krankheiten erforscht und angewandt werden.

Psychästhetische Mittel

Die Zusammenfassung dieser Mittel unter einen Begriff birgt einige Schwierigkeiten. Sie einfach unter dem Begriff *‚seelische Mittel'* zu subsumieren, führt zum einen in die heftigsten Debatten über die Abgrenzung zwischen seelischem und geistigem Bereich, einer historisch außerordentlich komplexen Thematik. Zum anderen treffen wir auf das Problem, daß wir bestimmte seelische Bereiche für gewöhnlich auch den Tieren zugestehen würden, dennoch ist die Vorstellung dieser neuen Art von Behandlung in der Tiermedizin ein wenig absurd. Ein Problem, welches zwar praktisch keine sonderliche Bedeutung hat, an dem aber deutlich wird, daß die Besonderheit dieser Mittel in der Behandlung von Krankheiten einen Zusammenhang zur menschlichen Kultur und den sogenannten Kulturtechniken oder kulturellen Errungenschaften des Menschen hat. Genauer gesagt:

> Die ‚neuen Mittel' tauchen alle auch als die Mittel der verschiedenen Künste auf.

Und hier stimmt auch der reziproke Zusammenhang:

> Die unterschiedlichen Formen der Kunst tauchen jetzt alle auch als Mittel der Behandlung auf. Die Wissenschaft von den Gesetzmäßigkeiten, den Wirkungszusammenhängen und Regeln der Künste ist die Ästhetik.

Ästhetik hier nicht verstanden in seiner eingeschränkten Bedeutung als bloße ‚Lehre vom Schönen', sondern so wie sie ursprünglich verstanden wurde als die Lehre von der Sinneserkenntnis und als Lehre von den Bedingungen, Gesetzen und Regeln der Künste als praktizierte Sinneserkenntnis.

Mir scheint daher der SALBERsche Begriff der Psychästhetik[7] geeignet, zugleich auf den seelischen und den an die Kultur und Kunst gebundenen Aspekt dieser neuen Mittel zu verweisen. Ich möchte sie deshalb hier als psychästhetische Mittel zusammenfassen.

Variation: Mittel menschlicher Kommunikation

Eine Variation, die einen anderen Aspekt der neuen Mittel betont, findet sich in dem Gedanken, daß alle diese Mittel Mittel menschlicher Kommunikation sind. In bezug auf die **Sprache** ist dies am augenfälligsten. Wir kennen Sprache auf der einen Seite in ihren künstlerischen Formenbildungen. Aber ich spreche ja auch jetzt zu Ihnen, ohne damit künstlerisch tätig zu sein. Wir benutzen Sprache zur alltäglichen Verständigung: beim Einkaufen ebenso wie beim Erteilen von Befehlen; wir schreiben Briefe, stellen Zeitungen her mit den täglichen Nachrichten, halten Vorträge, versuchen uns gegenseitig zu beeinflussen, schließen Verträge und streiten oder verständigen uns über wissenschaftliche Fragestellungen.

Eine ähnliche Breite und Vielfalt an Kommunikationsbereichen für **Musik** und **bildende Kunst** aufzuzeigen, erweist sich allerdings als nicht ganz so einfach – während dies für den Bereich der **Bewegung** wiederum sehr augenfällig ist. Betrachten wir die Musik, so scheint es zum einen nicht so deutlich einen Bereich an alltäglicher Kommunikation mit musikalischen Mitteln zu geben; zum anderen taucht der Bereich der wissenschaftlichen Kommunikation im Bereich der Musik und der Bewegung nicht, im Bereich des Bildes nur bedingt, auf. Hier stoßen wir offensichtlich auf Merkmale, in denen sich die Mittel unterscheiden und anhand derer wir ahnen, daß der Sprache unter den Kulturleistungen eine Sonderrolle zukommt. Auf beides werde ich im zweiten Teil etwas näher eingehen.

Dennoch gilt aber auch Musikalisches, Bildnerischer und Bewegungsgestaltendes mit Recht als Mittel menschlicher Kommunikation; auch unsere Bewegungsformen und Gesten, der Klang unsere Stimme, der Tonfall unserer Rede nehmen Einfluß auf unsere Verständigung; tragen dazu bei, ob wir uns verstehen oder mißverstehen, lieben oder hassen. Unser körperliches Aussehen, wie wir uns kleiden, wie wir unsere Wohnung einrichten, veranlaßt unser Gegenüber zu Einschätzungen über unser Wesen und unsere Eigenart.

In bezug auf die Musik ist es zum Teil auch ein begriffliches Problem, warum wir die Alltagsformen des Musikalischen nicht so ohne weiteres auffinden. Wir müssen das Wesen des Musikalischen schon etwas auffächern, damit z.B. deutlich wird, daß viele Formen der frühen Verständigung zwischen Mutter und Kind in ihren Strukturierungsmerkmalen musikalische Gestaltbildungen sind, die als solche – wie wir wissen – dann auch in den späteren Formen nicht verloren gehen. Darüber werden Sie in dem morgigen Vortrag einiges mehr hören.

Über die Beschäftigung mit der **Etymologie des Wortes ‚Kommunikation'** kann uns diese Variation bei unserem Thema der psychästhetischen Mittel der Behandlung weiterführen: folgt man den angegeben Pfaden des etymologischen Duden[8], so wird man von Kommuniqué über Kommune bis zu Meineid geführt und erfährt dabei (u.a.) folgende Zusammenhänge:

> Das lateinische Wort ‚communicare', welches uns ja in so vielfältigen Zusammenhängen der Regulierung menschlichen Miteinanders begegnet wie z.B. in der Kommunion und der Kommune, dem Kommunismus und eben der Kommunikation, heißt:

1. vereinigen, gemeinsam machen, zusammenlegen;
2. teilen, mitteilen, teilnehmen lassen, Anteil nehmen oder haben
3. sich beraten, besprechen.

Wir spüren hier etwas vom ‚Gegensinn der Urworte', der auch FREUD so fasziniert hat: vereinigen und teilen. Der Gegensinn dieses Begriffs zeigt uns zugleich, wie unterschiedlich ein Zusammenhang auf physikalischer oder psychologischer Ebene sein kann. Im Bereich der materiellen Dinge ist es ein kontradiktorischer Gegensatz, ob ich einen Stoff teile, indem ich etwa Salz aus Meerwasser gewinne, oder zwei Stoffe vereinige, indem ich Salz in mein Kartoffelwasser schütte. An einem anderen Beispiel zeigt sich das gegenseitig Ausschließende auch in der Tätigkeit, denn um einen Kleiderstoff zu teilen, muß ich schneiden, um zwei Stoffe zu vereinigen, nähen. Für beides dasselbe Wort zu haben, erscheint hier unsinnig und könnte in der Kommunikation zu üblen Mißverständnissen führen.

Im seelischen Bereich menschlichen Kommunizierens hingegen verweist der Gegensinn auf eine Realität, die in ihrer Paradoxie mit diesem Begriff genau richtig ‚begriffen' ist. ‚Geteilte Freude ist doppelte Freude, geteiltes Leid halbes Leid', sagt der Volksmund und es gibt ganze Bücher und Gedichtbände, die sich mit der Tatsache beschäftigen, daß das ‚Austeilen' von Liebe seltsamerweise nicht dazu führt, daß sie weniger wird. Von den Romantisierungen, die darin natürlich oft auch stecken, einmal abgesehen, finden wir hier aber auch einen psychologisch bedeutsamen Zusammenhang: Das, was an seelischen Strukturen, an Vorstellungen, Wahrnehmungen und Empfindungen allen gemeinsam ist, das können wir einander problemlos mitteilen. Es meint dasselbe, wenn wir sagen: diese Vorstellung ist uns gemein oder wir teilen diese Vorstellung. Damit etwas uns allen gemein wird, gemeinsam verfügbar ist, muß es mitgeteilt werden oder einmal mitgeteilt worden sein. Dazu haben wir unsere ‚Mittel', von denen hier die ganze Zeit die Rede ist. LORENZER[9] u.a. verweisen auf die Konsensbildung durch Sprache: die Sprache formt in Begriffe, Worte, Grammatik, was allen oder vielen gemeinsame Erfahrung, Empfindung, Vorstellung ist. Anderes grenzt sie aus, dafür haben wir keine Worte. Aber das Ausgegrenzte, das, was nicht gesagt werden kann, findet sich wieder in den anderen Mitteln und Künsten: in Musik, Bildender Kunst, Tanz etc. Dort ist es uns wieder gemeinsam.

Hinweise auf Ausgelassenes

Betrachten wir die neuen Mittel als Kommunikation, so haben wir zum einen den Zugang zu der Bedeutung der Begegnung, die jede Psychotherapie ist, und wir könnten an dieser Stelle jetzt auch fortfahren, indem wir uns mit dem Aspekt der Beziehung, ihrer Bedeutung für die Psychotherapie überhaupt, die Besonderheit der Beziehungssituation in der Musiktherapie und die Regeln für den Umgang mit der Beziehung auch als Behandlungstechnik – beschäftigen.

Auch die vielfältigen Forschungen im Bereich der Kommunikationswissenschaft – Sie kennen die wichtigen Erkenntnisse der Kommunikationstheorie (WATZLAWICK u.a.)[10] – sind eine Richtung, in die Sie an dieser Stelle weiterdenken könnten. Ich denke, daß sich auch aus diesen Theorien und Forschungen wichtige Begründungszusammenhänge für die Musiktherapie ergeben.

Reprise: Mittel, Kommunikation, Vermittlung, Austausch

Das deutsche Wort ‚gemein', das ja ebenso viele Verzweigungen hat wie das lateinische ‚communis', (Gemeinwesen, die Allgemeinheit, Gemeinde, gemeinnützig, aber auch Gemeinplatz und in der Negativbedeutung von: „Du bist gemein.") zeigt uns einen weiteren psychologisch interessanten Zusammenhang: die indogermanische Wurzel ‚mei' bedeutet ‚wechseln, tauschen'. In dem Wort Meineid daher in der Negativbedeutung ‚verwechseln, vertauschen', daher einen ‚falschen Eid leisten'. Wechseln, tauschen, in einen Austausch bringen, hat ursprünglich die Bedeutung von ‚mehreren abwechselnd zukommend', woraus sich dann der Wortstamm unseres ‚gemeinsam' ableitet(11).

Gelingt der Austausch zwischen einem sich entwickelnden Kind und seiner menschlichen Umgebung, so wird Sprache zur Vermittlung. Sie bildet eine Mitte, ein Mittelding, einen mittlerer Raum zwischen dem Kind und den anderen, in dem sich etwas austauscht, in dem unterschiedliche und bisweilen widersprechende Wünsche, Ansprüche und Bedürfnisse eine förderliche Vermittlung erfahren können. Die Mitte zwischen dem Kind und seiner Ungebung kann aber auch ein Raum sein, in dem dauernd alles vertauscht und verwechselt wird. Sprache leistet dann eine Fülle von ‚Meineiden', beteuert etwa das Gegenteil von dem, was die Handlungen, Gesten und der Tonfall der Stimme sagen. Dann wird Sprache nicht vermittelnd, sondern zermittelnd: zerreißt das Gemeinsame, vereinigt nicht, sondern trennt die Welten zwischen dem Kind und seiner Umgebung, läßt es nicht teilnehmen an der Welt, sondern teilt es ab, nimmt auch nicht Anteil und läßt das Kind keinen Anteil haben.

Sie merken, daß wir hier mitten in eine Beschreibung bestimmter Krankheitsbilder geraten, die Sie vermutlich kennen, und bei deren Behandlung wir die Erfahrung machen können, daß unser Mittel Musik einen Bereich schaffen oder eine Ebene erreichen kann, die – anders als die Sprache nicht in gleicher Art zermittelnd ist oder die hier noch eine Vermittlung zulässt. Eine Vermittlung, verstanden zunächst als einen vermittelnden Austausch zwischen Patientin und Therapeutin, dann aber auch als eine Vermittlung zur Sprache hin, als eine Restauration von Sprache als einem Mittel der Verständigung durch den Austausch von Musik und Sprache als dem Mittel unserer Behandlungstechnik.

2. Das Gemeinsame von Musik und Sprache als Mittel psychologischer Forschung

Noch einmal FREUD

Im Werk FREUDs ist der Begriff Psychoanalyse nicht auf die Krankenbehandlung beschränkt, sondern meint zugleich auch die Erforschung des Seelischen überhaupt. Für FREUD war dabei ein wesentlicher Schlüssel zur Erforschung des Seelischen die Sprache. Er erforschte das Seelische überwiegend in seinem Funktionieren und in seinen Störungen anhand der sprachlichen Produktionen seiner Patientinnen.

Auch hierin können wir FREUD als Vorbild für unser Vorgehen in der Musiktherapie nehmen. Seelisches läßt sich erforschen immer nur in seinen Manifestationen, in seinen Produktionen und Wirkungen. So wie FREUD das Seelische anhand der Sprachproduktionen seiner Patientinnen erforschte, erforschen wir Bereiche, die sich sprachlich nicht zeigen, anhand der musikalischen Produktionen unserer PatientInnen. Und ich behaupte, daß sich über diese musikalische Forschung seelische Funktionsweisen

und Störungen erkennen lassen, die anders nicht zu erforschen sind, da sie anders nicht in Erscheinung treten. Die gleiche Hypothese hat m.E. für das Bildnerische und den Bereich der Bewegungsgestaltung analog zu gelten.

FREUD betrieb aber auch vielfältige Sprachforschungen *außerhalb* der Behandlungssituation. Wesentliche Teile seiner Theorie sind aus solchen Sprachforschungen abgeleitet. Sie haben an der Konstruktion der psychoanalytischen Theorie wesentlichen Anteil. Hier sind zu nennen

- der Nachweis der Existenz des Unbewußten anhand des Aufzeigens sprachlicher Fehlleistungen(12);
- die Psychologie des Witzes(13);
- die Analyse von Redensarten und Wortspielen(14);
- die Psychologie der Urworte, die genauso gut als eine Studie über vergleichende Sprachforschung hätte erscheinen können und in der sich auch eine Analyse des Doppelsinns und Gegensinns der Urworte findet(15).
- Auch die Traumdeutung beschäftigt sich mit der Umwandlung der Traumbilder in die sprachliche Fassung der Traumerzählung(16).
- Im Anhang des Aufsatzes „Das Unbewußte“ von 1915 finden wir eine Analyse über den Zusammenhang von Wort und Ding und die Kulturleistung der Wortvorstellung als einer Synthese von Objektassoziationen, Klangbild, Lesebild, Schriftbild und Bewegungsbild(17).

Nicht zuletzt ist der fortwährende Austausch der psychoanalytischen Theoriebildung mit den Werken der Literatur zu erwähnen, wie dies ja z.B. in dem zentralen Konstrukt des Ödipus-Komplexes seinen Niederschlag in der psychoanalytischen Krankheitslehre findet. Aber auch unabhängig von Krankheitszusammenhängen hat FREUD sich gerne mit Werken der Literatur und Kunst beschäftigt und daran seine psychoanalytischen Gedankengänge weitergeführt. Eine Zusammenstellung dieser Texte finden Sie in Band X der Studienausgabe unter dem Titel: ‚Bildende Kunst und Literatur'(18).

Psychästhetische Mittel und Forschung

In einem gewissen Sinne können wir die Gesamtheit der psychästhetischer Mittel auch als Mittel der Forschung verstehen. Forschen ist ja zunächst keine notwendig wissenschaftliche Tätigkeit. Denken Sie einmal daran, wie ein Kind seine Welt erforscht. Daran können wir uns verdeutlichen, was mit sinnlicher Erkenntnis gemeint ist.

Ein Beispiel:

Das Kind spielt nach dem Essen mit seinem Löffel im Mund. Indem es den Löffel im Mund herumbewegt, erforscht es Wärmeverhalten – der Löffel ist vielleicht aus Metall und dadurch mal wärmer, mal kälter –, Geschmack, Materialqualitäten des Löffels. Es streift und haut sich vielleicht damit auf die eigene Hand und erfährt etwas über die Härte des Materials, über Glattes, Rundes und Kantiges. Es schlägt dann den Löffel – solange niemand es daran hindert – immer wieder auf sein

> Stuhltischchen. Daran ist vielleicht Holz, Plastik und Metall: Es erfährt etwas über den Zusammenhang seiner eigenen Bewegung und dem, was es hören kann; über die verschiedenen Klänge, je nachdem ob es das Metall, das Holz oder das Plastik trifft. Vielleicht hat es dann auch noch ein Glas erwischt, welches zerspringt. Und während der Vater sich danach bückt, haut es wohl möglich noch der großen Schwester mit dem Löffel auf den Kopf, die schreit „Aua, das tut weh" und haut zurück, was sie grundlegend von den Versuchen mit den anderen Gegenständen unterscheidet; eine Unterscheidung, die vielleicht eine Grunderfahrung dessen ist, was wir später als lebende und tote Dinge verbuchen: die einen hauen zurück, die anderen nicht (– es sei denn, man tritt auf einen Rechen).

Sie merken: ein umfangreiches Forschungsprojekt, welches das Kind da am Frühstückstisch anstellt. Und auf diese Art unternimmt es ja hunderte Dinge am Tag. Ich frage mich manchmal, ob wir je wieder so viel und ausdauernd forschen wie als Kind. Natürlich plant das Kind seine Forschungsprojekte nicht bewußt, das ist dann eines der Merkmale wissenschaftlichen Forschens. Manche Erfahrungen entstehen vielleicht eher zufällig, bei anderen Beobachtungen können wir aber durchaus so etwas wie eine Fragestellung, vielleicht eine nicht unbedingt bewußte, vermuten und ein durchaus methodisches Vorgehen beobachten.

> Ein zweites Beispiel:
>
> Ich erlebte vor kurzem einen kleinen Jungen, der gerade ein paar Wochen laufen konnte bei der Erforschung eines Klaviers, nachdem ich ihm den Deckel aufgemacht hatte. Trotz des Trubels von Menschen bei einer Ausstellungseröffnung und obwohl er eigentlich schon übermüdet war, ging er seiner Forschungstätigkeit über eine Viertel Stunde mit äußerster Konzentration und mit einer verblüffenden Systematik nach: immer wieder geht er mal nach rechts, mal nach links und probiert dort die Tasten – offensichtlich im Erkennen der unterschiedlichen Klanghöhen. Dann bückte er sich immer wieder, betätigt die Pedale, die sich offenbar zwar auch bewegen lassen, aber keinen Ton von sich geben. Dann wieder zurück zu den Tasten. Mal fester, mal sanfter, mal mehrere zusammen mit der Hand, mal einzelne mit dem Finger. Dann wieder die ganze Reihe rauf und runter; usw.

Sie merken, ich habe zwei Beispiele gewählt, die schon der Musik nahe sind. Analoges ließe sich natürlich zu anderen ästhetischen Erkenntnisbereichen finden. Auch wird deutlich – etwa in dem Beispiel mit dem Löffel daß die verschiedenen Erkenntnisbereiche nicht voneinander getrennt sind, daß vielmehr alle Sinneserfahrungen in einer engen Verbindung zueinander stehen und Erkenntnis in einem – im ursprünglichen Sinne – **polyästhetischen Erfahrungsraum** entsteht.

Die Bedeutung sinnlicher Erkenntnis ist in den Naturwissenschaften durch die Verwendung von Apparaten und Meßinstrumenten etwas in den Hintergrund getreten, obwohl im Grunde ja viele der Apparaturen nichts anderes sind als eine Verfeinerung dessen, was die Sinne tun, wenn Sie etwa an optische Geräte denken. Für anderes allerdings – etwa die Feststellung von Radioaktivität – haben wir keine Sinne.

In bezug auf seelische Phänomene hingegen können Apparate uns nicht weiterführen. **Die Musik als psychästhetisches, kulturelles und kommunikatives**, **als ein unabdingbar an den Menschen gebundenes Phänomen, ist anders als sinnlich und seelisch, und damit notwendig subjektiv, nicht zu erforschen**. Ich halte Fragen wie etwa die, ob eine

bestimmte Musik auch ‚objektiv' – gemeint in einem ontologischen Sinne als unabhängig von den Menschen und ihren Empfindungen – wertvoll oder schön, wahr oder großartig sein kann, für nicht relevant:

Musik ist nicht Musik *ohne* den Menschen; Musik ist in dem, was sie ist, immer etwas Seelisches, damit Kommunikatives und auch Subjektives. Insofern ist sie auch immer geschaffen und gefunden zugleich. Das bedeutet auch, daß hier naturwissenschaftliches Fragen nicht zum primär Musikalischen führt. Daran ändert auch die in diesem Zusammenhang bisweilen gemachte Feststellung nichts, daß es ohne die materiellen Grundlagen auch nicht zur Musik kommt, weil man ohne Ohren nicht hören und ohne die Materie der Instrumente nicht spielen kann. Das ist zwar richtig, aber: auch wenn ein Klavier ziemlich schwer ist, unterliegt Klaviermusik nicht der Schwerkraft und auf die Frage nach dem spezifischen Gewicht eines C-Dur-Dreiklangs wird man keine befriedigende Antwort erhalten.

Etwas ernsthafter formuliert: **Die Naturwissenschaften können für den Bereich der Musik – der Kunst, Sprache etc. – immer nur Hilfswissenschaften sein, nie aber Grundlagenwissenschaften.** Das heißt u.a.: Nimmt man naturwissenschaftliche Verfahren zu Hilfe, so muß dies immer geisteswissenschaftlich fundiert und eingebettet sein, wie Sie dies z.B. im Verhältnis zwischen musikalischer Ästhetik und musikalischer Akustik finden[19].

Das heißt auch: die Wissenschaft muß in diesem Bereich nicht notwendig auf naturwissenschaftliche Fragestellungen antworten können, um sich als Wissenschaft zu begründen. Das ist für uns deshalb wichtig, weil es im Bereich der Heilkunst von seiten der naturwissenschaftlichen Medizin ja durchaus so geschieht, wenn auch natürlich nicht so offensichtlich unsinnig wie bei der Frage nach dem Gewicht von Tönen.

> Dazu ein Beispiel: Eine solche Frage *kann* – muß es nicht – z.B. die Frage nach der Indikation von Musiktherapie sein. Indikation, zu deutsch Heilanzeige, bedeutet in der Medizin (laut Pschyrembel)[20] „zwingender Grund zur Anwendung eines bestimmten (...) Verfahrens." Indikation ist ein Begriff chemischen Denkens, dem ganz klar ein physikalisches Wirkungsmodell zugrunde liegt: tropfe ich Kohlensäure auf Lackmuspapier, so färbt sich dieses weinrot. Lackmus reagiert auf Kohlensäure *immer* – und immer *so*. Jederzeit, an jedem Ort, unabhängig davon, wer die Kohlensäure mit dem Lackmuspapier in Verbindung bringt, was er dabei fühlt, meint oder erwartet.
>
> Entsprechend soll für ein Medikament in der Medizin ein ähnlich eindeutiger Wirkungszusammenhang nachgewiesen sein, bevor es zur Anwendung kommt. Das Ziel ist, daß ein bestimmtes Medikament immer und immer auf die gleiche Art wirke. Die Frage nach der Indikation für Musiktherapie ist oft eben so gemeint. Zugespitzt ist sie in den Fragen: Wie wirkt Mozart auf ... ? Oder: wie wirkt eine Quarte? Aber auch in den weniger absurden Aufforderungen, zunächst einmal die Wirksamkeit der Musik nachzuweisen, verbirgt sich im Grunde die Frage nach der biologisch-chemischen Wirkung eines psychästhetischen Mittels. Sie ist somit schon als Frage falsch. Daß sie aus einem naturwissenschaftlichen Modell heraus gestellt ist, können Sie meist leicht daran erkennen, daß dann gesagt wird, Musiktherapie müsse auch Kontraindikationen haben, sonst könne sie auch nicht wirksam sein.
>
> Diese Verknüpfung ist in der naturwissenschaftlichen Medizin ganz selbstverständlich. Sie ist dort auch korrekt und logisch. Sie hat aber nur dort ihren

> Geltungsbereich. **Die Übertragung eines Gesetzes oder eines wissenschaftlichen Modells über seinen Geltungsbereich hinaus ist hingegen ein schwerer wissenschaftlicher Fehler.** Im Bereich der rein sprachliche Psychotherapien taucht sie interessanterweise in dieser Form auch gar nicht erst auf: niemand stellt an die Psychoanalyse die Frage, welche Wirkung denn Sprache habe. (Zur Frage der Indikation in der Musiktherapie vgl. KÜHN 1991[21].)

Die Unterscheidung zwischen natur- und geisteswissenschaftlichem Bereich, die ich hier mache, ist – wie sich noch an vielen anderen Beispielen darlegen ließe – für die Forschung im Bereich der Heilkunst von entscheidender Bedeutung, weil wir mit den ‚neuen Mitteln' – seit der FREUDschen Wende die Differenz zwischen den physikalischen und biologisch-chemischen Mitteln auf der einen Seite und den psychästhetischen Mitteln auf der anderen Seite beachten müssen. Wir haben damit einen Bereich in der Heilkunst, der sich naturwissenschaftlich, und einen, der sich geisteswissenschaftlich begründen muß.

Ich fände es daher konsequent **generell zwischen einer naturwissenschaftlicher Heilkunst und einer geisteswissenschaftlichen Heilkunst zu unterscheiden**. Beide würden übrigens, betrachtet man die heutigen Behandlungsverfahren, seelische und körperliche Krankheiten behandeln, denn es gibt ja durchaus etwa chemische Einflußmöglichkeiten auf psychische Störungen und psychotherapeutische Wirkungen bei körperlichen Erkrankungen. Es wäre also keine Unterscheidung anhand medizinischer Fachgebiete wie etwa zwischen Augenheilkunde und HNO-Medizin, wohl aber eine, die unterschiedliche Mittel anwendet und sich unterschiedlich begründet.

Ich fände eine solche Einteilung durchaus sinnvoll, hilfreich und klarstellend. Eine Folge könnte dann sein – wenn ich ein bißchen berufspolitisch träumen darf – daß deutlich würde, daß dieses Fachgebiet als Ganzes so groß ist, daß die Ausbildung für diesen Beruf nicht durch einen Grundstudiengang, wie ihn die heutige Medizinausbildung darstellt, gewährleistet werden kann, sondern daß sich vielmehr zwei verschiedene heilkundliche Berufe ergäben, die auch in zwei verschiedenen Studiengängen gelehrt werden müßten. Die Ausbildung in geisteswissenschaftlicher Heilkunde stelle ich mir dann an einer philosophischen Fakultät vor und es könnten endlich einmal all die Erkenntnisse nicht nur der Psychologie, sondern auch der Philosophie und Geschichte, der Soziologie, der Sozial- und Politikwissenschaften, der verschiedenen Kunstwissenschaften und der Sprachwissenschaften in ihrer Relevanz für die Heilkunst zusammengetragen, ausgewertet und weiterentwickelt werden. Weiterentwickelt auf der Grundlage der Kenntnis von geisteswissenschaftlichen Methoden und deren Regeln.

> Die Unkenntnis der Geisteswissenschaften bei heutigen MedizinerInnen fiel mir oft im Gespräch mit medizinischen KollegInnen meiner ehemaligen Klinik auf. Gerade bei MedizinerInnen, denen die naturwissenschaftliche Medizin zu eng geworden war, schien mir daraus oft eine völlig unkritische Aufnahme für scheinbare Neuheiten aus der New-Age-Bewegung zu entstehen. Sichtweisen und Erkenntnisse – oft auch in Verbindung mit anderen Kulturkreisen – wurden begeistert als Neuheiten gehandelt, als habe es eine europäische Geistesgeschichte und Geisteswissenschaft, die sich seit Jahrhunderten mit ähnlichen Fragen beschäftigt, nie gegeben.

Von einer geisteswissenschaftlichen Grundausbildung aus könnten sich nach meinem Modell – wie innerhalb der heutigen naturwissenschaftlichen Medizin auch – verschiedene Spezialisierungen, etwa zu den verschiedenen Psychotherapieverfahren, abzweigen. Für einige – wie z.B. die Musiktherapie – müßten dabei noch besondere kunstpraktische

Voraussetzungen gegeben sein. Aber auch Gestaltherapeutln oder Psychoanalytikerln könnte man nach meinem Modell nicht mehr als naturwissenschaftliche Medizinerln werden, sondern eben aufgrund einer solchen geisteswissenschaftlichen Heil Heilkundeausbildung.

Zurück zu den heutigen Realitäten. **Musiktherapie sollte sich m.E. – in enger Verbindung zu den anderen Psychotherapieverfahren – psychologisch-geisteswissenschaftlich zu begründen suchen.** Sie kann darstellen, daß ihre Mittel Musik und Sprache – verstanden als Kommunikations-, als Mit-Teilungs-Mittel – keinen physikalischen oder biologisch-chemischen Wirkungsmechanismen unterliegen. Sie wirken vielmehr psychästhetisch, was sich auch darstellen und nachweisen läßt. Aber sowohl diese Wirkungszusammenhänge als auch deren Nachweis funktionieren nach anderen Gesetzen als denen, die die Naturwissenschaft kennt und erforscht:

> So sind ihre Wirkungsmechanismen z.B. nie linear, d.h. die Wirkung entsteht nicht einseitig vom Mittel aus *auf* das Objekt, in dem Fall den Kranken. Vielmehr müssen wir hier lernen, immer in Wechselprozessen zu denken: **Die Mittel wirken nur in aktivem Wechsel und Austausch** - also im Sinne der Worte 'mei' oder 'communicare', wie ich es vorhin dargestellt habe. Das heißt auch: der Kranke wird nicht den Mitteln unterworfen oder ausgesetzt, er muß etwas tun; und sein So-Sein, seine Bereitschaft, seine gesamten menschlichen Qualitäten nehmen Einfluß auf das Wirkungsgeschehen. Das wiederum heißt auch, daß dasselbe Mittel nicht dasselbe bewirkt und auch nicht gezielt auf das Krankheitssymptom wirken kann. **Der ganze Mensch ist Teil des Wirkungsgeschehens, mit seinem Geworden-Sein, seiner Geschichte, seiner gesellschaftlichen Bedingtheit** und **Bestimmtheit, seinen Begrenzungen und seiner Freiheit.** Ein Teil des Wirkungsgeschehens ist damit immer **unwiederholbar und unvergleichbar,** da der Mensch sozusagen nur als ‚Solitär' auftritt: Er ist immer **Individuum,** d.h. unteilbar und mit nichts anderem als sich selbst identisch, zugleich aber auch Träger gesellschaftlich vermittelter Interaktionsformen.
>
> Dieses Ganze ist so komplex und vielfältig, daß es sich auch nicht mehr nach Art einer Faktorenrechnung berechnen läßt. Es läßt sich vielmehr überhaupt nicht berechnen. Dieser Bereich der Heilkunde läßt sich auch nie in Wissenschaft auflösen, sondern wird immer auch eine Heilkunst bleiben. Da, wo sich diese Heilkunst aber durchaus wissenschaftlich begründen und erforschen läßt, folgt sie in ihrer Methodik anderen Gesetzen als die naturwissenschaftliche Medizin; Gesetzen, die sie der Natur des Seelischen und Kommunikativen nachzubilden sucht. Gesetze, die wir vornehmlich auch in den Künsten realisiert und prototypisch ausgestaltet finden, weshalb ja die Morphologie auch in ihrer Forschung sich immer wieder auf die Künste bezieht und vertritt, daß die Psychologie von der Kunst viel über das Funktionieren des Seelischen lernen kann.

Die Psychoanalyse erforschte das Funktionieren und die Störungen des Seelischen in sprachlichen Produktionen in drei Bereichen:

1. in den Sprachproduktionen in der Behandlung selbst,

2. in den künstlerischen Sprachproduktionen – zu denen ja z.B., auch die Mythen und Märchen gehören,

3. in den sprachlichen Alltagsproduktionen, bei FREUD z.B. in den Fehlleistungen und Witzen.

Von daher ließe sich für die Musiktherapie und Musikpsychologie ein ähnliches Forschungsprogramm aufstellen:

1. Im Bereich der Behandlungssituationen erforschen wir ja schon seit längerer Zeit die musikalischen Improvisationen, die wir mit unseren Patientinnen herstellen und erfahren dabei über den Einzelfall hinaus vieles über das Funktionieren des Seelischen in einem Bereich, der entwicklungspsychologisch vor – kulturell jenseits – der Sprache liegt.

2. Aber es wäre auch sehr lohnend, sich verstärkt in einem wirklich psychologischen Sinne mit den künstlerisch-musikalischen Produktionen zu beschäftigen. Ein Beispiel für eine solche Forschungsarbeit ist die Arbeit von LEIKERT[22], der den „Wirkungsraum der Instrumentalimprovisation" untersucht hat und dabei sehr interessante Beobachtungen zur Musik machen konnte. Aber auch Untersuchungen über ‚Stücke', über die verschiedenen musikalischen Epochen der europäischen Musik und ihr Bezug zu der Spezifik seelischer Formenbildung in Zusammenhang mit der jeweiligen historisch-gesellschaftlichen Situation z.B. könnten ebenso wesentliche Erkenntnisse über das Seelische erbringen, wie etwa ähnliche Forschungen in Bezug auf die Unterschiede zwischen den europäischen und den asiatischen oder afrikanischen Musikentwicklungen. So können uns z.B. die verschiedenen Formen der Mehrstimmigkeit, etwa des harmonisch vierstimmigen Satzes und der Polyphonie, oder auch das Fehlen der Mehrstimmigkeit etwa in der indischen Musik Aufschluß über verschiedene Formen des In-der-Welt-Seins, des Umgangs mit sich und der Welt und der Verarbeitung bestimmter Erfahrungen geben.

3. Als dritter Bereich wäre auch hier das zu erschließen, was den Alltagsbereich musikalischer Strukturierungen anbetrifft. Dabei kämen wir dann sicher auch in einen Bereich, den ich hier einmal das Musikalische im Sprachlichen nennen möchte.

Auch ohne daß ich es jetzt ausführe, können Sie sich leicht vorstellen, daß die KunsttherapeutInnen und KunstpsychologInnen für ihren Bereich das Analoge tun könnten, ebenso diejenigen, die sich mit Bewegung beschäftigen. Und so wie wir Musikalisches *im* Sprachlichen finden, findet sich natürlich auch Bildnerisches in der Sprache, Plastisches *in* der Musik usw. Auch das zu untersuchen könnte ein weiterer Bereich sein. Sie sehen, es gibt viel zu tun. Und ich bin sicher, daß wir – abgesehen von dem Erkenntnisgewinn – durch ein solches Forschungsprogramm auch für die Behandlung von Krankheiten Fortschritte erzielen könnten.

3. Unterschiede von Musik und Sprache in psychologischer Behandlung und Forschung

Als Gesamtheit der psychästhetischen Mittel, die uns für die Behandlung von Krankheiten zur Verfügung stehen, möchte ich all das verstehen, was wir an verschiedenen Kunstformen kennen. Wir können dabei vier Grundformen unterscheiden, von denen die

ersten drei auch jeweils eine Parallele zu bestimmten Sinnesqualitäten haben: nämlich die bewegungsgestaltenden Kunstformen, die bildnerischen Künste, Musik und Sprache. Zusätzlich kennen wir noch verschiedene Mischformen wie etwa im Lied, in der Oper, beim musikbegleiteten Tanz, in Theater und Film usw.

Von den vier Grundformen nimmt m.E. die Sprache eine Sonderstellung ein; und zwar eine Sonderstellung, die – jetzt werde ich vielleicht einige von Ihnen enttäuschen – eine gewisse Überlegenheit zeigt und ihr eine höhere Stellung zukommen läßt.

Ich möchte dies und einige der Unterschiede zwischen den verschiedenen psychästhetischen Mitteln in Variationen anhand unterschiedlicher Merkmale verdeutlichen. Ich konzentriere mich dabei – um den Rahmen nicht zu überschreiten – etwas mehr auf die Unterschiede zwischen Musik und Sprache:

Die Metaebene der Sprache

Nur die Sprache hat eine Metaebene der Kommunikation in dem Sinne, daß wir z.B. sprachliche Gestalten untersuchen können und uns darüber wiederum sprachlich verständigen können.

Im Bereich des Musikalischen ist das nicht möglich. Wenn wir z.B. die musikalischen Gestaltbildungen musiktherapeutischer Improvisationen untersuchen und einer psychologischen Logifizierung zugänglich machen wollen, so sind wir immer darauf angewiesen, dies sprachlich zu tun. Deshalb ja auch dies doch ziemlich mühsame Verfahren der ‚Beschreibung und Rekonstruktion'[23]. Daß dann die Sprache den musikalischen Zusammenhang nie so ganz zu ‚begreifen' scheint, liegt eben daran, daß wir hier die Ebene der gestaltenden Verfassung wechseln müssen und damit Wesentliches eben nicht in *gleicher Form* in Erscheinung treten kann.

Bedeutung der Metaebene für die Behandlung

Auch für die psychotherapeutische Behandlung ist diese Metaebene wichtig. Deshalb können wir auch in der Musiktherapie nicht auf das Sprechen verzichten. ERWIN STRAUS sagt: „Die sprachlose Welt ist beherrscht vom Empfinden in seiner ungebrochenen Gradheit, aber auch in seiner Enge. (...) Das Sprachlose widerstrebt dem Versuch des Selbstverständnisses"[24]. Das spricht zum einen für die Musik-, Kunst- und Bewegungstherapie, zum anderen aber auch dafür, daß diese Mittel ohne den Austausch mit Sprache, ohne ihre Brechungsmöglichkeiten psychotherapeutisch nicht auskommen können: **Wir können den PatientInnen mit der Musik in der Welt der ungebrochenen Empfindungen begegnen, aber wir brauchen auch die Distanzierung einer Metaebene, die dazu führt, sich selbst noch einmal zu haben – im Verstehen, im Selbstverständnis. Wir sollten daher dort, wo Sprache verfügbar ist, nicht auf Sprache verzichten.**

Man kann sicher darüber streiten, ob Denken an Sprache gebunden ist oder ob es auch so etwas wie ein Denken in Bildern oder in musikalischen Strukturen gibt. Dennoch kommen wir nicht umhin festzustellen, daß eine gewisse Ebene der Abstraktion nur sprachlich möglich ist. Nur Sprache, zu der ja auch das gesamte System der Grammatik und der in ihr verfaßten Logik gehört, kann z.B. bestimmte hierarchische Strukturen schaffen, die für gewisse Formen des Denkens von fundamentaler Bedeutung sind: Etwa die Zusammenfassung von Tulpen, Rosen und Narzissen zu Blumen, von Blumen, Bäumen, Gemüse und Moosen zu Pflanzen, von Pflanzen, Tieren und Menschen zu Lebewesen

usw.. Differenzieren Sie das weiter, so kommen sie zur Wissenschaft der Biologie und merken, daß Wissenschaft eng an Sprache gebunden ist und ohne Sprache schlicht ‚nicht geht'.

Psychästhetische Bereiche und Sinnesqualitäten

Betrachten wir den Zusammenhang und die Gebundenheit der verschiedenen psychästhetische Bereiche zu den Sinnesqualitäten, so ergibt sich zwischen Musik, Bild/Plastik und Sprache ein dialektisch anmutendes Dreiecksverhältnis. Das Bild ist an das Sehen gebunden, es schafft, vermittelt und gestaltet optische Erfahrung. Die Musik hat ein analoges Verhältnis zum Hören.

Die Sprache umfaßt und überhöht beides: Wir kennen sie als gesprochene und geschriebene Sprache. Es mag zwar einen Unterschied machen, ob Sie meinen Vortrag jetzt hören oder das Manuskript lesen, aber dieser Unterschied ist dennoch für eine gewisse Ebene, nämlich die der Bedeutungen – die eben die besondere Ebene des Sprachlichen ist – nicht sonderlich bedeutsam. Das, was ich sage, bleibt so ziemlich das Gleiche, egal ob Sie es hören oder lesen. Es scheint, als abstrahiere Sprache auch ein wenig mehr von den Sinnesqualitäten, mit denen sie verbunden ist.

Auf der anderen Seite scheint Sprache auf beides, Musikalisches und Bildnerisches, zurückzugreifen, beides zu benutzen, es in Eins zu bringen und etwas Drittes daraus zu machen. Sprache kennt Bilder und zwar auf unterschiedlichen Ebenen: etwa im Sinne dessen, was wir meinen, wenn wir von jemandem sagen, er habe eine sehr bildhafte Sprache. Sprache benennt natürlich auch Bilder, bezeichnet Gesehenes, etwa ein Haus oder einen Baum. Sprache als geschriebene Sprache ist auf die Bildwahrnehmungsfähigkeit angewiesen. Die chinesische Schriftsprache zeugt noch von einem engeren Zusammenhang zwischen gesehenem Bild und Sprachschrift. Unsere Schriftsprache hat einen abstrahierteren Zeichencharakter, hat auch einen Zusammenhang zum Klanglichen, der aber nicht unbedingt notwendig ist, um etwa eine Schrift lesen zu lernen und sich auch nicht zwangsläufig ergibt, was sie merken, wenn Sie einen englischen Text mit deutscher Aussprache lesen, etwa: „I don't know, what you mean". [Das geht schriftlich leider nicht, deshalb bitte selbst sprechen!]

Musikalisches geht ebenfalls mehrfach in Sprache ein: in der gesprochenen Sprache spielt die Betonung und klangliche Gestaltung in der Kommunikation eine wichtige Rolle: Sie vermittelt zum einen Empfindungen, subjektive Färbungen und Stimmungen; eine unterschiedliche Betonung kann aber durchaus auch semantische Funktionen haben, etwa wenn in der DDR gerufen wurde: „Wir sind das Volk! Wir sind das Volk!", dann war damit gemeint ‚wir' nicht ‚Ihr' oder ‚die da oben'. Daraus machte HELMUT KOHL kurze Zeit später – zwar auch mit einem anderen Wort – aber wesentlich auch mit einer Betonungsverschiebung: „Wir sind ein Volk!" und machte damit auch klar, daß es mit der Vereinigung keine Rolle mehr spielen sollte, wer da das Volk – von dem ja laut Grundgesetz alle Macht auszugehen hat – sein wollte, ‚wir' oder ‚die da' – jetzt: ‚die da in Bonn'.

Im Chinesischen und einigen anderen Sprachen kommt hinzu, daß unterschiedliche Tonhöhenfolgen eine semantische Funktion haben, also den Worten eine jeweils völlig andere Bedeutung geben, was die Verständigung in solchen Sprachen für uns zu einem ziemlichen Wagnis macht.

Auch andere ihrem Wesen nach musikalische Faktoren spielen in der Sprache eine Rolle, etwa die Dynamik, das Tempo, Rhythmisierungen (etwa in Gedichten) und Melodik. Sie spielen aber – verglichen mit ihrer Bedeutung in der Musik – eine nur untergeordnete Rolle. Einen Text langsamer oder schneller, lauter oder leiser zu lesen, verändert ihn zwar, aber diese Veränderung ist nicht so bedeutsam, nicht so gestaltverändernd wie in der Musik. Man könnte sagen: **Das Musikalische geht in der Sprache nicht verloren, aber es tritt hinter dem Neuen, welches in der Sprache gewonnen wird, zurück.**

Bezüge zu Raum und Zeit

Die Musik hat aber auch ihr eigene Bereiche, die nicht in Sprache übergehen. Ich möchte noch einmal STRAUS erwähnen, der sagt, daß „jedem Sinn eine bestimmte und spezifische Weise der Kommunikation von Ich und Welt zukommt ...“[25]. Das können wir weiterführen im Hinblick auf die entsprechenden Künste. Deshalb erreichen wir mit der Musik einen anderen Bereich des In-der-Welt-Seins, ‚andere Welten' des Psychischen und der Kommunikation, die auch am Krankwerden beteiligt sein können. Andere Welten, deren Formenbildungen – und deren Zusammenwirken mit der sprachlichen Kommunikation – nur zu ergründen und zu verändern, also zu behandeln sind, wenn wir ihnen in den ihr eigenen Formen begegnen können.

Betrachtet man den Unterschied zwischen Bildnerischem und Musikalischem in bezug auf Raum und Zeit, so ist am augenfälligsten, – trotz aller synästhetischen Überschneidungen – daß wir dem Bild, dem Plastischen das Raumerleben, der Musik das Zeiterleben zuordnen. Das Bild macht Raum erlebbar, schafft und gestaltet Raumerfahrung. Die Musik macht Zeit erlebbar, ermöglicht es uns, Zeit zu gestalten und in Zeit zu gestalten. Bild und plastische Gestaltungen kennen ein Darüber und Darunter, Daneben, Davor und Dahinter. Die Musik hingegen entfaltet sich im Nacheinander, schafft ein Dann und Dann, ein Verklungenes, ein Jetzt und ein Kommendes, sie gestaltet Zeit in rhythmisierende Strukturen.

Auch hier kann man feststellen, daß Sprache beides als ein Drittes umfaßt. Sie gestaltet ihre Formenbildungen zeitlich: etwa in Erzählungen und Geschichten, in denen sie eine Entwicklung aufbaut, die einem Dann und Dann folgt, die – wie die Musik – auf Vergangenes aufbaut, Erwartungen auf Kommendes schafft; sie kennt langsame Einleitungen, dramatischen Aufbau und Rhythmisierungen. Zugleich arbeitet eine Erzählung aber auch mit der Konkretheit der Bilder, indem sie Gegenstände benennt, Landschaften und Personen beschreibt, sich in der Räumlichkeit der Dinge und Orte aufbaut.

Aber auch im Hinblick auf andere Unterscheidungen begegnen wir immer wieder einer Spiegelung des einen im anderen. Das macht alle Zuordnungen schwer und ich bin fast sicher, daß Sie für alle Zuschreibungen und Ordnungsversuche, die ich hier gerade unternehme, gleich in der Diskussion mit Gegenbeispielen kontern werden. Kaum entdeckt einer die Rhythmisierung als etwas der Musik Immanentes, so fällt dem anderen ein, daß wir auch in Bildbeschreibungen von einer Rhythmisierung sprechen. Kaum nennt man den Raum als Merkmal des Gestaltungsbereiches der Bewegung und der Plastik, schon spricht einer vom Klangraum oder der Räumlichkeit harmonikaler Strukturen. Selbst die Farbe scheint das Bild nicht für sich allein in Anspruch nehmen zu können, und Harmonisches meinen wir auch in den Werken der Meisterköche finden zu können. Diese Eins-im-Anderen-Verhältnisse, die m.E. im polyästhetisch einheitlichen Ursprung unserer Erfahrungen gründen, machen es immer wieder schwierig, überhaupt Unterscheidungen zu benennen und zu beschreiben. Ich tue dies hier dennoch trotz der zu erwartenden

Einwände. Daß diese Schwierigkeit übrigens erst auf der Metaebene der abstrahierenden Sprache einsetzt, können Sie daran erkennen, daß – bei aller scheinbaren Verwirrung – auf der Ebene der sinnlichen Erkenntnis höchst selten jemand ein Musikstück mit einem Bild, einen Text mit einem Tanz oder ein Lied mit einem Essen verwechselt. (Was zugleich ein schönes Beispiel für die in mancher Hinsicht bestehende Überlegenheit der sinnlichen Erkenntnisweise ist.)

Deutung, Kausalität

Musik und Bild scheinen in Sprache im HEGELschen Sinne ‚aufgehoben'. Und diese fügt all dem ein Drittes hinzu, indem sie auf all dies deuten kann; deuten im Sinne des Zeigens als einer erklärenden Handbewegung, somit auch im Sinne des Erklärens und Auslegens[26]). Damit schafft sie ‚Bedeutung' als das ihr Eigene.

In der Behandlung brauchen wir das in der Technik des **Deutens.** Verstehen wir eine Deutung – morphologisch gesprochen – als eine ‚Gestaltbrechung', also als einen Vorgang, bei dem die ungebrochene Logik einer Gestalt sich an einer anderen Gestalt bricht, umgelenkt wird, einer Wandlung zugänglich gemacht wird, so gibt es diesen Vorgang auch innerhalb der Musik: auch innerhalb der Improvisation können wir z.B. auf die Enge einer Gestaltbildung ‚hinweisen', indem wir sie demonstrativ überschreiten oder – vermutlich besser – , indem wir sie zuspitzen.

Oder Sie kennen das Phänomen, wie sich eine Melodie durch eine unterschiedliche Harmonisierung in jeweils anderem ‚Licht', im übertragenen Sinne sagen wir auch: in anderer Bedeutung zeigt. Hier könnten wir viele Beispiele nennen. Der behandlungstechnische Begriff der Deutung meint aber – im engeren Sinne – auch gerade dieses erklärende und aus der Unmittelbarkeit heraustrennende ‚Weil': „Weil Sie damals… …, deshalb erleben Sie jetzt … …"; das ist an Sprache gebunden, weil die Kategorie der Kausalität an Sprache gebunden ist. Das ‚Weil', ‚Damit', ‚Denn', Ableitungen von Begründungszusammenhängen, gibt es nicht im sprachlosen Raum.

In der Debatte, ob Deutung in der Musik möglich ist, würde ich daher vorschlagen, den Begriff Deutung für diese spezielle sprachliche Form zu reservieren und sie dann als eine Form der Gestaltbrechung – oder – damit Sie auch einen nicht-morphologischen Begriff haben – als eine spezielle Form der Intervention zu bezeichnen. Das beinhaltet dann auch keine Abwertung, denn es ist ja eine ganz andere Frage, welche Formen der Intervention wann am besten wirken. Sie können es natürlich auch anders machen, nur empfiehlt es sich – etwa in einer solchen Debatte – die Begriffe in ihrer Bedeutung festzulegen.

Mehrstimmigkeit

Wenden wir uns noch einigen spezifisch musikalischen Möglichkeiten zu: Beim Schreiben dieses Vortrags ging es mir immer wieder so, daß sich an bestimmten Stellen – z.B. gerade jetzt eben bei der Deutung – mehrere Fortführungen zugleich aufdrängten. Alle schienen mir dann zur gleichen Zeit gleich wichtig – und dennoch mußte ich mich immer für nur eine entscheiden. Sie haben schon gemerkt, daß ich mich dann mit Variationen – auch ein typisch musikalisches Prinzip – und Einschüben zu retten versuchte, oder mit Hinweisen auf das, was ich weglassen mußte. Dennoch sehr ärgerlich!

Da hätte ich mir etwas gewünscht, was in der Musik ‚geht': nämlich eine mehrstimmige Fortführung. Mir kam dann die nette Idee, an einer solchen Stelle vier Texte zu schreiben und meine Kollegen zu bitten, sie mit mir als vierstimmig gesprochenen Satz vorzutragen. Ich will Ihnen diese Einlage aber ersparen. Sie können sich sicher auch so vorstellen, was dabei herausgekommen wäre. Wie Sie übrigens dabei merken, wäre es – trotz der ausschließlichen Verwendung von Worten, auch ohne daß wir Sie auch noch mit einem mehrstimmigen gesanglichen Vortrag der vier Texte erfreut hätten – sofort zu einer *musikalische* Einlage geworden. Mehrstimmigkeit, das Zugleich unterschiedlicher, aber zueinander in Beziehung stehender Entwicklungslinien, scheint also etwas immanent Musikalisches zu sein. Etwas, was das Bild nicht ‚kann', weil es keine zeitliche Entwicklung kennt. (Selbst der Film – als Bilder in Zeit – kennt etwas Vergleichbares nicht, da das Übereinander oder Zugleich mehrerer Bilder eine andere Wirkung erzeugt.) Und etwas, was in der Sprache nicht möglich ist, ohne daß sie in ihrem So-Sein als Sprache aufgehoben wird.

Mehrstimmigkeit psychologisch betrachtet

Was ist Mehrstimmigkeit psychologisch? Ist sie psychologisch überhaupt etwas Wichtiges? Ich denke ja. Mehrstimmigkeit erfaßt eine Erfahrung, die etwas mit der Mehrschichtigkeit, einem gleichzeitigen Parallellaufen von Verschiedenem, aber zueinander in Beziehung Stehendem, zu tun hat.

An einem Beispiel: Ich kann etwa ein mit mir und der Welt recht zufriedener Mensch sein. Dann habe ich so etwas, was man vielleicht eine zufriedene Grundstimmung nennen könnte. Wenn ich mich dann ärgere, daß ich meinen Vortrag nicht mehrstimmig schreiben kann, dann bin ich für einige Zeit unzufrieden mit mir und der Welt. Das ändert aber nicht unbedingt etwas an der Tatsache, daß ich im Grunde ein zufriedener Mensch bin. Während ich so als ein im Grunde zufriedener Mensch, mich zugleich über die Unzulänglichkeiten der Sprache ärgernd, am Computer sitze und dies denke und schreibe, habe ich vielleicht auch noch verspannte Schultern von meiner schlechten Haltung beim Tippen und kalte Füße, weil ich meine warmen Socken nicht finden konnte. Alles gleichzeitig!

Erzählen, aber auch bewußt wahrnehmen, kann ich das alles jeweils nur nacheinander. ‚Da' ist es aber dennoch zugleich. Es zieht sich quasi wie auf verschiedenen Ebenen parallel durch die Zeit. Eben so, wie wir das von einem mehrstimmigen Stück kennen: etwa im Baß die brummenden Töne meiner zufriedenen Grundstimmung, darüber einige Dissonanzen usw. Sie merken, man kann sich das sofort als ein musikalisches Stück vorstellen.

Das Bewußtsein ist wie ein Scheinwerfer, der quasi immer nur eine Stelle dessen beleuchten kann, was zu einer Zeit geschieht. Diesem Bild entspricht ja auch die klassisch psychoanalytische Vorstellung der andrängenden Wunschregungen, die um den Zugang zum Bewußtsein kämpfen. Sprache – so wird jetzt deutlich – hat nicht nur etwas Bewußtseinsbildendes, sondern scheint auch denselben Einschränkungen in der Formenbildung zu unterliegen.

> Musik erweist sich hier als das ‚Mittel' – im Sinne der Psychästhetik und der Kommunikation – das in der Lage ist, über das Bewußtsein und die Sprache hinaus die Mehrschichtigkeit des Seelenlebens zu fassen, auszudrücken, in Erscheinung treten zu lassen und kommunizierbar zu machen.

Damit eröffnet sich über die Musik auch die Möglichkeit, das Zusammenwirken mehrerer Schichten in ihrer Gleichzeitigkeit zu erforschen und zu behandeln; denn die verschiedenen Schichten laufen ja nicht so einfach nebeneinander her. Sie klingen zusammen, können sich fördern oder stören, steigern oder in ihrer Wirkung gegenseitig auslöschen.

Über solche Wechselwirkungen, ihr Funktionieren und ihre Störungen erfahren wir viel in unseren musiktherapeutischen Behandlungen. Forschung und Behandlung durchdringen sich hier, wie wir dies von FREUD lernen konnten. Im Zusammenspiel mit unseren PatientInnen können wir hören und erleben, wie z.B. eine in sich harmonisch wohlgeformte Linie durch den immer falschen Grundton in ihrem Charakter verändert ist, oder wie eine starke Ordnungstendenz in der tonalen Gestaltung sich durch ihre rhythmische Struktur in ihrer gleichzeitig verwirrenden und die Ordnung zerstörenden Tendenz offenbart. Darin hören wir zugleich Lebensverhältnisse, die sich auf diese Art im musikalischen Ausdruck zu verstehen suchen.

Mehrstimmigkeit, das Zugleich verschiedener Entwicklungslinien, spiegelt aber nicht nur quasi innerseelische Prozesse, sondern ist auch eine Darstellungsmöglichkeit für die Gleichzeitigkeit, in der wir ja auch mit der uns umgebenden Welt stehen. Eine entwicklungspsychologisch bedeutsame Situation mag hier als Beispiel dienen. Sie ist mir in Musiktherapien sehr häufig begegnet als eine therapeutisch wichtige Wiederherstellung oder bisweilen vielleicht für die Patientin erstmals auftauchende Erfahrung.

> Als Situation zwischen dem Erwachsenen und dem Kind erzählt: der Erwachsene ist da, er kocht vielleicht oder repariert seine Schuhe. Das Kind sitzt in der Ecke und spielt. Es ist für sich. Es will keine Ansprache, es ist nicht notwendig, daß der Erwachsene mit ihm spielt, wohl aber ist seine Anwesenheit, auch sein Tätig-Sein, in einem gewissen Rahmen auch die Art seiner Tätigkeit, von Bedeutung.

Diese besondere Art des Miteinanderseins, auf deren psychologische Relevanz ich hier jetzt nicht näher eingehen will, ist im Miteinander in der Musik realisierbar. Sie in einer Behandlung herzustellen. Sie der PatientIn zu ermöglichen, sie ungestört erleben zu können, kann bisweilen eine außerordentlich wichtige Zwischenstation für weitere Entwicklungen sein. Oder die spezifischen Irritationen in dieser zwischenmenschlichen Situation können in ihrer Rekonstruktion des gemeinsamen Spiels spürbar, hörbar und verstehbar werden.

Umgang mit Gegenständen

Wir hatten festgestellt, daß Musik (und Bild) einen engeren und verbindlicheren Zusammenhang zu den ihnen zugehörigen Sinnesqualitäten haben als die Sprache. Psychologisch bedeutet das auch, daß sie näher an den unmittelbaren und primären Erfahrungen im Umgang mit der Welt, im Umgang mit den Gegenständen sind. Die Psychoanalyse zeigt m.E. – und dies liegt vielleicht an ihrer Beschränkung auf Sprachliches – ein gewisses Manko in bezug auf die Bedeutung der Gegenständlichkeit im Seelischen. Dies wird z.B. in der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie deutlich, die sich viel mit innerseelischen Entwicklungen und den zwischenmenschlichen Beziehungen, aber kaum mit der psychologischen Entwicklung von Gegenständlichkeit beschäftigt. Außer einigen Körperteilen scheint es das Gegenständliche psychologisch gar nicht zu geben. Das Psychische, die gesamte Ich-Entwicklung vollzieht sich aber ebenso an der Auseinandersetzung mit dem Gegenständlichen wie im Austausch mit Personen.

Ich verweise hier auf das Buch von HEUBACH: „Das bedingte Leben. Zur psychologischen Gegenständlichkeit der Dinge“[27], in dem die Entstehung einer gegenständlichen Symbolik, die Entwicklung von Gegenstandskonzept und ‚seelischer Innenwelt’ aus einer gemeinsamen Matrix heraus, behandelt ist. HEUBACH versucht in diesem Buch das psychologische Interesse auch einmal auf die psychologische Gegenständlichkeit der Dinge zu lenken, nachdem er zunächst einmal nachgewiesen hat, daß es so etwas überhaupt gibt. Es ist daher eines der wenigen psychologischen Bücher, in dem Sie etwa über Resopal-Möbel, Bonbons, Latzhosen und Fahrräder erfahren.

Es ist ein Merkmal der Musiktherapie, daß sie durch das Spielen auf Instrumenten auch mit Gegenständen umgeht. Das mag zunächst wie eine unbedeutende Binsenweisheit klingen, aber ich denke, daß uns auch dadurch ein ganz anderer Erfahrungsraum erschlossen ist als dies in der abstrakten ‚Gegenstandslosigkeit’ der Sprachtherapien konkretisierbar ist.

Sie wissen alle, daß das jeweils eigentümliche ‚Hantieren’ mit den Instrumenten wesentliche Aufschlüsse über eine Patientin ermöglicht. Das hat nicht nur diagnostische Bedeutung, sondern eröffnet durchaus auch einen anderen Behandlungsraum, u.a. auch indem auf diese Weise überhaupt erst einmal ein therapeutischer ‚Handlungsraum’ zur Verfügung gestellt wird. Und zwar ein sozusagen ‚nicht-neurotischer’ Handlungsraum, also einer, in dem der Patientin das Handeln in einem bestimmten Rahmen ‚erlaubt’ ist, ohne daß dies zum ‚Agieren’ im neurotischen Sinne werden muß. Einen Handlungsraum auch, der einerseits bestimmten seelischen Erlebensbereichen näher sein kann, als dies in der Abstraktion der Sprache möglich ist, und der dennoch relativ klar vom alltäglichen Handlungsraum unterschieden ist.

> Durch das Setting der musikalischen Improvisation verfügt die Musiktherapie über einen therapeutisch klar abgegrenzten Spiel- und Handlungsraum, durch den all die psychischen Verhältnisse besser erforschbar und behandelbar sind, die sich im Umgang mit Gegenständlichem, Materialem und Handlungszusammenhängen konstituieren und manifestieren.

Arbeit *in* und *an* der Übertragung

Auch die Psychoanalyse als Behandlungsmethode arbeitet natürlich nicht nur mit Sprache. Ein wichtiger Teil ihrer Technik und Theoriebildung gruppiert sich um die Fragen und den Umgang mit der Übertragung und Gegenübertragung, die natürlich auch im psychoanalytischen Setting nicht nur in Sprache stattfindet. JÜRGEN KÖRNER[28] macht hier auf den wesentlichen Unterschied zwischen der Arbeit an und in der Übertragung aufmerksam. Verkürzt: die Arbeit an der Übertragung ist das, was wir aus der psychoanalytischen Literatur kennen, das Aufdecken, Deuten und Durcharbeiten der entstandenen Übertragungsneurose. Die Arbeit in der Übertragung – in der psychoanalytischen Literatur viel weniger beachtet – entspricht genau dem, was wir in den gemeinsamen Improvisationen mit unseren Patientinnen oft erleben: die im Zusammenspiel entstehende ‚Szene’ die eine Wiederherstellung früherer Beziehungssituationen darstellt und die nur darstellbar ist, indem wir mitspielen – und zwar mitspielen aus einer – nicht verfälschenden, wohl aber strukturell und emotional Resonanz gebenden – Gegenübertragung. Anders formuliert: Übertragung und komplementäre Gegenübertragung stellen – symbolisch und real zugleich – die ursprünglichen Erlebenszusammenhänge wieder her. Beide Beteiligten können nun in diesem Zusammenhang erleben und handeln.

KÖRNER ist der Meinung – bezogen auf die psychoanalytische Behandlung – daß zwar auch die Arbeit an der Übertragung für das Weiterkommen im Behandlungsprozeß wichtig ist, daß sich aber die eigentlichen Veränderungen jeweils nur in den Situationen ereignen, in denen in der Übertragung ein anderes Erleben, ein anderes Handeln, etwas Neues entsteht.

Das Improvisieren stellt m.E. hier eine ganz wesentliche Möglichkeit des Arbeitens in der Übertragung zur Verfügung. Es hat durchaus nicht – wie dies häufig darzustellen versucht wird – bloße emotionale Zulieferfunktion zu dem Bereich der Sprache, der dann als das ‚eigentlich Psychotherapeutische' angesehen wird. In einer solchen Sichtweise liegt m.E. eine Überschätzung des Rationalen für die seelische Veränderung, um die es ja geht; eine Überschätzung des Teiles, in dem es um Bewußtmachung und Einsicht geht.

Folgen wir hingegen der Einschätzung KÖRNERs, so haben wir mit der musikalischen Improvisation eine hervorragende Möglichkeit für die Arbeit in der Übertragung und können sie als für die therapeutisch intendierte Veränderung als wesentlich einschätzen. Verglichen mit dem psychoanalytischen Setting haben wir mit ihr einige Vorteile wie etwa die, die durch die Besonderheiten des Handlungsraumes, von dem ich eben sprach, entstehen. Auch die besondere Möglichkeit des Musikalischen, auch vorsprachliche Beziehungssituationen reinszenierbar und in der aktuellen musikalischen Beziehungssituation veränderbar zu machen, ist hier zu nennen.

Daß solche Prozesse sprachlich oft schwer zu beschreiben sind, sollte uns nicht daran hindern, dies dennoch immer wieder zu versuchen. Auch die Psychoanalyse tut sich mit der Beschreibung dieses Teils ihrer Arbeit schwer – aus denselben Gründen. Deshalb finden Sie darüber auch viel weniger als über die Teile, in denen es um bewußtseinsnahe und sprachnahe Prozesse geht. Immerhin ist die hörbare Musik etwas Handfesteres und einfacher zu Untersuchendes als etwa das Schweigen, in dem sich im rein psychoanalytischen Setting oft am ehesten solche Verfassungen herstellen.

> Die gemeinsame musikalische Improvisation bietet sich als Verfassung für eine wirksame Arbeit in der Übertragung an. Sie birgt darin auch Möglichkeiten zu Reinszenierungen, die sich auf das Erleben vor und jenseits von Sprache beziehen. Sie bietet durch die realen Gestaltungsmöglichkeiten in der Musik ein hohes Maß an Differenzierung, an Feinabstimmung und allmählicher Veränderung in diesem Übertragungserleben an. Durch die Möglichkeit der tontechnischen Wiedergabe stellen die klanglichen Manifestationen dieser Übertragungsverhältnisse ein besonderes Material für die Forschung seelischer Verhältnisse und ihrer Wandlungen dar.

Die Unterschiede der seelischen Gestaltungsmöglichkeiten in Musik und Sprache und ihre Bedeutung für die Behandlung konnte ich hier natürlich nicht erschöpfend behandeln. Ich hoffe aber, daß Sie durch den gedanklichen Blickwinkel meines Vortrags einige Anregungen erhalten haben, Ihren eigenen Erfahrungen mit den unterschiedlichen Verfassungen von Musik und Sprache noch einmal nachzuhorchen, sie vielleicht neu anzuordnen und an ihnen ‚herumzudenken'. Und ich wünsche Ihnen, daß Sie in den Arbeitsgruppen genügend Gelegenheit finden werden, diese Erfahrungen gemeinsam – im Spielen und Sprechen – neu zu beleben und zu vertiefen.

LITERATUR:

1) Freud, Sigmund: Studien über Hysterie (1883 -1853), Studienausgabe, Ergänzungsband S. 59. Fischer Wissenschaft, Frankfurt a.M. 1982
2) Freud, Sigmund: Psychische Behandlung, ebendort S. 17
3) vgl. die im Ergänzungsband der Studienausgabe zusammengestellten „Schriften zur Behandlungstechnik", a.a.O.
4) Freud, Sigmund: Die Frage der Laienanalyse, ebendort S. 279
5) Freud, Sigmund: Psychische Behandlung, a.a.O. S. 26
6) Freud, Sigmund: Die Frage der Laienanalyse, S. 279
7) Salber, Wilhelm: Kunst, Psychologie, Behandlung. Bouvier, Bonn, 1977, S. 39 ff
8) Das Herkunftswörterbuch. Dudenverlag, Mannheim 1963, S. 349 et. al./ vgl. auch unter: ‚communio', Stowasser Freytag-Verlag, München 1965, S. 117
9) Lorenezer, Alfred: Das Konzil der Buchhalter, insbesondere Kapitel II: Kultur als Symbolsystem. Fischer Wissenschaft, Frankfurt a.M. 1984
10) vgl. u.a.: Watzlawik, Paul (et. al.): Menschliche Kommunikation. Verlag Huber, 1. Aufl. Bern 1969; ders. (et al.): Lösungen, Verlag Huber, 1. Aufl. Bern 1974; ders.: Wie wirklich ist die Wirklichkeit? Piper-Verlag, 1. Aufl. 1976 *11)*
11) Das Herkunftswörterbuch. a.a.O. S. 209 et al.
12) Freud, Sigmund: Vorlesungen zu Einführung in die Psychoanalyse, (1916 - 1917), Studienausgabe a.a.O. Bd. I, S. 41 - 98
13) Freud, Sigmund: Der Witz und seine Beziehung zum Unbewußten, (190S) Studienausgabe a.a.O. Bd. IV, S. 9 - 226
14) Freud, Sigmund: Die Traumdeutung (1900), insbesondere: Register der Redensarten, Wortspiele, Scherze, Anekdoten, Witze und Zitate. Studienausgabe a.a.0. Bd. II, S. 636 ff
15) Freud, Sigmund: Über den Gegensinn der Urworte (1909) Studienausgabe a.a.O. Bd. IV, S. 227- 240
16) Freud, Sigmund: Die Traumdeutung, a.a.O.
17) Freud, Sigmund: Das Unbewußte (1915) Studienausgabe a.a.O. Bd. III, S. 168 - 173
18) Freud, Sigmund: Bildende Kunst und Literatur, Studienausgabe a.a.O. Bd. X
19) vgl. z.B. Riemann, Hugo: Ideen zu einer »Lehre von den Tonempfindungen«, in: Jahrbuch der Musikbibliothek Peters Bd. 21/22 1914/15, Auszüge in: Carl Dahlhaus u. Michael Zimmermann: Musik zur Sprache gebracht. dtv/Bärenreiter München/Kassel 1984
20) Pschyrembel. De Gruyter, Berlin 1986, S. 781
21) Kühn, Manfred: Indikationen für Musiktherapie - ein Legitimationsproblem? In: Musiktherapeutische Umschau, Bd. 12, Heft 3, Bochinsky-Verlag, Frankfurt a. M. 1991
22) Leikert, Sebastian: Die Lust am Zuviel. Der Wirkungsraum der Instrumentalimprovisation. In: Zwischenschritte, B. Jahrg. 2/1990. Hrsg. Arbeitskreis Morphologische Psychologie e.V., Postfach 410273, 5 Köln 41
23) Tüpker, Rosemarie: Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie. Bosse-Verlag, Regensburg 1988, S. 63 - 80 und 84 - 99, sowie 11 Abschlußarbeiten der ersten Weiterbildungsgruppe in Morphologischer Musiktherapie. Zwesten 1991
24) Straus, Erwin: Vom Sinn der Sinne. Ein Beitrag zur Grundlegung der Psychologie (1936). Springer-Verlag. Berlin 1978 (Reprint der z. Auflage), S. 204
25) ebendort S. 212
26) vgl. Stichwort: ‚deuten', Herkunftswörterbuch a.a.O. S. 105 f

27) Heubach, Friedrich W.: Das bedingte Leben. Theorie der psycho-logischen Gegenständlichkeit der Dinge. Fink-Verlag, München 1987

28) Körner, Jürgen: Arbeit *an* der Übertragung? Arbeit *in* der Übertragung! In: Forum der Psychoanalyse, Bd. 5 Heft 3, Springer-Verlag Berlin 1989

BUCHBEITRAG

2.4

Zur Bedeutung künstlerischer Formenbildung in der Musiktherapie[9]

Zusammenfassung Durch die genaue musikalisch-psychologische Analyse einer musiktherapeutischen Improvisation wird gezeigt, daß musiktherapeutische Improvisationen durchaus künstlerische Formenbildungen aufweisen können. Im vorgestellten Fall kündigt die untersuchte Improvisation zugleich das Auftauchen des sogenannten „Drittes“ in der therapeutische Beziehung an.

Keywords aritistic musical forms, music therapy, analysis of musical improvisation

Die Aufforderung von Hans-Helmut Decker-Voigt, ein Geburtstagsgeschenk für Paolo Knill zu schreiben, führte mich naturgemäß zu der Frage nach den verbindenden Gemeinsamkeiten zwischen Paolo Knills „Ausdruckstherapie“ (Knill 1979), die verschiedene Künste einbezieht, und meiner eigenen, auf die Musiktherapie beschränkten Arbeit. Verbindendes war in der Begegnung mit ihm zwar immer spürbar, aber das ist für Außenstehende nicht notwendig vermittelbar und es sollte ja ein – auch für andere lesbarer – „Artikel“ dabei herauskommen. Also stöberte ich noch einmal in Paolo Knills Schriften und stieß dabei auf das „Unvermittelbare“, das „Dritte in der Kunsttherapie“.

„Alle jene Ereignisse im Dazwischen der therapeutischen Begegnung, welche nicht vorhersehbar, nicht einsetzbar oder machbar, nicht reproduzierbar sind und deshalb auch unvermittelt bleiben, haben die Charakteristik von etwas Eintreffendem. Dieses Eintreffende im ‚Zwei’ der Begegnung nennen wir das ‚Dritte’.“ (Knill. 1990, S. 93)

Auch ich erlebe diese nur schwer beschreibbare Erfahrung als ein „Geschenk“ (a.a.O. S. 94) in meinen musiktherapeutischen Behandlungen, welches zwar nicht gänzlich unabhängig von Gelerntem, von wissenschaftlicher Auseinandersetzung und praktischer Erfahrung ist (und vor allem diese natürlich nicht überflüssig macht), aber dennoch eben nicht durch sie herstellbar ist. Es trifft ein – manchmal nach langer mühevoller Kleinarbeit, manchmal gleich zu Beginn. Es ist für die Behandlung und den Patienten stets von großem Gewinn und für uns als Therapeutlnnen vielleicht der faszinierendste Teil der Arbeit.

---

[9] In: Spiele der Seele. Hrsg.: H.-H. Decker-Voigt, Trialog Verlag, Bremen 1992, 121-144.
Aufgrund der fehlerhaften Textwiedergabe durch den Verlag wurde der Text korrigiert.

In der Musiktherapie ereignet es sich oft in der gemeinsamen musikalischen Improvisation und es ist nicht selten so, dass eine solche Improvisation auch im musikalisch-künstlerischen Sinne einen besonders „gelungenen" Eindruck macht. Das wirft verschiedene Fragen auf: Was lässt eine musiktherapeutische Improvisation „kunstvoll" erscheinen? Hat diese Qualität im Zusammenhang mit dem eigentlichen psychotherapeutischen Behandlungsauftrag überhaupt eine Bedeutung, oder ist sie eine zwar schöne, aber für die Entwicklung unwichtige Begleiterscheinung? Das berührt die grundsätzliche Frage nach dem Zusammenhang zwischen der musikalischen Formenbildung musiktherapeutischer Improvisationen und der Entwicklung des therapeutischen Prozesses. Diese Frage wird in der Musiktherapie oft eher personenbezogen als „Haltung oder Einstellung" des Einzelnen zur Musik behandelt. Dadurch besteht aber die Gefahr, dass diese methodisch durchaus wesentliche Frage zu einer Frage des „persönlichen Geschmacks" werden könnte, was die vorhandenen Möglichkeiten, dieser Frage forschend nachzugehen, verstellen würde.

Ich möchte diesen Fragen mit der Analyse einer Improvisation nachgehen, die ich zum einen in der konkreten therapeutischen Situation als ein solches „Geschenk" erlebte und die zugleich von außerhalb der therapeutischen Begegnung stehenden HörerInnen – die weder von meinen Empfindungen noch von der Patientin etwas wussten – in ihrer musikalischen Ausdrucksbildung spontan als „musikalisch-künstlerisch" erlebt wurde.

1. Gesamteindruck der Musik

Einen angemessenen psychologischen Zugang zu der Frage, was sich in einer Improvisation seelisch zum Ausdruck bringt, können wir gewinnen, wenn wir nach dem Eindruck fragen, den die Musik auf eine Gruppe von unvoreingenommenen ZuhörerInnen macht. So soll hier zunächst der Gesamteindruck der Musik beschrieben werden.[10]

Die hier zusammengefasste Beschreibung beruht auf insgesamt 14 Einzelbeschreibungen, die ohne weitere Vorinformationen über die Patientin vom Tonband gehört wurde.[11] Diese Arbeit wurde in zwei unterschiedlichen Gruppen durchgeführt: einmal mit nicht musikalisch vorgebildeten psychotherapeutischen KollegInnen (8 Personen) und einmal mit StudentInnen des Zusatzstudienganges Musiktherapie an der Universität Münster (6 Personen), die vom Grundberuf her ausgebildete MusiklehrerInnen sind und bereits einige Erfahrungen in dieser Art der Beschreibungsarbeit gesammelt hatten. Auch das anschließende Gespräch dieser Gruppen, in dem die individuellen Eindrücke ausgetauscht und näher erläutert wurden, wurde in der Ausarbeitung einbezogen. (Die im folgenden Text kursiv geschriebenen Begriffe entstammen als wörtliche Zitate den Beschreibungen, anderes ist sinngemäß wiedergegeben.)

Weltall, Tempel, Unendlichkeit

Die Musik ruft Bilder hervor, die auf eine nicht alltägliche Verfassung verweisen: die HörerInnen erleben die *Atmosphäre eines Tempels*, einer *Kirche*, von *fernöstlichem Hauch und Weihrauch* ist die Rede, von *Weite* und *Raum*, von einer *Traumwelt*, vom *Weltraum* und *Sphärenklängen*, von *Schwerelosigkeit* und *Unendlichkeit*, von einem Vogel, der *durch die Wolken*

[10] Die Notation der Musik findet sich am Ende des Artikels

[11] Zur wissenschaftlichen Erläuterung und ausführlichen Beschreibung dieses Verfahrens s. Tüpker 1996

schwebt und einer Welt *wie im Nebel*. Die Musik wird beschrieben als *absichtslos*, *träumend* oder *träumerisch verhangen*, als *geheimnisvoll*, als *schwebend*, *offen* und *zart*.

Kunstvolles: „Begrenzte Unendlichkeit"

Insbesondere die MusikerInnen unter den Beschreibenden erleben die *Musik* als ausgesprochen „kunstvoll" gestaltet. Das wird nicht nur daran deutlich, wie *erstaunlich schnell man sich in einer Stimmung zusammenfindet*, wie *strukturiert musikalisch* das Ganze *von Beginn an* erscheint, sondern vor allem an der gekonnt paradoxen Ausgestaltung des Verhältnisses von Weite und Begrenzung: *Unendlichkeit – sich dennoch nicht verlieren*. Es gibt sogar eine Begrenzung in der Weite. Das wird auch in musikalischen Begriffen zu erfassen gesucht: *Disharmonien wirken lange nach und sind gewollt*.

Imitation von Motiven, *von Klangqualitäten des Zupfinstruments – keine symbiotische Verschmelzung, vielmehr klare Abgrenzung bei harmonischem Zusammenspiel trotz der vielen Disharmonien*. Ganz im Gegensatz zu der Ungegenständlichkeit der Traumwelt und des Sphärischen wird zugleich Klarheit und Strukturiertheit betont. Ein Beschreibender erzählt, es habe sich fast angehört, *als sei es eine bewusst gewählte 12-Ton-Musik*.

Die *Schwebe*, die in den meisten der Beschreibungen auftaucht, scheint sich auf dieses in der Schwebe gehaltene paradoxe Verhältnis von Unendlichkeit und Begrenzung, von Ungegenständlichkeit und Strukturiertheit zu beziehen. Das ist es, was als „musikalisch gekonnt", als „schön" im künstlerisch-ästhetischen Sinne bezeichnet wird, wenn auch die emotional-subjektive Position der Beschreibenden zu dieser Art des Verhältnisses unterschiedlich ist: die einen erleben es als *kalte Schönheit einer klaren Gebirgslandschaft*, andere als etwas *Geborgenes, Schönes, wie ein Schwimmen im Fruchtwasser in der fünften Woche, wo es noch nicht zu eng ist*.

Resonanz

Auch in den Teilen der Beschreibungen, die sich auf das Verhältnis der beiden Instrumente (Hackbrett und Klavier) beziehen, wird von allen eine vergleichbare Verfassung beschrieben: ein Verhältnis von Resonanz: *Resonanz unbestimmt – bestimmend; Pausen, die Raum für Antwort lassen; tastende Antworten; weites Echo; echoartiger Effekt; ungewöhnlicher Nachhall; langer, offener Ausklang; Imitation.*

Resonanz im Zusammenhang mit Schwebe variiert und spezifiziert die Paradoxie von Unendlichkeit, in der es so etwas wie Geborgenheit und Umgrenzung gibt. Im Bild ausgedrückt: im unendlichen Raum des Weltalls ist Schwebe möglich, solange man nicht angezogen wird von Körpern, sich in der Fortbewegung nicht stößt an Gegen-Ständen. Gegenständliches taucht in den Beschreibungen als **Begegnendes** nicht auf, auch Menschen nicht, vielmehr: *es kommt nicht zur Begegnung; Unmöglichkeit der Berührung*. Das Phänomen der Resonanz[12] bewirkt, dass die Zuhörenden *sich dennoch nicht verlieren*: im Phänomen der Resonanz begegnen wir dem Gegenständlichen in einer besonderen Erlebensform, nicht als Widerstand oder Gebundenheit, wohl aber als Widerhall, an dem unser Klang sich bricht und zu uns zurückklingt. Dazu passt, dass Gegenständliches in den Beschreibungen nur als umgrenzender, umgebender und resonanzfähiger Raum auftaucht: *als Tempel; Kirche; Gebirgslandschaft* oder *sommerliche Wiese*. Da, wo im Erleben der Aspekt der

[12] Zur Bedeutung der Resonanz in der Musiktherapie vgl.: Manfred Kühn 1988

Nicht-Berührung betont ist, auch als zwar durchscheinende, aber auch hemmende Gegenständlichkeit der trennenden *Glasscheibe*.

Etwas psychologischer ausgedrückt: in der unstrukturierten Schwebe eines frühen Zustandes beginnen sich Ich und Welt im Phänomen der Resonanz zu strukturieren – (nur) was Resonanz findet wird be-stimmt, was resonanzlos verhallt bleibt un-bestimmt.

Auf eine frühe Erlebensverfassung bezogen wird das Zusammenspiel der Spielerinnen als eine Form gehört, die nicht der „erwachsenen" Begegnungsform entspricht. Es ist kein Dia-Log in dem Sinne, dass hier „zwei Logiken" einander begegnen, sondern es ist eher wie aus einem „Logos" und auch von daher wie „komponiert". Auch wenn Raum für Antwort oder das Bedürfnis zu antworten verspürt wird, ist dies kein „Gespräch", sondern lässt eher an frühe Formen des Miteinander-anwesend-Seins, an das „frühe Zusammenspiel zwischen Mutter und Kind" denken.

Die Zweiheit ist in der Musik durch Kommunikationsformen der Resonanz, des frühen Zusammenspiels eher im Entstehen – wie dies für die pränatale und die frühe postnatale Zeit beschrieben wird – als dass sich zwei bereits Getrennte begegnen – wie dies für Begegnungen späterer Entwicklungszeit charakteristisch wäre.[13]

Dieser seelischen Situation entspricht, dass Personen in den Beschreibungen kaum auftauchen. Wir finden entweder lediglich eine Beziehungsstruktur beschrieben, oder es werden Fragen gestellt. *Wer kreist um wen? Wer spielt was?* Nur in zwei Beschreibungen werden Personen benannt. Die märchen- oder traumhafte Form dieser „Personen" unterstützen aber eher das bisher Charakterisierte: einmal ist es *ein verwunschener Prinz, der entzaubert werden möchte;* einmal eine *zarte Frau auf einer sommerlichen Wiese, ... Wind weht, langes Kleid und Sonnenschirm ... ein Hund springt um ihre Beine ...*

Erlebt wird diese Form der Beziehung mit *Sehnsucht* oder *Trauer*, als *geheimvoll* oder mit *Schwermut*. Die Beziehung zueinander wird im positiven Sinne als *vorsichtig; tastend – erprobend,* als *schüchterne Begleitung* erlebt oder zweifelnd angesichts ihrer Fragilität: *an der Hand eine Treppe heruntergehend: ob sie mich hält*? oder defizitär im Hinblick auf das Fehlen eines „erwachsenen" Dialogs. Auch und gerade diese emotional-subjektiven Unterschiedlichkeiten in den Beschreibungen verweisen – als Gemeinsames – auf eine in der Schwebe gehaltene Paradoxie in der musikalischen Gestaltbildung, durch die diese als „musikalisch gelungen", als „kunstvoll" charakterisiert werden kann. Im Gespräch der zweiten Beschreibungsgruppe wird dieser Eindruck des Künstlerisch-Ästhetischen so formuliert: *etwas bleibt in der Ambivalenz, gerade das ist das Kunstvolle, sonst wäre es zu schön, sonst würde es kitschig.*

Im Hinblick auf die Unterschiedlichkeit der beiden Beschreibungsgruppen erscheint bezeichnend, dass die Beschreibungsgruppe der professionellen MusikerInnen insgesamt eher die „kunstvolle" Seite der musikalischen Gestaltbildung betont und von ihr erstaunt (im Hinblick auf die therapeutische Herkunft der Musik) und fasziniert ist, während in der Gruppe der professionellen PsychotherapeutInnen (und zugleich musikalischen Laien) eher ein Zweifeln, ein Suchen nach dem „Pathologischen" einer solch „kindlichen" Kommunikation überwiegt.

[13] Otto (1991) zieht einfühlsame Verbindungen zwischen dem pränatalen Erlebensraum und Bildzusammenhängen, wie sie hier als Kirche, Tempel und Weltraum, Schwerelosigkeit auftauchen. Auch die Charakterisierungen durch Bilder des „Fernöstlichen" scheinen in diesem Zusammenhang eine Symbolisierung des „Frühen" zu sein, was vielleicht sowohl mit dem Aufgang der Sonne im Osten als auch mit der Vorstellung der „Wiege des Menschlichen" im „Morgenland" in Zusammenhang steht. Dass diese Vorstellung nicht dem Wissensstand der Anthropologie entspricht, ist für die unbewusst bleibende Bildwahl des Seelischen nicht von Bedeutung.)

Im Hinblick auf die Charakteristik der Musik selbst ist es aber eher bemerkenswert, dass die zwei unterschiedlichen emotional-subjektiven Erlebensweisen gegenüber der gleichen musikalischen Gestaltung bei einzelnen Beschreibenden **beide** auftauchen.

Am ausgeprägtesten ist dies bei dem Beschreiber, von dem das schon erwähnte Bild des *Schwimmens im Fruchtwasser in der fünften Woche, wo es noch nicht zu eng ist*, stammt. Er hatte zugleich ein anderes Bild gefunden, welches er zuerst notierte und dann – nachdem die anderen der Gruppe ihn zunächst nicht verstanden – durch das embryonale Bild variierte: *Berührung suchen, doch die ist nicht möglich – eine Glasscheibe trennt*. Als *die Unmöglichkeit der Berührung deutlich wird, rutschen die Fingerkuppen die Scheibe entlang*. Im Zusammenhang des Variationscharakters wirken diese beiden Bilder nahezu wie embryonales Glück contra Brutkastenverzweiflung. Damit ist noch einmal die Reichweite und das Fassungsvermögen in Bezug auf Ambivalentes und Paradoxes dieser einen musikalischen Gestaltung abgesteckt.

Gegensätze in Beschreibungen sind oft Hinweise auf ein und dasselbe Phänomen von zwei „emotionalen Seiten" her. Frühkindlich-symbiotische Formenbildungen etwa lösen natürlich – je nach dem eigenen Erlebenshintergrund der Beschreibenden – sehr unterschiedliche Gefühle aus. Deshalb ist auch der Austausch in der Gruppe notwendiger Bestandteil des Analyseverfahrens, da nur so das Gemeinsame in den Unterschieden – und damit der Ausdruck der Musik selbst – gefunden werden kann.

Obwohl die Musik weitgehend als ein Zustand, eine seelische Verfassung beschrieben wird, ist erwähnenswert, dass es eine musikalische Einzelheit gibt (vgl. Takt 19-20), die in einigen Beschreibungen gesondert auftaucht: in der Gruppe der musikalischen Laien insgesamt fünfmal als *Treppe, herunter* bzw. *Abstieg*, in den Beschreibungen der Musiktherapeutlnnen nur einmal als *Glissando abwärts – unerwartete Bewegungen: vorsichtig heftig*.

Fassen wir die Eindrücke noch einmal zusammen, so lässt sich sagen:

> „Die Musik erzeugt kunstvoll das paradoxe Erleben einer umgrenzten Unendlichkeit. Sie lässt eine unbestimmte Schwebe entstehen und macht zugleich eine Bestimmung in und durch Resonanz erlebbar."

2. Die Therapeutische Situation

Bevor wir anhand einer genaueren Analyse der Musik der Frage nachgehen, wie dieser Eindruck zustande kommt, möchte ich einige Bemerkungen voranstellen zu der Situation, in der die Improvisation steht und zu der Bedeutung, welche sie für die Patientin und ihre Geschichte hat. Damit folge ich nicht dem Gang der Untersuchung, hoffe aber mit dieser Reihenfolge in der Darstellung, dem Leser/der Leserin das Nachvollziehen der psychologischen Deutungen in der Analyse der musikalischen Formenbildung zu erleichtern.

Die Musik ist das erste musikalische Zusammenspiel mit einer 33-jährigen Patientin. Ein Gespräch über ihre derzeitige Lebenssituation, die Gründe ihres Kommens und eine biographische Anamnese waren dieser ersten Musiktherapiestunde vorangegangen.

Vor dem Spiel hatte sie von Beziehungen zu Männern erzählt, wobei deutlich wurde, dass sie in nahen Kontakten immer wieder an Menschen „geriet", die hauptsächlich als „narzisstisches Echo" benutzten. Dadurch fühlte sie sich ausgenutzt und erschöpft. Mit der Nebenfigur der Nymphe Echo in der Ovidschen Erzählung von Narcissos lässt sich gut beschreiben, auf welche Rolle sie sich in ihren Beziehungen eingeschränkt fühlte:

> „ ... die klangreiche Nymphe, die niemals schwieg, wenn ein andrer sprach, doch niemals begann, die wiedertönende Echo. ... beginnen ist ihr verwehrt, doch ist sie gerüstet zu dem, was ihr zusteht: Tönen zu lauschen, um dann ihre zurückzusenden!"[14]

Wie später deutlich wurde, war mit diesem Themenkreis der zentrale Mangel ihres Lebens angesprochen, von dem viele andere Konflikte ausgingen. Schon ihrem eigenen Beginnen war das Schweigen der anderen verwehrt, denn sie war gezeugt und empfangen nur als Altersversorgung der Eltern. Alles, was in diese Funktion nicht hineinpasst, wird nicht vernommen. Resonanz auf Eigenes fehlt ihr in einem erschreckend starken Ausmaß. Was sie empfindet, wünscht, denkt, wird nicht wahrgenommen, wohl aber ihre Fähigkeit genutzt, den Empfindungen der anderen zu lauschen und diese „zurückzusenden". Sie identifiziert sich lange Zeit mit den Wünschen der Eltern bis hin zur Berufswahl, die sie für die Alterspflege der Eltern ausrüsten soll. So hofft sie, wenigstens gebraucht zu werden und fühlt sich dennoch verschmäht.

> „Und die Verschmähte verbirgt sich im Walde: das Antlitz versteckt sie schamübergossen im Laub und haust nun in einsamen Grotten." (a. a. 0.)

Wie die Nymphe zieht sie sich viel in die Natur zurück. Anders als diese aber, die sich spaltet in Knochen, die zu unbeseeltem Stein werden und die Stimme, die unbeleibt weiterlebt, gelingt es ihr im Rückzug, Resonanz zu finden: in den Erlebnissen in der Natur und in der Musik, Lebensbereichen, die sie vor den Eltern – und später dann auch vor anderen Menschen – zu verbergen weiß. In der Verborgenheit kann sich Eigenes ausbreiten, wenn auch mit einem hohen Preis an Einsamkeit und mit großen Gefahren durch den fehlenden Austausch mit anderen.

In dieser ersten Improvisation – auch das wird mir erst später verstehbar – scheint dieser Grundmangel für einen Moment aufgehoben. Indem die Patientin in der unbestimmten resonanzfähigen Schwebe – dem Schweigen der Bestimmung durch die Eltern – etwas Eigenes entdeckt, es bei sich selbst beginnend erklingen lässt und aufnehmende Resonanz findet, schafft sie einen neuen Ausgangspunkt in sich. Dass sie diese unvermittelte Aufgehobenheit des Grundmangels als einen „Neubeginn" – im Sinne Balints (1970) – nutzen konnte, zeigte sich in dem weiteren Behandlungsverlauf und in ihrer späteren Entwicklung.

Dass sich dies – gleich zu Beginn der Behandlung – ereignen konnte, ist zwar ein Geschenk des Augenblicks, aber m.E. dennoch nicht unvorbereitet. Vielmehr ist deutlich, dass diesem Augenblick eine lange Geschichte vorausgeht, ohne die er sich nicht hätte ereignen können.

[14] Ovid Metamorphosen in der Übersetzung von H. Breitenbach 1982, S. 103f

Ohne hier das vollständige Bild dieser Entwicklung wiedergeben zu können, möchte ich deshalb einige Züge dessen charakterisieren, was sie schon bewerkstelligt hatte, als wir uns begegneten: Ausgehend von dem im Verborgenen Bewahrten hatte sie sich äußerlich schon lange der ihr zugedachten Bestimmung widersetzt und sich den elterlichen Plänen u.a. durch den Beginn eines Studiums entzogen. Wie „von außen" beginnend fing sie an, sich durch eine zunächst intellektuelle Auseinandersetzung von den Eltern zu distanzieren, indem sie z.B. deren Weltbild als „faschistoid" und „sozialdarwinistisch" identifizierte. Sie begann eine Psychotherapie, in der sie sich vieler Verletzungen und Konflikte bewusst werden konnte. Nachdem sie in dieser Behandlung einige wesentliche Entwicklungsschritte hatte tun können, stockte der Prozess aber nun genau an dieser Stelle, weil sie nicht fand, was sie suchte, sondern auf Angst stieß, die wiederum in ihr eine alte Angst, psychotisch zu werden, neu belebte.

3. Musikalisch-psychologische Analyse

Ich möchte nun anhand einer genaueren musikalisch-psychologischen Analyse der Frage nachgehen, ob die erlebte und beschriebene Wirkung der Musik in der konkreten musikalischen Formenbildung auffindbar ist. Lässt sich am musikalischen Material nachvollziehen, wie das Seelische eine solche Ausdrucksbildung herstellt? Dieser Frage nachzugehen heißt auch, eine musiktherapeutische Improvisation auf ihren „Werkcharakter" hin zu untersuchen, die subjektiven Höreindrücke am Material zu „objektivieren". Vorausgesetzt wir verstehen darunter nicht einen von den Menschen und den Kultivierungsprozessen unabhängige Gesetzmäßigkeit, sondern beziehen uns auf einen kulturgebundenen Objektivitätsbegriff, wie er z.B. in musiktherapeutischen Zusammenhängen bei Dietmut Niedecken (1988, S. 81ff und 99ff) ausgearbeitet ist.

„Der musikalische Ausdruck ist durchweg subjektiv, und doch ist er objektiv entzifferbar. ... Der Ausdruck ist als gemeinsam gestalteter gleichzeitig Äußerung der je eigenen Subjektivität wie – in der Darstellung – Mitteilung, vom Subjekt getrennt, über das und für das Objekt." (a.a.O. S. 85)

Bei dieser „Entzifferungsarbeit" wird im Folgenden eine Sprache gesucht, die sich zwischen musiktheoretischer Benennung und psychologischer Bedeutung bewegt. Beides ist notwendig, denn mit „atonal, 4/4-Takt" und „crescendo" allein ist psychologisch noch nichts gesagt, ebenso wie eine Notation – für sich genommen – noch keine Aussage über die Musik ist. Wohl aber spiegelt sich z.B. in den Schwierigkeiten beim Versuch einer Notation der Musik die Spannung zwischen der aktuellen Beziehungssituation und der in den Notationstechniken geronnenen „Grammatik" des Musikalischen als kulturell Gewordenes und „Zulässiges". Auf die musiktheoretische Begriffsbildung kann aber ebenso wenig verzichtet werden[15], da in ihr auch die Auseinandersetzung mit der musikalischen Idiomatik als „gesellschaftlich anerkannte(m) Formenkodex" (a.a.O. S. 111) abspielt, so wie auch mit dem Begriff „freie Improvisation" nicht gemeint ist, dass die Improvisation unabhängig von den musikalischen Ausdrucksmöglichkeiten als historisch-gesellschaftlich Möglichem sei.

[15] Deshalb ist auch nicht möglich, diese Analyse so durchzuführen, dass sie ohne jede musikalische Vorbildung verstehbar ist – auch wenn dies gelegentlich auf Verärgerung stößt. Nur ein gewisses Maß an praktischer und theoretischer Auseinandersetzung mit Musik ermöglicht ein Nachvollziehen des tatsächlichen musikalischen Geschehens. An einigen Stellen sind Erklärungen oder Präzisierungen in Klammern beigefügt.

Klanglichkeit Zwei Instrumente spielen: ein Hackbrett[16] (die Patientin) und ein Klavier (die Therapeutin). Schon klanglich schaffen sie einen weiten Raum: das Hackbrett spielt im tieferen Bereich (der kleinen und eingestrichenen Oktav), das Klavier im hohen Bereich (der zwei- bis dreigestrichenen Oktav). Beide spielen in einer eher leisen Dynamik (zwischen ***p*** und ***mf***). Durch die Stimmung des Hackbretts und auch der beiden Instrumente zueinander entstehen auch im akustischen Sinne viele Schwebungen[17], wie wir sie in der mitteleuropäischen Musik üblicherweise eher vermeiden, während sie aber bezeichnenderweise in einigen asiatischen Musikkulturen durchaus dem ästhetischen Klangideal entsprechen. Auch die Anschlagart, bzw. die Art des Anzupfens der Töne unterstützt einen schwebenden Klangcharakter.

Rhythmik, Metrik Auch in rhythmischer Hinsicht ist vieles in der Schwebe: durch das ganze Stück zieht sich ein sehr ruhiger Puls, der aber eine Schwankungsbreite hat, die ihn nie zum „zählbaren" Metrum werden lässt. (In der Notation als Viertel zwischen 60-70 MM). Überhaupt fällt eine Orientierung an einem Schrittmaß schwer. Eher ist hier eine Bewegung, die das Bild eines bald fliegenden, bald schwebenden Vogels musikalisch untermalen könnte, als dass sie ein Gehen, Marschieren auch Tanzen zu begleiten in der Lage wäre. (Wo solche Schwankungen besonders deutlich sind, ist dies im Notentext beim Innehalten im Puls durch Fermaten, bei Beginn des nächsten Tones vor der erwarteten Zeit durch das Zeichen 𝄐 angedeutet). Fragen wir nach dem Takt des Stückes als der „Einteilung der rhythmischen Bewegung ... durch Ordnung in der Zeit oder Schlageinheiten also (nach den) Zeitgrenzen"[18], so lässt sich das Ganze eigentlich nur in immer wieder wechselnden Taktarten dem Höreindruck sinngemäß anordnen und lässt so den Eindruck von Grenzenlosigkeit entstehen. Und noch dazu sind die „ungewöhnlichen" Taktarten wie 5-er und 7-er Takte besonders häufig. hier findet sich also im Material eine wenig alltägliche Verfassung, denn „gewohnt" sind wir andere Taktarten (4/4, 2/4 und 3/4), weil diese den „normalen" Bewegungsformen des Gehens, Laufens, Marschierens oder Tanzens entsprechen.

Phrasierung Achten wir auf die Phrasierung – gerade der vier ersten, von der Patientin intonierten Phrasen – so wird dennoch Struktur deutlich. Eine klare Phrasierung wird hier hergestellt durch ein Zusammenwirken von Melodie, Rhythmus und Betonung, so dass bei aller Schwankung trotzdem sehr klar bestimmbar ist, was hier wie als Phrase zu verstehen ist (und was damit auch als Maßstab zu den gewählten Takteinteilungen, der rhythmischen Notierung etc., dienen konnte).

Diese klare Phrasenbildung der Patientin zu Beginn ist es auch, wodurch in der Atmosphäre der „Traumwelt" zugleich auch das Gegenteil der „erstaunlichen musikalischen Strukturiertheit" erlebt wird. In ihr ist auch ein Teil der „Resonanz"

[16] Das hier gespielte Hackbrett (oder Cimbal) ist ein Instrument, bei dem auf einen trapezförmigen Resonanzkasten vierchörig (d. h. für jeden Ton vier Saiten) Saiten gespannt sind, die üblicherweise mit Klöppeln gespielt, hier aber angezupft werden. Die Anordnung der Saiten in zwei Ganztonleitern ist sicher bei der Entstehung der Musik zu berücksichtigen: so legt sie etwa eine diatonische Spielweise nicht nahe. Dennoch ist die „Auswahl" der Töne hier m. E. doch dergestalt, dass sie sich nicht aus der vorgegebenen Anordnung allein ableiten ließe.

[17] „Schwebung" ist ein akustisches Phänomen, welches entsteht, wenn mindestens zwei noch als gleich erlebte Töne geringfügig gegeneinander „verstimmt" sind. Es ist dem optischen Phänomen des „Flimmerns" vergleichbar. Je geringer die Differenz der beiden Töne, desto langsamer die Schwebung, je größer desto schneller, bis es zum „Umkippen" in die Wahrnehmung zweier Töne kommt.

[18] Definition aus: Karl Schönewolf: Konzertbuch Bd. 2, Leipzig 1965

begründet, da die Therapeutin am Klavier sich auf diese Phrasierung beziehen und sie imitatorisch zurückklingen lassen kann.

Tonalität, Melodik, Harmonik

Bei der Frage der Tonalität in der melodischen und harmonischen Gestaltung führt der Einfall des einen Beschreibers im Hinblick auf eine 12-Ton-Musik weiter. Versteht man die Entwicklung der Dodekaphonie als den Versuch einer Loslösung von der „Erdung" durch einen Grundton, von der Gebundenheit durch eine Tonalität und der „Schwerkraft" ihrer harmonisch-melodischen Gesetzlichkeit, so finden wir in der Eröffnung dieser Improvisation tatsächlich so etwas wie eine „begrenzte Aufhebung der Schwerkraft".

Untersuchen wir die ersten vier von der Patientin gestalteten Phrasen (Abschnitt A), so finden wir bei insgesamt 21 Tönen alle 12 Töne gespielt. Wenn auch das darin enthaltene geringe Maß an Wiederholung von Tönen ein gewisses Merkmal für Atonalität ist,[19] so besagte dies allein aber noch nicht viel. Hinzu kommt aber, dass weitgehend auch alle weiteren Merkmale fehlen, die dazu notwendig wären, eine tonale Bindung herzustellen. So gibt es trotz der auffälligen Häufigkeit von kleinen Sekunden nicht einmal eine leittönige Folge: Halbtöne sind vielmehr entweder durch weitere Halbtöne in gleicher Richtung fortgeführt (Takte 1 und 3) oder in einen Ganzton eingebettet (Takt 5). Allein zu Beginn der zweiten Phrase (Takt 2) ist mit der Schrittfolge b-c-des, ein Ausschnitt von Tonalität und Leittönigkeit gegeben, der aber in dieser Wirkung durch das nachfolgende a und g aufgehoben wird, da diese Fortsetzung der Möglichkeit, diese Folge als einen Ausschnitt, etwas von Des-Dur oder Ges-Dur zu hören, widerspricht.

Betrachten wir die Quinten und Quarten als weitere tonalitätsbildende Intervalle: der Quint am Ende der ersten Phrase folgt ein Tritonus. Ein Tritonusverhältnis besteht auch zum Anfangston der Phrase selbst. Auch die Folge c-a-e hört man nicht als a-Moll, weil der Eindruck der chromatischen Ausfüllung der kleinen Terz bei „fehlender" Quart und dem darauffolgenden Tritonus eine zu starke gegenteilige Wirkung zeigen.

Oder anders beschrieben: bezieht man sich auf den wiederholten Anfangston der beiden ersten Phrasen, so finden wir das einzige direkte Quintintervall dazu auf der verminderten 2. Stufe, wodurch ihr die Wirkung einer tonalen Quint entzogen wird. In der dritten und der vierten Phrase hingegen schaffen die beiden jeweiligen Ecktöne a-e und a-d tatsächlich eine Näherung in Richtung auf ein Mehr an tonaler Gebundenheit, die sich aber weder durch die dazwischenliegenden Töne erfüllt, noch durch die hier hinzukommenden Töne des Klaviers bestätigt wird. (vgl. Takte 3 - 6)

Insgesamt besteht der stärkste bindende Charakter in dem Beginn von jeweils zwei Phrasen mit demselben Ton. Aber auch hier gibt es so etwas wie einen „Gegenzug", indem diese beiden Anfangstöne zueinander im Verhältnis einer großen Sept (b-a) stehen.

Zusammenfassend lässt sich zu diesem Abschnitt sagen: jeder Anflug von Tonalität, Grundton- oder Zentraltonbezogenheit wird konterkariert durch musikalische Momente, die eine solche Wirkung wieder aufheben. Das ändert sich auch im Verlauf des Stückes nicht grundsätzlich, wenn auch später „harmonischere" Momente vorkommen. Von daher wird der Einfall der 12-Tönigkeit verstehbar, und die Art der Melodieführung vermittelt gleich zu Beginn Eindrücke von Ungebundenheit und Schwebe, wie wir sie in den Bildern

[19] Vgl. die Kompositionsprinzipien des Stückes: „Cogluotobüsisletmesi" von Klarenz Barlow. Theorie zu Tonalität und Metrik dieser Komposition in Bd. 21-23 der Reihe FEEDBACK PAPERS. Feedback Studio Verlag. Köln 1980

vom Weltall, Sphärenklängen, Schwerelosigkeit etc. fanden. Die harmonische Struktur des allmählich sich beteiligenden Klaviers verstärkt diesen Eindruck durch tritonusgeprägte Klänge in hoher und weiter Lage.

Entwicklungsgang

Während die Beschreibungen des ersten Höreindrucks eher einen Zustand, ein Bild wiedergeben und auf Einzelheiten (bis auf die „Treppe") spontan wenig eingegangen wird, zeigt die genauere Analyse, dass die Musik durchaus eine Entwicklung hat und zwar nicht nur als allmähliche Entfaltung, sondern durchaus auch im Sinne eines Entwicklungsganges. Diesem Entwicklungsgang soll nun nachgegangen werden, wobei der Notentext als Orientierung dienen soll: Die Improvisation dauert insgesamt 3 Minuten und lässt sich in 4 Abschnitte gliedern (im Notentext mit A - D gekennzeichnet).

Abschnitt A: Getrenntheit - Zusammenspiel

Die Patientin eröffnet das Spiel mit vier melodischen Phrasen, die tonal und rhythmisch – wie oben näher dargestellt – einen frei-schwebenden Charakter haben. Dies ist unterstützt durch die besondere Klanglichkeit des Instrumentes, die leise und klar angezupften Töne, die einen langen Nachhall haben, dem am Ende einer Phrase nachgehorcht wird. In ihrer melodisch-rhythmischen Gestik sind die Phrasen zugleich von außerordentlicher Klarheit und Bestimmtheit. Bestimmtheit in dem Sinne, dass jeder Ton – wie in einer Komposition – genau seinen vorherbestimmten, festen Ort zu haben scheint und nicht anders gewählt sein könnte. Anders ausgedrückt, es gibt kein allmähliches Hineintasten, kein Ausprobieren oder Suchen, wie dies vielleicht beim ersten Spiel auf einem unbekannten Instrument zu erwarten wäre. (Die Patientin hat zuvor nur einmal kurz ein paar Töne angezupft und sich dann für dieses Instrument entschieden).

Die erste Phrase öffnet sich aus der Enge der Chromatik über ein Ausholen von einer kleinen Sekunde unter dem Ausgangston in die – gegenüber dieser Enge – weit wirkende Quint nach oben. Die zweite Phrase schließt diese Bewegung – vom selben Ort ausgehend – nach unten ab.

Im Sprung einer großen None wird ein neuer Ausgangsort gefunden, der zunächst in zwei kleinen Wellen den so geschaffenen neuen Raum ausfüllt und ihn dann mit einem Quartsprung nach unten – wieder nach einer kleinen, ausholenden Bewegung von oben – in den zuerst geschaffenen Tonraum hineinführt.

Die vier Phrasen sind in sich so eigenständig und schaffen eine so in sich geschlossene Gestalt, dass hier noch nicht von so etwas wie symbiotischer Verschränkung gesprochen werden kann. Ganz im Gegensatz zu dem Gesamteindruck der Musik ist der Ausgangsort eine in sich geschlossene und vollständig musikalische Gestaltung der Patientin, die – getrennt und eigenständig – für sich stehen kann.

Betrachten wir das allmähliche Hinzukommen der Therapeutin am Klavier, so lässt sich die Entwicklung als eine schrittweise Mitgestaltung verstehen. Die erste Phrase nur hörend, wird die zweite mit einem Akkord „beantwortet", der – klanglich und tonal das Gehörte aufnehmend – keine weitere Aussage zu haben scheint als die einer resonanzfähigen Anwesenheit.

Das ist musikalisch realisiert in einem einzigen Akkord, der – leise angeschlagen – eine „ausgewählte Resonanz" gibt, indem das Klavier in den zweiten Nachhall des Hackbretts hinein den Ausgangston (b) und den obersten Ton der „Öffnung" (e) in oktavierender Distanz wiederspielend bestätigt. Auf diese Weise entsteht zugleich ein Akkord, der – bloß aus Tritonus und Oktav bestehend – in der Lage offen und weit klingt, den Gestus einer freien Atonalität aufnimmt und musikalisch keine Richtungstendenz hat.

Den melodischen Gestus nun mehr mitgestaltend, „beantwortet" das Klavier in der dritten Phrase das rhythmische Motiv, wobei durch die gleichzeitige Phrasenverlängerung des Hackbretts eine erste rhythmisch-melodische Verschränkung entsteht, die dann in der vierten Phrase gemeinsam ein wenig zurückgenommen wird: von der Patientin, indem sie die Punktierung nicht wiederholt und indem die Klänge zueinander dissonanter sind. Hierin ist ein erstes Zusammenspielen zu hören, das – in erstaunlicher Kürze – zum einen die Möglichkeit einer großen Nähe realisiert, wobei beide Spielerinnen sich aber zugleich in einem behutsamen Umgang mit Nähe einig zu sein scheinen.

Abschnitt B: Reduktion - Verschränkung

Auch wenn es musiktheoretisch grenzwertig ist, einen Einzelton als Motiv zu bezeichnen, erscheint es mir der Wirkung in diesem Zusammenhang angemessen zu sagen, dass die Patientin einen zweiten Abschnitt mit einem neuen Motiv, dem „Einzeltonmotiv" eröffnet, wobei das Ausschwingen und Nachhorchen als Teil dieses Motivs verstanden werden muss.

Anders formuliert besteht das „Motiv" nicht in dem Phänomen des Einzeltones selbst, sondern in der darin realisierten „Reduktion": von der Gestalthöhe einer differenzierten Phrasierung zum Einzelton. Das können wir psychologisch auch als Regression verstehen: von der Differenzierung in die Vielheit der unterschiedlichen Einzelphänomene „zurück" zu einer Welt der Ungetrenntheit, quasi in einen Ein-Klang.

Die Patientin zupft einen Ton (durch die Mehrchörigkeit korrekter mit dem Wort Klang beschrieben) kräftig genug an, dass er lange klingen kann und es entsteht ein Warten und Nachhorchen. Die Therapeutin antwortet mit demselben Akkord, mit dem sie auch als erstes ihre Anwesenheit ausgedrückt hatte. Die Patientin wiederholt ihren Ton drei Mal und springt dann erst zur großen Terz, während die Therapeutin zugleich das Motiv der Wiederholung und den Rhythmus nach einer Halbtonrückung des Akkords aufgreift (Takt 8). Dadurch entsteht eine erste Verschränkung, die „unvermittelt" (im Sinne Paolo Knills) in einen gemeinsamen Akkord mündet, der in diesem Zusammenhang ausgesprochen harmonisch wirkt: einen Septakkord ohne Quint mit verdoppelter kleiner Septe.

Die Patientin greift nach diesem Moment auf die zuerst entwickelte Gestalt zurück, indem sie mit der Punktierung (rhythmisch verkürzt) und damit, dass sie chromatisch wieder etwas ins Melodische geht, an wesentliche Charakteristika des Abschnittes A erinnert.

In den Takten 9 - 12 entsteht daraus als Gesamteindruck etwas, was wie eine auf engstem Raum komponierte „Durchführung" in einer dichten Verschränkung der beiden Instrumente wirkt. (Beim analysierenden Hören zeigt sich dies in der besonderen Schwierigkeit, dies überhaupt klar und notierbar zu erfassen.) Trennt man die beiden Instrumente gedanklich wieder in zwei Spielerinnen, so vertritt die Therapeutin – angeregt durch den kurzen Anstoß der Patientin – die Entfaltung der Motivik aus A, während die Patientin zugleich die Reduktion des langklingenden Einzeltons weiterführt. So gesehen

könnte man sagen**,** dass paradoxerweise in der Verschränkung zugleich Trennung im Gegeneinanderstehen der beiden Motive realisiert ist.

Psychologisch gesprochen können wir hier im Detail erfahren, wie solche Paradoxien des Eins-Seins bei klarer Abgrenzung – was ja in den verschiedenen Varianten der Bilder zu beschreiben gesucht wurde – in den konkreten musikalischen Formenbildungen ins Werk gesetzt werden können. Dabei ist diese Deutung der Musik allerdings nur möglich auf dem Hintergrund des Gesamteindrucks und bezieht hier ihre Bedeutung auch aus dem nun Folgenden. Worin sich nebenbei zeigt, dass musikalische Prozesse nicht linear in einem bloßen „dann und dann" analysierbar sind.

Abschnitt C: Innewerdende Reduktion - Trennung im Einverständnis

Das Folgende erscheint psychologisch als eine Variation und Intensivierung, die zugleich anders weiterführt. Die Patientin „vertritt" weiter die Reduktion. Mit dem ersten Ton in Takt 13 wirkt dies wie ein Aufruf an die Therapeutin zu **dieser** Form. Die Therapeutin versteht, indem sie auch wieder **einen** Klang spielt, sie folgt auch der Reduktion weiter, indem sie dabei vom (dreitönigen) Akkord zum (zweitönigen) Intervall übergeht.

Nachdem die Patientin diese Folgen der Therapeutin im nächsten Takt wie einübend noch einmal mit ihr wiederholt, führt sie sie dann noch weiter in diese Richtung, indem sie den mehrchörigen Einzelton noch weiter zum einchörigen reduziert. (Das ist im Höreindruck eine deutlich unterschiedliche Klangqualität, u.a. auch durch das Wegfallen der Schwebung. Die „Führung" des Hackbretts realisiert sich zusätzlich in der Stimmführung von cis zum d, die **hier** durch die Folge f-cis-d einen leittönigen Charakter hat.) Die Therapeutin folgt ihr zum Einzelton hin. Im rhythmisch freischwebenden Wiederholen des einchörigen „d" wird die Reduktion zu etwas, was ich mit dem Wort Innewerden zu beschreiben versuche: Im Höreindruck fühlt man sich – auch durch die besondere Klangqualität des gezupften Tones, durch die sich Ausschwing- und Einschwingvorgang ineinander verweben – wie in diesen Ton „hineingezogen". So gesehen realisiert sich die Tendenz zur „Unendlichkeit" hier nicht in der unendlichen Weite, sondern quasi in Richtung der unendlichen Reduktion des Punktes.

Wenn wir dies wie oben psychologisch auch als Regression verstehen, so wird zugleich deutlich, dass Regression nicht nur verstanden werden darf als ein „Zurückfallen auf Kindliches". Vielmehr wird hier Regression auch verstehbar als ein Innewerden, als Zurück- und Hingehen zu einem inneren Punkt, von dem neu ausgegangen werden kann. Ein Aspekt, der einsichtig macht, wieso eine „Regression im Dienste des Ich" möglich ist.

Auf den Punkt gebracht trifft sich dies in präziser Gleichzeitigkeit von Hackbrett und Klavier in einem in dieser freischwebenden Rhythmik kaum vorhersehbaren Zeitpunkt (notierbar am genauesten als letzte Achteltriole von Takt 15). Und dennoch liegt in diesem gemeinsamen Punkt auch zugleich schon wieder der Keim in der Zweiheit: in der Dissonanz der großen Sekunde. Aus diesem Punkt heraus entspringen – vergleichbar dem Aufplatzen einer Knospe – dann gleichzeitig und völlig überraschend zwei verschiedene – zugleich zwei völlig neue – Motive: eine plötzlich hüpfende kleine Bewegung im Klavier, und ein minimales Glissando auf dem Hackbrett von einer c-Saite zu einer zweiten, die aber doch soviel tiefer ist (aber noch kein h), dass dies den Effekt eines minimalen Glissandos hat.

Während das Motiv der Therapeutin nur dies eine Mal da ist und nicht weitergeführt wird, zeigt sich das neue Motiv der Patientin im Winnicottschen Sinne „gefunden und geschaffen zugleich". Im Grunde ist dieses „Rutschen von einer Seite zur anderen" musikalisch nur dadurch als „Glissando-Motiv" deutbar, **weil** die Patientin es im letzten Teil dazu weiterentwickelt, wodurch deutlich wird, dass **sie** es **so** verstanden, so wahrgenommen hat. Ohne diese Fortführung wäre es ein „zufälliges" und nebensächliches „Ausrutschen auf den Saiten" geblieben.

Zwei psychologische Randbemerkungen: In der Möglichkeit solcher Bedeutungsschaffung liegt m.E. ein wesentliches Merkmal des musikalischen Improvisierens und seiner psychologischen bzw. psychotherapierelevanten Bedeutung. Indem uns etwas „von außen" – z.B. durch die spieltechnischen Charakteristika eines Instruments – „zufällt", können wir es aufgreifen und be-deuten oder aber liegen lassen.

In der Nichtweiterführung des Motivs der Therapeutin, die ja nicht bewusst geschieht, wird mir am konkreten Beispiel deutlich, was mit dem (unschönen) Begriff der *selektiven Authentizität* gemeint ist. Dieses Moment der gemeinsamen oder erlaubten Trennung in dem Sinne, dass beide sich darüber einig sind und der Trennung zustimmen, ist nur zu bewerkstelligen, indem auch die Therapeutin in diesem Moment etwas authentisch Eigenes spielt. Dies fortzuführen wäre weder notwendig noch angemessen, denn es geht nicht um ihre Entwicklung.

Abschnitt D: Ausbreitung - Bestätigung des Eigenen durch Resonanz

Sofort nach dieser „Trennung im Einverständnis" treffen sich die beiden Spielerinnen wieder, diesmal in demselben Ton, den nun beide – wie zuvor die Patientin in Takt 15 – mehrmals wiederanklingen lassen. Das wirkt in keiner Weise mehr rhythmisch, lässt sich nun auch gar nicht mehr in taktmäßiger Gliederung notieren, sondern breitet noch einmal den Eindruck des Innewerdens, eines In-die-Tiefe-Gehens, aus, was durch die nachträgliche Einbettung des gis im Klavier durch die Oktav darunter und deren Quint verstärkt wird. Auf diesem harmonischen, aber dennoch durch die „fehlende Terz" unbestimmt bleibenden Klangteppich spielt die Patientin, mit einem Hin-und-Her-Rutschen in dem Sekundschritt gis-g, mit ihrem neu entdeckten Glissandomotiv. Das wirkt wie ein Für-sich-allein-Herumspielen und ist dennoch getragen von der Anwesenheit des Klavierklanges – nun in einer einfach-klaren Rhythmisierung, die an den Anfang erinnern lässt. Das können wir auch verstehen als einen Resonanzraum, während die Schlusstöne des Klaviers (Ende Takt 17) wieder in einem aktiveren und direkteren Sinne – als imitierende Antwort – Resonanz geben.

Wie vor einem „Wagnis" noch einmal aus dem Vertrauten Anlauf nehmend, kehrt die Patientin im Oktavsprung noch einmal zum einchörigen Einzelton zurück (gis). Die Therapeutin will dies „bestätigen", aber mit dem fis „verfehlt" sie den Ton; „geduldig" zupft die Patientin das gis noch zweimal an, nun „findet" die Therapeutin den „richtigen Ton" (im Abstand zweier Oktaven).

Diese Deutung des Geschehens in Takt 18 mag anhand des Notentextes etwas schwer nachvollziehbar sein. Aber man verzieht unwillkürlich das Gesicht bei dem fis, während die Wiederholung des gis von der Patientin und der zunächst äußerst leise „zweite Versuch" der Therapeutin ein Lächeln aufkommen lässt. Zum einen durch die Auflösung der Spannung, durch ein Gefühl von: „Ja, das ist er". Für mich aber dadurch, dass in dieser „geduldigen Wiederholung" etwas von der Tragfähigkeit der Beziehung von Seiten der

Patientin spürbar ist und diese Szene mich an die berührende Geduld erinnert, die sehr kleine Kinder manchmal mit ihrer Mutter haben können, wenn sie nicht sofort versteht, aber eine ausreichend gute Beziehung gesichert ist.

Nun präsentiert die Patientin das im Moment der Trennung gefundene-geschaffene Eigene in einer schwungvoll fallenden Glissando-Bewegung. Wie markant dieses Motiv wirkt, zeigt sich auch darin, dass dies das einzige musikalische Moment ist, welches in den Beschreibungen als Einzelheit gesondert erwähnt wird: die „Treppe".

Die imitatorische Antwort vom Klavier fängt mit der Schlusswendung zugleich diesen plötzlichen Schwung auf. Das wirkt wie Kinder, die – in einem Alter, in dem sie noch nicht so viel Erfahrung mit der Schwerkraft und der Härte der Erde gemacht haben – sich einfach die Stufen hinunterfallen lassen und dann im Schwung aufgefangen werden.

Das zweite, im Umfang erweiterte, Glissando ist eher etwas hüpfende – quasi „die Stufen hinunterhüpfend" – , was das Klavier in seiner Imitation rhythmisch und durch die Art des Anschlags hervorhebt.

Das Stück klingt aus in einer Coda, die das Einzeltonmotiv und den Rhythmus des ersten Motivs noch einmal anklingen lässt. Harmonisch entsteht dabei zweimal der Zusammenklang einer großen Terz (Takt 21 es-g; Takt 22 g-h). Die beiden Terzen ergänzen sich aber nicht zu einer Dreiklangswirkung und lassen sich nicht einer Tonalität zuordnen, die Stimmführung entspricht eher einer Terzrückung, einem Stilmittel des Impressionismus, als einer funktionsharmonischen Schlussbildung. Der Schlusseindruck ist dadurch konsonant – damit deutlich vom Beginn unterschieden – und bleibt dennoch auch schwebend.

4. Schlussgedanken und Ausblick

Die Analyse der Musik zeigt, dass sich das, was als erster Eindruck der Musik entsteht, im Detail der musikalischen Formenbildung aufweisen lässt. In diesem Fall wird dabei deutlich, dass das, was sich zunächst als ein Eindruck der Musik **insgesamt** einstellt, erst allmählich über mehrere Entwicklungsschritte erreicht wird. Die „Bestimmung in und durch Resonanz" ist also nicht unvermittelt da, sondern Ergebnis eines mehrstufigen und durchaus in seinen einzelnen Schritten nachvollziehbaren Einigungsprozesses. So gesehen erfasst in diesem Fall der erste Eindruck eher das Ergebnis dieses Prozesses als die Entwicklung, die da hinführt. (Auch in keiner der Einzelbeschreibungen taucht eine Entwicklung auf.)

Das ist insofern nicht verwunderlich, als die Analyse - gerade in ihrer unvermeidbaren Ausbreitung – die enorme zeitliche Verdichtung dieses Prozesses erkennbar werden lässt. (vgl. Leikert 1990)

Das Eintreffen des „Dritten, des Unvermittelbaren", im Sinne Paolo Knills zeigt bei genauer Betrachtung im Detail durchaus vermittelnde Zwischenschritte: so z. B. wenn die Patientin durch das Wiederaufgreifen des Einzeltonmotivs hörbar werden lässt, wie sie sucht, und die Therapeutin dies verstehend deutet, **indem** sie es resonanzgebend aufgreift und auf anderes verzichtet. (Deutung und Erfüllung des Wunsches sind dabei nicht zwei kontradiktorische Gegensätze, sondern die musikalische Handlung umfasst **beides** in einer musikalischen Symbolisierung.) Zugleich gibt es – wie im Einzelnen gezeigt werden konnte

– **andere** Momente, in denen sich die Gesamteinschätzung des „Unvermittelbaren" im Detail noch einmal konkretisiert.

Die Analyse bestätigt in mehrfacher Hinsicht, was Paolo Knill im gleichen Aufsatz behauptet: „Das Phänomen des Dritten ist beschreibbar und ist durch seine Wirkung wirklich." (Knill 1990, S. 96) Die psychologische Wirkung des für den Moment aufgehobenen Grundmangels an Resonanz ist in der Musik so verwirklicht, dass sie auch auf die HörerInnen, die von all dem nichts wissen, so wirkt. Wie dieser Eindruck zustande kommen kann, ist in der Analyse im Einzelnen beschreibbar. Dadurch wird zugleich nachweisbar, dass diese Wirkung nicht irgendwo „hinter" den sinnlich erfahrbaren Phänomen liegt, sondern **in** ihnen ‚wirklich' und wirkend zu finden ist. Ein Weiteres kommt hinzu, wenn wir die Wirkung des Entstandenen auf den Verlauf der Behandlung betrachten.

Paolo Knill meint auch, wir müssten (unter bestimmten Voraussetzungen) „konsequenterweise den Therapieerfolg weitgehend mit dem Erscheinen des Dritten in Verbindung bringen." (a.a.O. S. 99) Im vorliegenden Fall scheint mir dies durchaus bestätigt, wenn es mir auch immer wichtig ist zu betonen, dass die vielleicht weniger schillernde „mühsame Kleinarbeit" dadurch weder an Notwendigkeit noch an Gewicht und Bedeutung verliert. Im Falle dieser Patientin war mit dieser Improvisation eine Ausgangslage geschaffen, die sich als so ausreichend erwies, dass die Patientin von da aus sofort „weiterging". In der Musik zeigte sich das darin, dass sie in der Improvisation der nächsten Stunde auf demselben Instrument noch einmal ganz kurz an das Geschehene „erinnert": sie spielt einmal das „Einzeltonmotiv", und zwar auf dem Schlusston der ersten Improvisation.

Dann geht sie aber sofort zu Formen über, die jetzt durchaus „irdisch" klingen und psychologisch gesehen einen ganz anderen Bereich berühren: in Unterschiedlichkeiten differenziert, dramatisch ausgestattet und kontrastreich. Auch Gegenübertragungsgefühle im Mitspielen sind anders: Ich kann sie auch allein lassen, muss sie nicht unterstützen, fühle mich musikalisch eigenständiger und weniger gebraucht. Sie betitelt die Musik später als „die Dramatik meines Lebens" und meint, genauso heftig und von den unterschiedlichsten Gefühlen bewegt, erlebe sie sich auch zur Zeit.

Der Behandlungsverlauf kann hier nicht im Einzelnen nachgezeichnet werden. Er ist einerseits gekennzeichnet von einer großen Dichte im Geschehen, andererseits von einer starken Ausbreitung in die verschiedensten seelischen Bereiche und „Schichten". Das zeigt sich einmal in den Themenbereichen der Gespräche, die von der Wiedererinnerung frühester Erlebnisse über die Reflexion ganzer Lebensabschnitte reichen bis hin zum Ansprechen von Ängsten, über die zu sprechen sie eigentlich aufgegeben hatte. Dazwischen ging es aber immer auch um Aktuelles wie die Konflikte im Studium und um ihre Schwangerschaft, die sich im Verlauf der Behandlung bestätigte. (Zum Zeitpunkt der ersten Improvisation war sie bereits schwanger, hatte aber noch keine Bestätigung dafür.)

In der Musik zeigt es sich in der Breite der entstehenden Formenbildungen, auch der Instrumentenauswahl, der „Wagnisse", die sie eingeht: Unbeholfenheit riskierend erprobt sie die Dinge, die sie nicht kann. Trotz großer Ängste wagt sie sich Gong spielend an die Spannbreite der eigenen Entwicklungsmöglichkeiten und erprobt die Weite ihrer Integrationsfähigkeit im Hinblick auf das, was an Heftigkeit vom Gong „zurückschlägt".

Das in der Musik Gestaltete wirkt weiter: in den Gesprächen, in unserer Beziehung und in ihrem alltäglichen Erleben. Nach einem der Gongspiele z.B. träumt sie einen bedrohlichen

Wiederholungstraum noch einmal, aber zum ersten Mal verändert: sie liegt nicht stumm und vor Angst gelähmt da, sondern kann im Traum schreien. Eine Veränderung, die sie erwacht als befreiend erlebt und als „ich kann mich wehren" deutet.

Der Prozess ist bei alledem immer wieder von starken Selbstzweifeln begleitet. Von Geringschätzung ihrer eigenen Fähigkeiten, so z.B. auch der eigenen musikalischen Produkte. Es gelingt ihr aber allmählich, sich von diesem „Blick der Eltern auf sich selbst" zu distanzieren. Das zeigt sich etwa darin, dass sie im letzten Zusammenspiel wagt, mich teilhaben zu lassen an dem, was sie mit Scham – aber auch zum Schutz – vor den Ohren anderer verborgen halten musste: ihr eigenes Klavierspiel. Nach kurzem Klavierunterricht, der misslang, weil auch dieser Bereich funktionalisiert war zum bloßen „Aufspielen an Feiertagen", hatte sie das Klavier „gefunden", indem sie ihre Gefühle dort in Momenten der Verzweiflung – oft weinend – erlebte. Bei dieser Art – nur so zu spielen – wurde ihr die Missachtung der Eltern zur Chance; niemand hörte sie, weil niemand wahrnahm, was sie dort tat; denn das war so sehr „nichts", wie das Schreien eines Kindes, zu dem die Eltern sagen: „es wird sich schon wieder einkriegen". So wurde das Klavier zum „Fluchtpunkt" im doppelten Sinne: sie erzählt, dass sie dort als Kind oft zum Klavier „floh". Jetzt erweist sich die zumindest dort lebende Resonanz als bewahrter Kristallisationskern, von dem verschiedene Entwicklungslinien ausgehen können. Dann blieb es jahrelang unberührt.

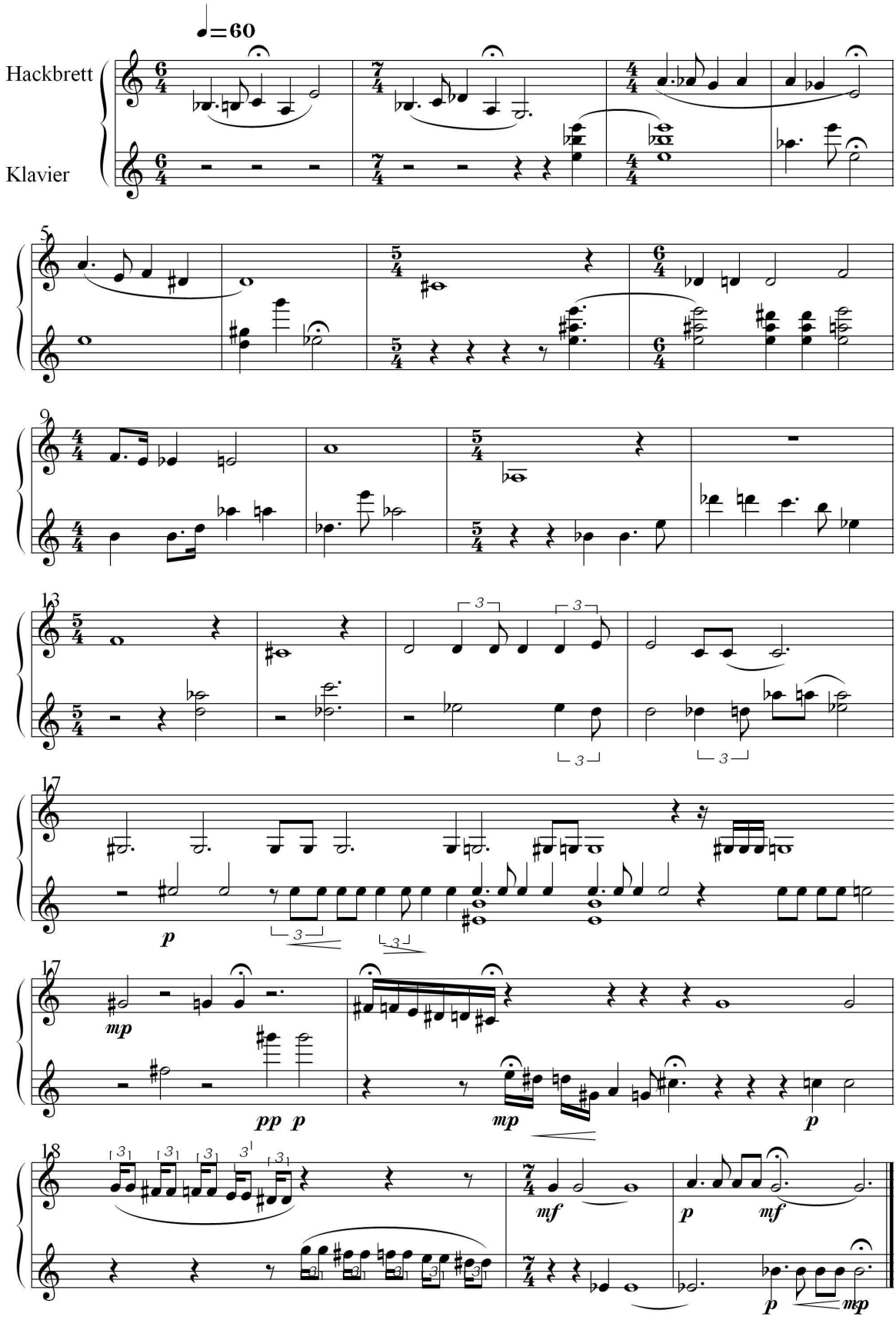
Jetzt nannte sie – die neuen Erfahrungen aufgreifend – das damalige „Nichts" ihres Tuns „Improvisation" und wagte den Abschied von der Verborgenheit dieses Tuns, indem sie in der letzten gemeinsamen Improvisation Klavier spielte.

Eine solche Dichte im Behandlungsverlauf, dessen Stabilität sich katamnestisch bestätigte, ist m.E. nur dadurch erklärbar, dass hier vieles bereits entwickelt war, aber nicht zu einem Neubeginn umgewandelt werden konnte, weil eine entscheidende Erfahrung fehlte: die Selbst-Bestimmung in der Resonanz durch einen anderen. Nachdem dieses sich ereignen konnte, schien mir, als könnte sie all ihre – zum Teil aus der Kindheit bewahrten, zum Teil in harter Arbeit erkämpften „Schätze" beleben und für sich nutzen.

Auf einige Eingangsfragen zurückkommend können wir für diesen Fall feststellen, dass mit der als kunstvoll erlebten musikalischen Gestaltung zugleich eine hohe Bedeutsamkeit dieser Improvisation im Hinblick auf den psychotherapeutischen Prozess gegeben ist. Damit ist noch nicht gesagt, dass eine besondere künstlerische Qualität von Improvisationen immer als ein solcher Hinweis anzusehen ist. Ob dies im Einzelfall jeweils so ist, bedarf immer wieder der wechselseitigen Auslegung von musikalisch-psychologischer Analyse und therapeutischem Prozess.

Der hohe Aufwand, der dazu in jedem Einzelfall notwendig ist, lässt nicht erwarten, dass wir eine größere Verallgemeinerung solcher Zusammenhänge in absehbarer Zeit „nachweisen" können.

Nach meiner Erfahrung lohnt sich die Mühe einer solch detaillierten Analyse und Auslegung dennoch, weil man unterwegs viel von der nur ahnungsweise begriffenen Wirkungsweise des Seelischen in der konkreten musikalischen Formenbildung wirklich verstehen lernt. Da es dabei häufig um Prozesse geht, die aufgrund ihrer Struktur in der Erforschung des sprachlichen therapeutischen Geschehens notwendigerweise verborgen bleiben müssen und denen – ereignen sie sich im Schweigen – die Produkthaftigkeit als notwendige Voraussetzung für eine nachträgliche genaue Analyse fehlt, wird das musiktherapeutische Geschehen so tatsächlich auch zu einem Forschungs- und Erkenntnismittel. (vgl. Weymann 1987)


♩=60
Hackbrett
Klavier
p
mp
pp p
mp
p
mf
p mf
p mp

LITERATUR

Balint, Michael (1970): Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung. Klett-Verlag, Stuttgart

Barlow, Klarenz (1980): „Cogluotobüsisletmesi". Theorie zu Tonalität und Metrik dieser Komposition in Bd. 21-23 der Reihe FEEDBACK PAPERS. Feedback Studio Verlag. Köln

Knill, Paolo Jacob (1979): Ausdruckstherapie. Eres-Verlag. Lilienthal/Bremen

Knill, Paolo Jacob (1990): Das unvermittelbare Heilmittel oder das Dritte in der Kunsttherapie. In: Peter Petersen (Hrsg.): Ansätze kunsttherapeutischer Forschung. Springer-Verlag. Berlin

Kühn, Manfred (1988) Über die Musiktherapie und Resonanz. In: Hans-Helmut Decker-Voigt (Hrsg.): Musik und Kommunikation. Bd. 2 Eres-Verlag. Lilienthal/Bremen

Leikert, Sebastian (1990): Die Lust am Zuviel. Der Wirkungsraum der Instrumentalimprovisation. In: Zwischenschritte 2/1990: Hrsg.: Arbeitskreis Morphologische Psychologie e.V.

Niedecken, Dietmut (1988): Einsätze: Material und Beziehungsfigur im musikalischen Produzieren. VSA-Verlag. Hamburg

Otto, Hartmut (1991)„Die pränatale Situation, ihre Bedeutung und ihr latentes Wirken im Leben des Erwachsenen". (Diplom-Arbeit, Fachhochschule Heidelberg 1991)

Ovid: Metamorphosen, Übersetzung von H. Breitenbach, Reclam-Verlag Stuttgart 1982

Schönewolf, Karl (1965): Konzertbuch Bd. 2, Leipzig Tüpker. Rosemarie (1988/1996): Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie. überarb. u. erw. 2. Auflage, Lit-Verlag, Münster

Weymann, Eckhard (1987): Anzeichen des Neuen. In: Materialien zur Morphologie der Musiktherapie, Heft 3, 1987: Hrsg.: Institut für Musiktherapie und Morphologie. Zwesten

Musiktherapie: Hören und Verstehen[20]

BUCHBEITRAG

2.5

Zusammenfassung Es wird aufgezeigt, daß und wie die Musik in der Form der gemeinsamen Improvisation von Patient und Therapeut ein Weg sein kann, die der Erkrankung zugrundeliegende psychische Struktur eines Patienten zu verstehen. Am Fallbeispiel einer 30-jährigen Patientin mit einer psychosomatischen Erkrankung wird eine Improvisation im Hinblick auf ihre musikalische Struktur und ihre psychologische Bedeutung untersucht.

Keywords music therapy, psychosomatic, analysis of musical improvisation

In der Musiktherapie spielt das Hören naturgemäß eine wichtige Rolle. Musik läßt sich *auch* verstehen als die Erkenntnisweise des Hörens. Im Hören von Musik erkennen wir, wie sich aus Wiederholung und Variation eines Motivs eine Gestalt entwickelt, wie Spannungen sich aufbauen und lösen, wie Stimmungen ineinander übergehen, wie Differentes harmonisch miteinander verbunden werden kann oder wie aus zwei kontrastierenden Themen etwas Drittes entsteht.

Diese Aussagen zur Musik lassen sich aber auch auf seelische Vorgänge allgemein beziehen: auch im Leben sind wir vor die Aufgabe gestellt, Differentes miteinander zu verbinden, auch hier spielt es eine Rolle, wie wir aus einer Stimmung wieder herausfinden. Auch im Alltag müssen wir uns darin üben, Spannungen sinnvoll aufzubauen und zu lösen, müssen in Wiederholung und Variation unsere Tage, Wochen und Monate gestalten. Und das Heranwachsen eines Kindes hat wesentlich damit zu tun, wie die Differenz, der Kontrast von Mutter und Vater dem Kind die Entwicklung eines »Dritten«, einer eigenen Individualität ermöglicht, ob diese Differenz das Kind fördert oder behindert.

Musik ist also nicht nur etwas für den Konzertsaal, fernab von unseren Lebensaufgaben und unserem Alltag, sondern sie befaßt sich quasi mit denselben Gestaltungs-, Verwandlungs- und Entwicklungsaufgaben, vor die wir – im großen und im kleinen – auch sonst gestellt sind.

Dieser Zusammenhang ist die Grundlage der Musiktherapie. Musik dient hier nicht der Erbauung, Entspannung oder Beruhigung. Sie ist kein Medikament. Was wir in der

---

[20] In: Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Hg: Petersen/Fevers-Schorre/Schwerdfeger. Springer, Berlin/Heidelberg/New York 1993, 105-112

Musiktherapie hören, wenn wir mit unseren Patient(inn)en improvisieren, und was wir zu verstehen suchen, sind die seelischen Strukturen, in denen und mit denen die Patient(inn)en ihren Alltag und ihr Leben gestalten, mit denen sie – jetzt in dieser Form – an eine Grenze gekommen sind, durch die sie krank wurden, an denen sie leiden und die es durch die Behandlung zu verändern gilt.

Nach Erwin Strauss (1978) kommt »jedem Sinn eine spezifische Weise der Kommunikation von Ich und Welt« zu. Das hörende Verhältnis zur Welt, zum anderen Menschen – wie es in der Musiktherapie besonders ausgeprägt ist – betont das Ineinander, die Ungetrenntheit, die Möglichkeit der Einfühlung, die eher der Bereitschaft des Empfangens bedarf als daß sie eine aktive Bemächtigung ist, wie Strauss dies für das Sehen charakterisiert:

> »Von der Farbe z. B. ist zu sagen, daß sie uns stets gegenüber erscheint, dort, auf eine Stelle beschränkt, den Raum in Teilräume begrenzend und gliedernd, in einem Neben- und Hintereinander sich entfaltend. Von dem Ton dagegen, daß er zu einem Eigendasein gelangt, auf uns zukommt, uns erreicht und erfaßt, vorbeischwebt, den Raum erfüllt und durcheilt, sich in einem zeitlichen Nacheinander gliedert. »Während der Ton zu uns herandrängt, bleibt die Farbe auf ihren Platz gebannt, sie fordert von dem Erlebenden, daß er sich ihr zuwende, daß er hinsehe und daß er sich aktiv ihrer bemächtige« (Cousin). Alle die genannten Momente gehören nicht dem Gegenstand als Objekt allein an und erst recht nicht dem Subjekt allein, sondern gehören eben zu dem perspektivischen Erleben im Empfinden, d. h. zu der Kommunikation von Ich und Welt, welche im Empfinden erlebt wird« (S. 212 f.).

Dennoch ist auch das Hören ein aktiver Vorgang, ein Vorgang, bei dem unsere innere seelische Verfassung und Struktur eine wichtige Rolle spielt: Eine Psychotherapeutin wird in derselben Erzählung etwas anderes hören als ein Jurist, ein Kaufmann etwas anderes als eine Dichterin.

Nun ist das Hören ja zunächst eine weitgehende Gemeinsamkeit ärztlichen und psychotherapeutischen Handelns, indem wir alle uns zunächst die Klagen und Beschwerden der Patient(inn)en anhören. Dann aber trennen sich die Wege der weiteren Untersuchung und Behandlung. Zunächst die zwischen ärztlicher und psychotherapeutischem Handeln: Sucht das ärztliche eher nach einer *Erklärung* der geklagten Beschwerden, der dann die Indikation für eine Behandlung folgt, so geht es im psychotherapeutischen Vorgehen eher um ein *Verstehen*, welches auch schon ein wichtiger Teil der Behandlung selbst ist. (Zur Auseinandersetzung des eher naturwissenschaftlichen Begriffs des Erklärens und dem eher geisteswissenschaftlichen des Verstehens vgl. Literaturangaben bei Körner 1985 und Riedel 1978)

Dieser Unterschied zwischen Erklären und Verstehen markiert zugleich einen wichtigen Unterschied in der Art und Bedeutung der *Beziehung* zwischen den an diesem Prozeß Beteiligten. Die Medizin – insofern sie sich als Naturwissenschaft versteht – fragt nach »objektiv« erklärenden Befunden und folgt dem Ideal einer daraus »objektiv« ableitbaren Indikation für eine Behandlung.

In der Psychotherapie steht dem das geisteswissenschaftlich-hermeneutische – also sinndeutende – Verstehen gegenüber. Die Patientin wird bei jedem Schritt in diesem Prozeß als Erlebende, Handelnde, Verstehende einbezogen, was im ärztlichen Bereich

nicht in derselben Art notwendig ist. Psychosomatiker bewegen sich in beiden Bereichen bzw. im Schnittfeld dieser beiden Bereiche.

Das psychotherapeutische Verstehen kann sich nur *in* und *an* der Beziehung entwickeln. Es ist nicht objektiv und will es auch nicht sein. Auch im Hinblick auf die Kriterien kunsttherapeutischer Forschung muß daher die Forderung nach Objektivität durch die Forderung nach kontrollierter Subjektivität in der Behandlung und intersubjektiver Verstehbarkeit in der Darstellung ersetzt werden. Ich habe dies und andere Fragen der Wissenschaftlichkeit kunsttherapeutischer Forschung in dem von Petersen herausgegebenen Buch *Ansätze kunsttherapeutischer Forschung* ausführlicher dargestellt (Tüpker 1990).

An dieser Stelle möchte ich nur darauf hinweisen, daß das spezifische Hören und Verstehen in der Musiktherapie immer auch daran zu messen ist, wie es die therapeutische Beziehung gestaltet: ob es der Patientin hilft, sich selbst etwas mehr zu verstehen, und ob sie sich verstanden fühlt. Mit Verstehen ist hier also durchaus ein Doppeltes gemeint: Verstehen als emotionale Teilhabe und zugleich Einfühlung und Verstehen als ein Herstellen sinnhafter Bezüge, welches dann z.B. – auch in der Musiktherapie – in Deutungen im psychoanalytischen Sinne mündet. In der Musiktherapie bezieht sich nun das Hören und Verstehen auch auf den nichtsprachlichen Bereich. Wir untersuchen die seelischen Gründe des Leidens und der Erkrankung, indem wir mit den Patient(inn)en gemeinsam improvisieren und dann versuchen, in der Musik der Patient(inn)en etwas über die Störungen und Mängel ihrer seelischen Grundstrukturen zu hören und zu verstehen. Um das näher zu erläutern, erscheint es mir zunächst einmal notwendig, etwas über das Setting und die Arbeitsweise der Musiktherapie zu berichten.

Setting und Arbeitsweise der Musiktherapie

Ich verstehe hier Musiktherapie als ein psychotherapeutisches Verfahren, welches die rein sprachlichen Therapieformen um die Möglichkeit der gemeinsamen musikalischen Improvisation zwischen Therapeutin und Patientin erweitert.

Was heißt das konkret? Im Musiktherapieraum findet sich eine Auswahl von Instrumenten, die zum einen von jedem Laien ohne weitere Vorübungen spielbar sind. Zum anderen ist ihre Zusammenstellung so gewählt, daß sie eine Breite an Spiel- und Ausdrucksmöglichkeiten bietet, um so den verschiedenen seelischen Empfindungen, Stimmungen und Verhältnissen Raum zu geben: Die Patient(inn)en sollen nicht nur ihre zarten und »wohlklingenden« Empfindungen in den Instrumenten wiederfinden können, sondern auch Schmerz und Wut, Schräges und »Unpassendes«.

Die Instrumente bieten eine Vielfalt durch ihr Material – etwa Holz, Fell, Metall, Saiten etc. – und durch die Spielweise: Schlag-, Blas-, Streich- und Zupfinstrumente usw. Es gibt Instrumente, die man nah zu sich herannehmen, und solche, von denen oder mit denen man sich distanzieren kann. Instrumente, mit denen man sich differenziert artikulieren, aber auch solche, mit denen man »einfach Krach machen« kann. Rhythmisches Spiel muß ebenso möglich sein wie melodisches, harmonisches oder rein klangliches.

Die Vielfalt ist begrenzt durch den Gedanken, daß eine Überfülle auch verwirrend und lähmend sein kann, daß Grenzen auch im Alltag zum Erleben gehören und schöpferisch-anregend sein können.

Der Beginn einer Musiktherapie ist nun zunächst einmal nicht wesentlich anders, als wir es von anderen Psychotherapieformen gewohnt sind. Der Patient oder die Patientin berichtet vielleicht von seinen/ihren Beschwerden, Nöten und Sorgen, dem Anlaß für die Behandlung usw. Wir fragen vielleicht nach den näheren Lebensumständen, nach Grundzügen der Lebensgeschichte, nach Vorlieben und Ängsten und klären die Formen der Zusammenarbeit.

Wenn uns der richtige Zeitpunkt gekommen scheint, fordern wir die Patientin auf, sich zunächst einmal umzuschauen, die Instrumente auszuprobieren und sich dann etwas auszusuchen für ein erstes gemeinsames Spiel. Für dieses Spiel gibt es keine Vorgaben, keine Regeln, keine weiteren Bestimmungen. Wir bitten die Patientin nur – falls dies nicht von selbst entsteht –, daß sie anfangen möge, und sagen ihr, daß wir dann nach einer Weile mitspielen werden.

Das, was in diesem ersten Zusammenspiel entsteht, ist in keiner Weise – wie Patient(inn)en dies zunächst oft befürchten – ein unstrukturiertes Durcheinander. In der wissenschaftlichen Analyse solcher Erstimprovisationen zeigte sich vielmehr, daß in diesem Spiel eine individuelle Ausdrucksgestalt entsteht, die immer einen seelischen Sinnzusammenhang zeigt.

Auch die Patient(inn)en selbst merken bald, daß das, was sie spielen, etwas *mit ihnen* zu tun hat. Sie finden ihre momentane Verfassung in der Musik wieder, ein sonst nicht wahrgenommenes Gefühl oder einen lange nicht mehr verspürten Wunsch. Oder es erklingt in der Musik gerade das, was man an sich selbst nicht *leiden* mag, was man in sich zu verdrängen suchte. Manchem widerfährt mit den Instrumenten genau das, was ihn sonst im Leben auch schon immer so ärgert.

Über all dies kann man nach dem Spiel sprechen. Die Gesprächssituation nach der gemeinsamen Improvisation ist offen für die Einfälle der Patientin. Deshalb läßt sich auch wenig Allgemeines darüber sagen, wie es nach einem Spiel konkret weitergeht. Manche Patient(inn)en sprechen über die Musik, manche über ihr Empfinden während des Spielens oder über Gedanken, die dabei auftauchen. Manche gehen auch gar nicht auf das Gespielte ein, knüpfen vielleicht an etwas an, worüber vorher gesprochen wurde, oder sie erzählen etwas ganz anderes, was zunächst gar keinen Zusammenhang zu haben scheint – oder sie – schweigen.

All das darf sein. Auch hier gibt es keine Regeln, keine Forderungen, keine Anweisungen. Vielmehr ist es die Aufgabe der Therapeutin, den seelischen »Gedanken«, den psychologischen Zusammenhang in dem zu finden, was sich im Wechsel von Sprechen – Spielen – Sprechen zum Ausdruck zu bringen sucht – oder anders formuliert: was hier gehört und verstanden werden will.

Auch wenn vielleicht erst wesentlich später eine Deutung grundlegender Zusammenhänge sinnvoll ist, so ist es zur Etablierung eines Arbeitsbündnisses doch meist wichtig, schon relativ früh auch für die Patientin spürbar zu machen, daß das, was sie spielt, etwas mit dem zu tun hat, was sie erzählt, worunter sie leidet, weshalb sie gekommen ist.

Dazu kann es manchmal gut sein, sich gemeinsam mit der Patientin die gespielte Musik noch einmal vom Tonband, welches während des Spiels mitläuft und dann abgeschaltet wird, anzuhören. In manchen Behandlungen schafft diese Möglichkeit noch eine zusätzliche wichtige Ebene, die dann zu einem festen Bestandteil des Settings wird.

Die äußere Form, das Setting, ist damit umrissen. In Abwandlung der analytischen Grundregel ließe sich für die Musiktherapie formulieren: »Sagen Sie, was Ihnen durch den Kopf geht, und spielen Sie, was Ihnen in die Finger kommt.«

Die weitere Behandlung entwickelt sich so im Austausch von Musik und Sprache, im Wechsel von Sprechen, Spielen, Sprechen, vielleicht Hören, wieder Sprechen und natürlich auch im Schweigen.

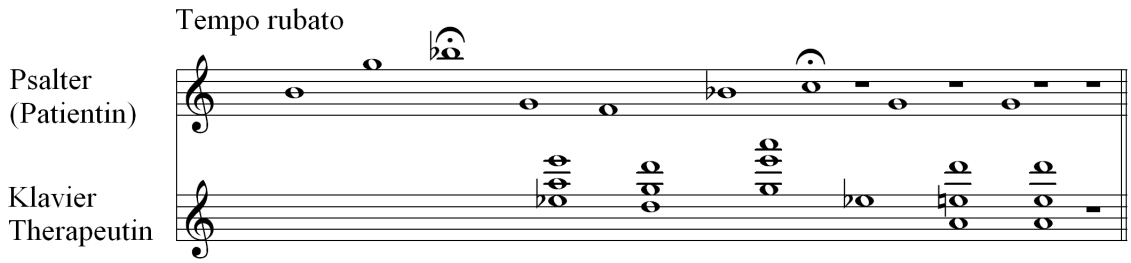
Beispiel aus einer musiktherapeutischen Behandlung

Ich möchte nun abschließend anhand eines Beispieles einen sinnlichen Eindruck vermitteln, wie sich so etwas anhören kann, und aufzeigen, was sich wie in solchen Austauschprozessen entwickelt. Ich bitte dabei, das Besondere nicht für das Allgemeine zu nehmen und den sehr kurzen Ausschnitt aus einer Behandlung nicht für das Ganze. Denn das ist natürlich stets die Gefahr, wenn man eine Therapiemethode an einem einzigen Beispiel kennen lernt. Aber ich befürchte auch, daß das bisher Ausgeführte ohne Beispiel zu unkonkret bliebe.

Die Patientin, Mitte 30, u. a. mit Colon irritabile, depressiven Verstimmungen und einer zunehmenden sozialen Isolierung, klagte in dieser Stunde über Schmerzen in der Schulter. Es fühle sich an, sagte sie, als sei die Schulter »zertrümmert«. Einen organischen Befund gab es nicht. Die Patientin wirkte verärgert, unzufrieden und »genervt«: über sich selbst insgesamt, über die Schmerzen, über den Arzt, der »nichts fand«, und wieder über sich selbst, darüber, daß sie solch »unbegründete Schmerzen« hat. Denn »so eine« will sie nun ganz und gar nicht sein: »eine, die sich anstellt«.

Nach einer Weile schlug ich ihr ein Spiel vor – die Schulterschmerzen zum Anlaß nehmend – mit der Überlegung, vielleicht könne uns das weiterführen. Nicht gerade lustvoll, aber ohne viel Verwunderung oder Fragen, was denn das eine mit dem anderen zu tun haben könne, schaute sie sich kurz um und griff ziemlich gezielt zu einem Saiteninstrument, einem Psalter, und es entstand dieses Spiel.

Das im Vortrag an dieser Stelle zu Gehör gebrachte Bandbeispiel aus der zweiten Behandlungsstunde soll hier durch eine Beschreibung der Musik und – für die notationskundigen Leser(innen) – durch eine Transkription ersetzt werden:



Die Patientin beginnt auf einem Psalter[21] mit einer Melodie, die sich nach oben öffnet. Die Melodiebildung schafft Raum, läßt den Eindruck von Zartheit und Weite entstehen. In dem recht langsamen Tempo sind die ausgewählt wirkenden Töne klar und zögernd. An keine Tonalität und kein Grundton gebunden, wirkt das Ganze eher schwebend. Die Therapeutin am Klavier gleicht sich diesem Charakter an mit recht hohen, nicht tonalen offenen Akkorden, die ebenfalls sehr zart angeschlagen sind. Das Ganze dauert nur 36 Sekunden.

Einige Beschreibungen des Erlebens der Musik durch eine Gruppe von Musktherapeut(inn)en, die das Band ohne weitere Vorinformationen über die Patientin hörten, lauteten einmal: »Eine Knospe beginnt sich zu öffnen, wie im Zeitraffer, aber nur einen kleinen Spalt und hält inne. Erstarrt.«

»Ein japanischer Garten wird verzaubert, in dem alles festgefügt und doch sehr offen scheint.« »Vorsichtig gehend durch eine ruhige, fast leblose Landschaft. Blicke schweifen weit, ohne etwas Konkretes zu fassen.« »Eine Musik, die nur so kurz erklingt, daß ich mir gar nicht sicher bin, ob sie überhaupt war. Es besteht die Gefahr, daß der Eindruck auf ewig verschwindet, so wie ein Grabstein, der das letzte Zeichen einer langen Geschichte war.« »Das erinnert mich an Stimmungen, wo ich etwas nicht begreife. Nachdenklich hängenbleiben. In Gedanken hängenbleiben.«

Der Leser wird vielleicht über die Kürze des Spiels erstaunt sein. Das war ich auch. Ich war es so sehr, daß ich unsicher war, ob es denn hier tatsächlich schon zu Ende sein sollte. Für die Patientin hingegen war das völlig klar: »Ja, es war zu Ende«, sagt sie. Sie begründet es auch: »Weil Sie mir geantwortet haben.« »Geantwortet«, so erläutert sie im weiteren Gesprächsverlauf, »nicht auf eine *bestimmte* Frage«, sondern eher allgemeiner: so etwa wie »die richtige Antwort überhaupt, auf eine Frage, die nicht in Worte gefaßt werden kann«. Als wir die Musik noch einmal vom Band anhören, kann sie sogar genau die Stelle angeben, die für sie diese Antwort war. (Im Notentext mit * markiert. Es ist die Stelle, bei der ich ihre Einzeltöne nicht mehr mit Akkorden, sondern ebenfalls mit einem Einzelton »beantworte«.)

Fragen wir jetzt nach dem Zusammenhang bis hierhin, so bleibt das Ganze einigermaßen unverständlich: Die Musik erlaubt keinen direkt nachempfindbaren Bezug: sie klingt nicht gerade so, wie wir uns vielleicht den Schmerz einer »zertrümmerten Schulter« vorstellen, sie ist nicht schrill, laut und dramatisch, sondern zart und versonnen, es entsteht etwas Weites, Offenes, ein In-Gedanken-Hängenbleiben. Die nähere musikalisch-psychologische Analyse vergleicht die entstandene Gestalt mit der Form des Fragmentes in der Literatur der Romantik, welches gerade in seiner Verdichtung über sich hinaus weist.

Diese Analyse, die nicht innerhalb der Therapiesituation geschieht, sondern ein eigenes wissenschaftliches Verfahren darstellt, betonte, daß die Töne ausgewählt wirken, die formale Gestalt »wie komponiert« erscheint. Die Analyse zeigte, daß im Hinblick auf die musikalische Sinndeutung eine Mehrdeutigkeit vorliegt, d.h., man kann die Einteilung der Musik in Phrasen auf mehrfache Weise hören, wodurch auch im Erleben der Beziehung der beiden Instrumente oder Spielerinnen unterschiedliche Bedeutungen entstehen.

[21] Der Psalter ist ein Saiteninstrument in der Form eines spitzen Dreiecks. Die vorgegebenen Töne, die also nicht wie bei einer Geige gegriffen werden müssen, entsprechen der üblichen chromatischen Stimmung (dem Klavier vergleichbar angeordnet). Das Instrument, welches gestrichen oder gezupft werden kann, ist daher für Laien wesentlich leichter zu spielen als etwa eine Geige. In unserem Beispiel werden die Saiten gezupft. Der Tonbereich ist recht hoch und der Klang eher zart.

Aber gerade in dieser Offenheit der musikalischen Form, die für die Hörer(inn)en der Musik nicht eindeutig bestimmt werden kann, gelingt der Patientin *ihre* persönliche Sinndeutung, indem sie sagt: »*Dieser* Ton * war die Antwort.«

Aber auch die Einfälle der Patientin nach dem Spiel erklären nicht, sondern geben eher neue Rätsel auf. Was hat das alles mit den Schulterschmerzen zu tun? Wir müssen also das Ganze hier und in der Behandlung noch weiterdrehen, um einen Sinnzusammenhang herstellen zu können.

In der Behandlung kommt es an dieser Stelle zu einem weiteren Spiel, welches an den Konflikt anknüpft, daß zu klagen für die Patientin etwas heftig Verpöntes ist, weshalb ein solcher (»unbegründeter«) Schmerz sozusagen »doppelt schlimm« ist. Über das von mir angebotene Bild der »Klagemauer« entsteht die etwas entlastende Idee einer ritualisierten (und damit nicht verpönten, nicht tabuisierten) Möglichkeit des Klagens.

Die zweite Improvisation nimmt diesen Gedanken zum Titel: »Klagemauer«. Wieder beginnt die Patientin ohne zu zögern. Das wirkt, als wisse etwas in ihr, was jetzt erklingen solle.

Das zweite Beispiel dauert in seiner gesamten Länge etwa 6 Minuten. Im Vortrag wird daraus ein Ausschnitt vorgespielt. Die Patientin beginnt diesmal auf einem Metallophon[22], die Therapeutin spielt nach einer kurzen Phase wieder auf dem Klavier mit. Das Spiel ist nicht nur hinsichtlich der Länge stark von der ersten Improvisation unterschieden, sondern auch in Tempo, Dichte und nahezu allen anderen musikalischen Formkriterien. Eine Erlebensbeschreibung eines musiktherapeutischen Kollegen, der beide Beispiele vom Band hörte, kann m.E. in diesem Beispiel den Leser(inn)en noch am ehesten einen Eindruck der Musik verschaffen, da eine detaillierte Beschreibung des musikalischen Ablaufs hier zu komplex würde:

»Gespannte Nähe, wird immer dichter, droht zu versinken. Unten ein Stampfen: loskommen – wovon? Das bleibt und klebt und kommt nicht weiter. Ich habe das Bild von etwas ganz Dichtem, in dem aber auch eine ganz große Spannung ist. Ganz nah, wie in einer Symbiose, einer Zweieinheit, die noch nicht auseinander ist. Die Nähe und Undifferenziertheit des Ganzen macht diese ungeheure Dichte aus. – Dann fing es an, immer tiefer zu sinken, mit einer unglaublichen Schwere – durch die allmähliche Baßbewegung des Metallophons – mit einer unheimlichen Macht, der nichts entgegenzusetzen ist. Durch die Impulse vom Klavier kommt dann aber doch eine Gegenkraft, die aus dem Rhythmischen kommt. Sie verhindert ein völliges Versinken und hält das Ganze in der Schwebe. Seltsamerweise ist da zugleich ein Schweben und eine Schwere. Die Gegenkraft aus dem Klavier verhindert ein Versinken im Unergründlichen. Da ist auch Beharrlichkeit, aber es ist kein Vor, kein Zurück und kein Wohin zu sehen. Die Unendlichkeit (aus der ersten Improvisation) tritt wieder auf, jetzt geht sie aber in die Ausbreitung. Während sie in der ersten Musik ins unendlich Konzentrierte ging, in die Unendlichkeit der Eins, des Punktes, dehnt sie sich jetzt ins unendlich Weite aus. Dadurch ist kein Rand, keine Grenze, nichts Zweites möglich. In völlig anderer, in mancher Beziehung polar gegensätzlicher Gestaltung findet sich darin doch das Nichtgreifen-, Nichtfassenkönnen wieder.«

[22] Das hier von der Patientin gewählte Metallophon ist ein Stabspiel mit recht tiefen und voll klingenden Metallplatten, deren Klänge – durch die Spielweise der Patientin verstärkt – sehr stark ineinanderklingen. Auch hier steht eine chromatische Tonauswahl zur Verfügung.

Hier breitet sich jetzt etwas aus. Die Musik ist redundanter, flächenhafter. In der Behandlung ist nach dem Spiel eine andere Stimmung zu spüren. Sagen kann die Patientin zunächst nur, daß sie die Musik passend zum Titel fand. Eine ruhige Stille ist im Raum, ein In-Gedanken-sein.

Wieder hören die Patientin und ich – diese Stimmung bewahrend – die Musik vom Band. Zögernd, suchend, fast fragend erzählt sie von einem Bild, welches ihr beim Hören entstanden ist: »Ein Mann – vor einem Bücherregal. – Die Bücher zeigen, daß er viel zu erzählen hat. – Er kann viele Geschichten und überhaupt viel von der Welt erzählen. – Es könnte sein, daß das mein Großvater ist.«

In solchen zwischenzeitlich eher rätselhaften Drehungen von Sprechen – Spielen – Sprechen – Hören – wieder Sprechen usw. entwickelt sich der seelische Gedankengang. Beginnend bei einem unverständlichen Schmerz führte er hier schließlich zur Ambivalenz der Gefühle zum Großvater: zu dem Schmerz, daß dieser Mann, der der einzige überhaupt war, zu dem eine positive Beziehung möglich war, dem kleinen Mädchen zugleich die grausamsten Folterszenen aus dem 1. und 2. Weltkrieg erzählte. Er war für sie der einzige, bei dem sie Wärme und Nähe erlebte. Zugleich war er ein Mensch, der dem noch nicht zur Abgrenzung fähigen Kind den eigenen unverarbeiteten Schmerz und die Grausamkeit zweier Weltkriege einpflanzte.

Ich muß den weiteren Behandlungsverlauf und den psychologischen Gesamtzusammenhang dieses Falles hier vorenthalten. Nur soviel: Das Seelische zeigte sich hier zum einen in einer Verfassung seelisch-körperlicher Ungetrenntheit und in einer Form, die zum Ausdruck seelischen Erlebens in Sprache kaum fähig war. Dadurch entstanden immer wieder körperliche Symptome anstelle seelischen Ausdrucks, anstelle seelischer Mitteilungen, die gehört – vielleicht auch einmal erhört werden können.

Die Musik kann in *solchen* Fällen als Zwischenstück, als Übersetzungshilfe dienen und so das seelische Geschehen allmählich in eine verstehbare Form überführen. Ziel ist es dabei letztlich, daß der seelische Ausdruck – etwa des Schmerzes und der Trauer – sich nicht mehr körperlich krankmachende Bahnen suchen muß. (In anderen Fällen kann die Musik/das Improvisieren aber auch ganz andere Bedeutungen für die Behandlung gewinnen.)

Zum anderen handelte es sich hier um eine seelische Entwicklung, in der auch das »Eigene« und das »Fremde« sich in einer seltsamen »Verklumpung« befanden. Es war oft so, daß die Patientin die widersprüchlichsten Ansichten und seltsamsten Empfindungen äußerte, deren Sinn nur verständlich wurde, wenn man hörte und zu verstehen begann, daß mal sie selbst, mal ihr Großvater, mal ihre Mutter es waren, die sich da – quasi wie mit einer Zunge – zu Wort meldeten.

Hier half das Improvisieren und Hören der Musik, daß sie ihre eigenen Empfindungen besser spüren konnte und sich so allmählich *das Eigene als Eigenes* – unterschieden vom Leben und Empfinden anderer – ausbreiten und etablieren konnte. Hierzu war aber auch die Sprache notwendig – denn allein in der Musik wäre diese »Verklumpung« zwar hörbar, aber nicht verstehbar geworden – auch nicht für die Patientin selbst.

Musiktherapie versteht sich deshalb auch nicht – wie oft mißverständlich formuliert wird – als »nonverbales Verfahren«. Sie ist vielmehr angewiesen auf den Austausch von Musik und Sprache. Sie arbeitet mit dem fortlaufenden Wechsel von Spielen und Sprechen. Darin – in

diesem Austausch – sucht sie den seelischen Strukturen auf die Spur zu kommen, von da aus versucht sie die zugrundeliegende Problematik zu behandeln.

Musiktherapie ist deshalb auch nie eine symptomatische Behandlung. Weder ein Magengeschwür noch einen Ehekonflikt können wir durch Musik direkt vermindern. Musik ist keine Wunderdroge. Wohl aber ist es möglich – in mühsamer Kleinarbeit wie in allen Psychotherapien –, die Musik zum Aufspüren, zum Verstehen und zum Verändern derjenigen seelischen Strukturen mit zu nutzen, die Menschen krank machen – oder die sie an den ihnen begegnenden Aufgaben scheitern lassen.

LITERATUR

Körner J (1988) Vom Erklären zum Verstehen in der Psychoanalyse. Untersuchung zur psychoanalytischen Methode. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Riedel M (1978) Verstehen oder Erklären? Zur Theorie und Geschichte der hermeneutischen Wissenschaft. Klett-Cotta, Stuttgart

Strauss E (1978) Vom Sinn der Sinne. Ein Beitrag zur Grundlegung der Psychologie. Reprint der 2. Auflage 1936. Springer, Berlin Heidelberg New York

Tüpker R (1990) Auf der Suche nach angemessenen Formen wissenschaftlichen Vorgehens in kunsttherapeutischer Forschung. In: Petersen P (Hrsg.) Ansätze kunsttherapeutischer Forschung. Springer, Berlin Heidelberg New York

BUCHBEITRAG

2.6

Blickpunkt Musiktherapie: Tötungsphantasien heute und 'Euthanasie' im „Dritten Reich'[23]

Zusammenfassung Der Artikel entstand als Beitrag zu den Gedenkveranstaltungen der Universität Münster zum 8 Mai 1945. Musiktherapeutische Erfahrungen (Dietmut Niedecken) haben gezeigt, daß die sogenannte ‚Euthanasie' des Nationalsozialismus als gesellschaftliche Tötungsphantasie in den heute lebenden behinderten Menschen weiterhin wirksam ist. Aus diesem Blickwinkel heraus stellt der Vortrag, der dem Artikel zugrunde lag, die Geschichte der Tötung behinderter Menschen im ‚Dritten Reich' dar.

Keywords music therapy, mentally handicapped people, 'euthanasia', national socialism

Die sogenannte ‚Vernichtung unwerten Lebens' unter der Herrschaft der Nationalsozialisten ist eines der Verbrechen gegen die Menschlichkeit, welches selbst in der Literatur, die sich kritisch mit dem Nationalsozialismus auseinandersetzt, kaum Beachtung findet. Und das, obwohl im Zeitraum von 1939-1945 schätzungsweise 250.000 Menschen Opfer dieser bis ins Detail durchgeplanten Vernichtungsaktion wurden. (Eine Studentin konkretisierte in der Veranstaltung diese Zahl mit der Bemerkung, daß dies ungefähr der Einwohnerzahl von Münster entspricht.) Die juristische Aufarbeitung nach dem 8. Mai 1945 läßt in der Art der Bewertung insgesamt das Gefühl aufkommen, als handele es sich hier um ‚minderschwere Tötungsdelikte', was bisweilen den Verdacht einer geheimen Zustimmung erwecken kann. Das Weiterbestehen von ‚Tötungsphantasien' gegenüber geistig Behinderten und neuere Entwicklungen im Rahmen der ‚Bioethik' gemahnen uns, daß die Nicht-Beschäftigung mit diesem Thema einer Verdrängung Vorschub leistet, die auch heute geistig Behinderte bedroht.

---

[23] In: Vor 50 Jahren … Gedenkveranstaltung der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster zum 8. Mai 1945. Hg: Ruth-Elisabeth Mohrmann. LIT-Verlag, Münster 1996, 101-119

Zum Rahmen der Veranstaltung

Der Vortrag fand im Rahmen eines praxisorientierten Seminars zur Musiktherapie mit geistig Behinderten für Studierende des Zusatzstudiengangs Musiktherapie statt. Musiktherapie wird in Deutschland – ausgehend von einem Pilotprojekt des Landes NRW in Herdecke 1978-80 – von einigen Hochschulen als Postgraduierten-Studium mit Diplom-Abschluß angeboten. (Daneben gibt es einen grundständigen Studiengang mit Fachhochschulabschluß.) Der Zusatzstudiengang Musiktherapie der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster besteht seit 1987 und ist für Studierende zugänglich, die über ein Erstes Staatsexamen als MusiklehrerInnen verfügen.

Die Arbeit mit geistig behinderten Kindern und Erwachsenen bildet – neben den Bereichen Psychiatrie und Psychosomatik – einen der Schwerpunkte musiktherapeutischer Tätigkeitsbereiche. Musiktherapie entstand dabei zunächst aus der Zusammenarbeit von Musikern und Heilpädagogen (z.B. Nordoff/Robbins 1971, 1972, 1977), bzw. als Spezialgebiet der Musikpädagogik (z.B. Alvin 1966, Orff 1974, 1990). Neben diesen weiterhin bestehenden Ausrichtungen hat sich im Zuge der theoretischen Verknüpfung musiktherapeutischer Praxis mit den Sicht- und Denkweisen tiefenpsychologischer Psychologien (Psychoanalyse, Morphologische Psychologie und Gestaltpsychologie) eine Richtung herausgebildet, die ihre musiktherapeutische Arbeit mit geistig Behinderten als eine Möglichkeit versteht, bei entsprechender Indikation auch mit diesem Personenkreis psychotherapeutisch arbeiten zu können. Auch bei den Menschen, denen Sprache oft nur begrenzt eine Ausdrucksmöglichkeit bietet, ist es in der musikalischen und spielerischen Interaktion möglich, Seelisches mit seinen individuellen Strukturen und Konflikten so in Szene zu setzen, daß ein Verstehen und eine bessere Verarbeitung möglich werden können.

In dem für dieses Verständnis des musiktherapeutischen Auftrags richtungsweisenden Buches von Dietmut Niedecken (1989) wird erkennbar, daß das, was im ‚Dritten Reich' mit der Ermordung der geistig Behinderten Realität war, als kollektive Tötungsphantasie der Gesellschaft weiterhin besteht. Niedecken analysiert vor dem Hintergrund des Gedankens der „gesellschaftlichen Produktion von Unbewußtheit" von Mario Erdmann die Existenz eines „Tötungsphantasmas": es zeigt sich im gesellschaftlichen und institutionellen Umgang mit geistig Behinderten, im Schock der Eltern bei der Mitteilung einer geistigen Behinderung ihres Kindes und nicht zuletzt in den seelischen Strukturen der geistig behinderten Menschen, wie sie in der musiktherapeutischen Arbeit zum Ausdruck kommen. „Mord wird nicht mehr manifest verübt, aber das, was zu den Verbrechen der Nationalsozialisten geführt hat, ist nicht dadurch, daß es entsprachlicht wird, auch schon unwirksam. Es west fort – unterschwellig, kaum greifbar, mit Fürsorge überdeckt – in den Phantasmen, die unser Denken und Fühlen über das ‚Geistigbehindertsein' beherrschen." (Niedecken, ebendort S. 14)

Dieses Tötungsphantasma zum einen in seinem strukturellen Einfluß auf die psychische Problematik der PatientInnen, zum anderen aber auch in der eigenen Gegenübertragung zu erkennen und zu bearbeiten, stellt eine wesentliche Voraussetzung für die musiktherapeutische Arbeit dar. Wie sehr die Eingruppierung eines Menschen als geistig behindert anderes verstellen kann, zeigt sich allein in der häufig anzutreffenden Verwunderung darüber, daß Psychotherapie für diese Personengruppe überhaupt nötig sein kann, so als seien psychische Konflikte per se bei geistig Behinderten gar nicht möglich.

Die in der musikalischen Kommunikation mit geistig Behinderten auftauchenden Gestaltbildungen überhaupt als seelische Ausdrucksbildungen verstehen zu lernen, war daher der Schwerpunkt einer ersten morphologisch orientierten Diplomarbeit im

Studiengang Münster zu diesem Thema (Spliethoff 1994). Weitere Arbeiten zu diesem Arbeitsbereich sind in Vorbereitung (Albrecht, Atanasiu, Stiff-Keckmann, Ortmann).

Ideologische Grundlagen

Meine Ausführungen beziehen sich auf folgendes Quellenmaterial:

- Ernst Klee: „ ‚Euthanasie' im NS-Staat. Die ‚Vernichtung lebensunwerten Lebens'" (1983, Ausg. 1989)
- Ernst Klee: „Was sie taten - Was sie wurden. Ärzte, Juristen und andere Beteiligte am Kranken- oder Judenmord" (1986, Ausg. 1990)
- Alexander Mitscherlich / Fred Mielke (Hrsg.): „Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses." (1960, Ausg. 1991)
- Manfred Klüppel: „ ‚Euthanasie' und Lebensvernichtung am Beispiel der Landesheilanstalten Haina und Merxhausen." (1984)
- Franz Lutzius: „Verschleppt. Der Euthanasie-Mord an behinderten Kindern im Nazi-Deutschland." (1987)

Während die drei erstgenannten Bücher eine umfangreiche Aufarbeitung der Geschehnisse und ihrer rechtlichen Behandlung nach 1945 anhand zum Teil schwer zugänglicher Dokumente leisten, unternimmt Lutzius den m.E. gelungenen Versuch, dem Leser am Beispiel des Franz-Sales-Hauses in Essen erlebbar zu machen, was ‚Euthanasie' konkret im Schicksal der damals dort lebenden Menschen bedeutete – von daher erscheint mir dieses Buch für eine erste Beschäftigung mit der Thematik besonders empfehlenswert. Die einzelnen erzählerisch verarbeiteten Geschichten stützen sich auf Auskünfte und Schilderungen von Augenzeugen und wechseln sich mit den wesentlichen allgemeinen Informationen ab. Die Schrift von Klüppel stellt ein Beispiel der Aufarbeitung der Geschehnisse aus der Sicht zweier heute noch bestehender psychiatrischer Kliniken dar. Sie könnte vielleicht Vorbild für andere sein, sich mit der Geschichte der eigenen Institution auseinanderzusetzen, statt in Gedenkbänden die Jahre 1933-45 zu überspringen, wie dies doch häufig anzutreffen ist.

Obwohl es angesichts heutiger Tendenzen wichtig wäre, ist es im Rahmen dieses Vortrags nicht möglich, auf all die Gedankengänge näher einzugehen, die schon vor der nationalsozialistischen Zuspitzung die Tötung von behinderten Menschen in den Bereich des Möglichen rückten. Ich möchte dennoch zwei mir wichtig erscheinende Stränge hervorheben.

Der von Klee (1989, S. 15 ff) hergestellte Zusammenhang zwischen Darwins biologischer Theorie und den daran sich anknüpfenden Übertragungen der Selektionstheorie auf die Gesellschaft erscheint besonders erwähnenswert, da gerade die heutigen Möglichkeiten der Genetik in besonderer Weise für die Vision der ‚Verschönerung' (Eugenik) des Menschen durch möglichst frühzeitige Selektion aller ‚Fehler' im Erbgut anfällig ist.

Schon unter dem Eindruck des Ersten Weltkrieges propagierten der Jurist Karl Binding und der Psychiater Alfred E. Hoche, ein aktiver Gegner Freuds, die Tötung von Behinderten und Kranken. Hoche wurde später ein Gegner der Hitlerschen ‚Euthanasie', aber er prägte Begriffe wie ‚Ballastexistenzen' und ‚geistig Tote'. Trotz der Tarnung der

Tötungsphantasien dieser Professoren als Mitleid, ist ihr Begründungszusammenhang unverkennbar der der gesellschaftlichen Rentabilität. Auch dieser Strang ist heute wieder virulent: er wird in offiziellen Schriften eher nicht auftauchen, dafür aber umso mehr in den durchaus nicht unbewußten Phantasien vieler Menschen, die real oder vermeintlich Gründe für sozialen Neid haben, so daß Gedanken der Eugenik und der Selektion auch wenn dies so nicht beabsichtigt sein mag – dennoch auf diesem Boden gute Wachstumsbedingungen finden. Angesichts der verspürten Hoffnungslosigkeit, eine bessere Verteilung der Güter auf demokratisch politischem Wege erreichen zu können, scheint diese Phantasie *denen* die ‚Reichtümer' zu neiden, die sie gar nicht haben: den Kranken, Behinderten, den Asylanten, den ‚Asozialen', Drogenabhängigen und Strafgefangenen, denen also, die in dieser Verkehrung ‚nur Kosten verursachen'. Zu Ende gedacht ist das eine Form von Tötungsphantasie; denn da diese Menschen ja gar keinen Reichtum haben, den man ihnen ‚wegnehmen' könnte, kann man nur durch ihre Vernichtung – im Falle der Asylanten durch die mildere Form der Abschiebung – ‚Kosten sparen'.

Die direkte ideologische Grundlage damals lieferte Hitler in ‚Mein Kampf': „Alle großen Kulturen der Vergangenheit gingen zugrunde, weil die ursprünglich schöpferische Rasse an Blutvergiftung abstarb. Immer war die letzte Ursache eines solchen Untergangs das Vermessen, daß alle Kultur vom Menschen abhängt und nicht umgekehrt, daß also, um eine bestimmte Kultur zu bewahren, der sie erschaffende Mensch erhalten werden muß. Diese Erhaltung aber ist gebunden an das eherne Gesetz der Notwendigkeit und des Rechtes des Sieges des Besten und Stärkeren. Wer leben will, der kämpfe also, und wer nicht streiten will in dieser Welt des ewigen Ringens, verdient das Leben nicht." (Zitiert nach Klüppel, S. 13 f)

Vorboten der ‚Euthanasie'

Der Einstieg in das Mordprogramm, welches in unheilvoller Allianz rassistische, antisemitische und sozialdarwinistische Tendenzen verband, fand über die Sterilisationsgesetze statt. Auch davon schreibt Hitler in ‚Mein Kampf' und prägt die dazu notwenigen Ideologeme: „Wer körperlich und geistig nicht gesund ist, darf sein Leiden nicht im Körper seines Kindes verewigen." Zur „Reinerhaltung" des „gesunden Volkskörpers" müssen zunächst „krankhafte Erbanlagen ausgemerzt" und er muß vor „unwertem Leben" bewahrt werden. (s. Lutzius S. 14)

Der Personenkreis, der im Zusammenhang des am 14.7.1933 verabschiedeten Gesetzes „zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" genannt ist, kann uns einen Eindruck davon vermitteln, gegen wen sich auch die spätere ‚Euthanasie' richtete: neben den geistig Behinderten, die unter den verschiedensten Begriffen wie „Schwachsinnige" und „Idioten" kategorisiert wurden, fielen Epileptiker und Spastiker unter dieses Gesetz, Schizophrene und andere psychisch Kranke, aber auch Alkoholiker, Nicht-Seßhafte, Landstreicher, ‚Arbeitsscheue', sowie Menschen mit angeborenen Mißbildungen wie Kleinwuchs, zehenlose Füße, fingerlose Hände, Klumpfuß und Sinnesschädigungen.

Was dieses Gesetz konkret heißen konnte, mag der Bericht einer gehörlosen Frau in einer Sendung des Bayerischen Fernsehens von 1982 spürbar machen: „1938 wurde ich schwanger. Zuerst habe ich es nicht geglaubt. Meine Mama war sehr erschrocken, weil ich schwanger war. Wir sind zum Frauenarzt gegangen. Er hat mir gratuliert. Ich war wirklich schwanger. Aber ich war doch sterilisiert! Ich mußte in die Frauenklinik. Man hat mir meine Kleider weggenommen. Ich mußte dableiben. Ich wollte nach Hause, aber sie haben

mich im Zimmer eingeschlossen. Ich wollte fliehen, aber ich bin gepackt worden. Ich habe viel geweint. Ich war verzweifelt. Ich wollte aus dem Fenster rausspringen. Nach der Operation bin ich in der Intensivstation aufgewacht. Die Schwester sagte: Es war ein Bub. Er war normal. Die Schwester hat gesagt, daß sie schweigen muß. Christian, mein Verlobter, hat mich auf der Intensivstation besucht. Er hat gesagt: Wir stehen unter der Macht. Wir bleiben beisammen! 1938, nach der Abtreibung wollten wir unbedingt heiraten. Der Standesbeamte sagte, daß ich nochmal sterilisiert werden muß. Ich wollte ins Kloster gehen, bis Hitler den Krieg verloren hat. Aber mein Verlobter sagte: Dort wird auch sterilisiert und abgetrieben. Mein Mann wollte mich heiraten! Schweren Herzens ließ ich mich nochmal sterilisieren. 1941 konnten wir heiraten, weil ich sterilisiert war. Ich war so traurig ohne Kinder. Und der Liebesakt war nicht wie vorher." (Zitiert nach Klee 1989, S. 49)

Die Vernichtung sogenannten ‚unwerten Lebens'

Die ‚Euthanasie' selbst, die schon vor 1939 durch Deportationen vorbereitet wurde, fand die gesamte Zeit ohne gesetzliche Grundlage statt.

Sie beruhte lediglich auf einem sogenannten „Ermächtigungsschreiben" Hitlers an Brandt und Bouhler sowie anderen direkten Weisungen. Die entsprechenden Gesetze sollten nach Ende des Krieges geschaffen werden. (Umso mehr verwundern die juristischen Urteile und berufsethischen Einschätzungen nach 45, denn anders als bei anderen Unrechtstaten in totalitären Regimen, konnte sich hier niemand auf ‚damals geltendes Recht' berufen.)

Die Organisation, Vorbereitung und Durchführung der Morde oblag der Zentraldienststelle T 4 (Tiergartenstr. 4, Berlin-Charlottenburg), die als Hauptamt II direkt der Reichskanzlei unterstellt war. Leiter waren der SS-Standartenführer Philipp Bouhler und der Leibarzt Hitlers, Dr. Karl Brandt. Maßgeblich wirkten mit der Jurist Dietrich Alles als Geschäftsführer von T 4 und der Reichsärzteführer Dr. Leonardo Conti (Staatssekretär für das Gesundheitswesen und Volksgesundheit). Die Dienststelle T 4 hatte insgesamt ungefähr 100 Mitarbeiter.

Bouhler und Brandt erließen auch die Richtlinien, nach denen die damit freiwillig beauftragten Ärzte vom Schreibtisch aus über Leben oder Tod von Behinderten und anderen Betroffene mit einem Plus oder Minus entschieden. Manche brachten es auf 3500 ‚Gutachten' pro Monat, wofür es ein Honorar von 400 Reichsmark gab. Obergutachter war der Psychiater Prof. Dr. Werner Heyde, sein Vertreter Prof. Dr. Paul Nitsche, ein weiterer wichtiger Gutachter der Kinderarzt Prof. Dr. Catel.

Einzelne Abteilungen von T 4 waren als gemeinnützige eigenständig wirkende Gesellschaften getarnt. So z.B. die „Gemeinnützige Krankentransport-GmbH", die mit großen grauen Bussen in die Anstalten kam und die Behinderten oft mit unbekanntem Ziel, meist mit vorgeschobenen Gründen, notfalls aber auch mit Waffengewalt gegen die Betreuer vorgehend, abtransportierte. Eine weitere Abteilung war als „Gemeinnützige Stiftung für Anstaltspflege" getarnt. Sie war zuständig für die Besoldung der Mitarbeiter, für die Beschaffung von Gas und Medikamenten, für die Technik: Gaskammern, Verbrennungsöfen, auf Lastwagen montierte Vergasungszellen, sowie für die Verhandlungen mit den betroffenen Anstalten, die Spesen für Begleitpersonal der Abtransporte und Verwaltung von Gold und Schmuck.

Noch während in Deutschland die Organisationsformen aufgebaut wurden, fanden im besetzten Polen die ersten Massentötungen von Kranken statt, zunächst durch Erschießung mit Maschinengewehren.

Später wurden Tötungen mit Gas und Medikamenten (z.B. Morphium-Skopolamin und Luminal) ‚erprobt' und ‚humane (und kostengünstige) Tötungsformen' diskutiert. Einige beteiligte Ärzte, wie Lutzius dies z.B. für Dr. Karl Brandt beschreibt, legten besonderen Wert auf die ‚Einhaltung des ärztlichen Berufsethos', womit zynischerweise etwa die Einhaltung hygienischer Vorschriften, wie z.B. die Desinfektion der Einstichstelle vor dem ‚Abspritzen' gemeint war. Als gegen Kriegsende die Medikamente knapp wurden, ließ man behinderte Kinder erst einige Tage hungern, weil dann nur eine geringere Dosis Medikamente für ihre Ermordung benötigt wurde. Viele starben auch an den Folgen medizinischer Experimente, auf die ich später noch eingehen werde.

Das Franz-Sales-Haus in Essen

Einigen Ausschnitten aus dem Buch von Lutzius folgend, möchte ich nun etwas näher auf die Situation in den Anstalten und die der Betroffenen und der dort Arbeitenden eingehen. Das Franz-Sales-Haus war und ist eine katholische Einrichtung zur Betreuung geistig behinderter Kinder und Erwachsener. Von den damals 1.290 BewohnerInnen wurden nachweislich 787 deportiert, fast alle wurden ermordet. Franz Lutzius' Nachforschungen über das Schicksal der Deportierten begannen 1984 anläßlich des 100. Geburtstages der Institution.

Im Sommer 1940 erhielten das Franz-Sales-Haus und andere kirchliche Heime der Rheinprovinz Meldebögen, in denen Auskunft über die ihnen anvertrauten Menschen zu geben war. Als Gründe für die Meldepflicht wurden mehr Lebensmittel für arbeitsfähige PatientInnen oder Verlegung an sicherere Orte vorgeschoben. (Vor diesem Hintergrund wird vielleicht auch verständlich, warum in unserer Zeit einige HeimleiterInnen ziemlich allergisch auf die für die ‚Insassen' auszufüllenden Bögen der Volkszählung reagierten.)

Zu melden waren als erste Gruppe PatientInnen mit Schizophrenie, Epilepsie, senilen Erkrankungen, Therapie-refratärer Paralyse und anderen Lues-Erkrankungen, Schwachsinn jeder Ursache, Encephalitis, Chorea Huntington und anderen neurologischen Endzuständen. Dies – hier wird das Nützlichkeits- oder Rentabilitätsprinzip deutlich – soweit diese Menschen nicht oder nur mit mechanischen Arbeiten zu beschäftigen sind. Als zweite Gruppe spielte die Aufenthaltsdauer in der Anstalt von mindestens 5 Jahren eine Rolle, eine dritte Gruppe bildeten kriminelle Geisteskranke. Die vierte Gruppe in diesem von Conti verfaßten Papier folgt einer ganz anderen Kategorisierung, da hier diejenigen erfaßt werden sollen, die im Zuge des rassistischen und antisemitischen Vernichtungsplanes ermordet werden sollten. (Zur Verflechtung der Euthanasie mit der Judenvernichtung vgl. Klee, 1989, S. 258 ff, S. 367 ff)

In dem Buch von Lutzius ist deutlich, daß zu diesem Zeitpunkt zumindest teilweise bekannt war, daß von der SS im besetzten Polen geistig Kranke durch Erschießen oder Vergasen umgebracht worden waren und daß in Landespflegeanstalten die Ermordung von Kranken durch Vergasen „erprobt" wurde (Brandenburg, Grafeneck, Bernburg, Hadamar, Hartheim, Sonnenschein).

Mitarbeiter des Franz-Sales-Hauses versuchten deshalb ihre PatientInnen zu schützen: durch Änderung von Diagnosen, durch Entlassung einiger PatientInnen nach Hause, bzw.

die Information der Verwandten und durch verschiedene Versuche, Richter und die kirchlichen Vorgesetzten zum Eingreifen zu bewegen. Beschrieben ist hier auch, wie es gelang, vier schwer gestörte jüdische Kinder, deren Eltern nicht erreicht werden konnten, auf dem Dachboden einer befreundeten Familie zu verstecken und später weiter in eine ländliche Gegend zu bringen. Was aus diesen Kindern letztlich geworden ist, konnte nicht mehr ermittelt werden.

Die katholische Kirche blieb nicht untätig. Sie protestierte gegen die Euthanasie und im August 1940 verbietet die Bischofskonferenz den Mitarbeitern katholischer Anstalten „aktiv bei der Verbringung ihrer Insassen mitzuwirken zwecks Vernichtung sogenannten lebensunwerten Lebens". (Zit. nach Lutzius, S. 166 f) Aber sie gab damit die Verantwortung nur nach unten weiter, an diejenigen, die am allerwenigsten in der Lage waren, die Transporte zu stoppen. An der Konkretion der Erzählung über die Mitarbeiter des Sales-Hauses wird deutlich, wie sehr eine solche ‚gut gemeinte' Anweisung an der Realität vorbeiging.

Auch ohne eine Anweisung von oben verweigerten die Verantwortlichen bei dem ersten Transporttermin die Herausgabe der 30 dafür vorgesehenen Kinder. Dann aber stand in der Nacht die SS bewaffnet vor der Tür und bedrohte erst den Pförtner und dann die Nachtschwester, die die Oberin und den Direktor herbeiriefen. Als diese sich weigerten, die Kinder, deren Namen auf der Liste standen, zu identifizieren, wurde ein Epileptiker mit vorgehaltenem Gewehr dazu gezwungen. 11 Kinder der Liste waren nicht aufzufinden, weil sie versteckt oder entlassen waren. Die SS drohte, stattdessen doppelt soviele andere Kinder mitzunehmen. Schließlich rückten sie mit 19 Kindern ab. Alle wurden kurz nach ihrer Ankunft in Berlin-Brandenburg vergast.

Keine aktive Mitarbeit, also eine Art passiven Widerstand zu leisten, das wäre in diesen Situationen wohl eher eine moralische Selbstreinhaltung auf Kosten der Kinder gewesen: wenn die Schergen vor der Tür standen und die Schwestern sich weigerten, die Kinder anzuziehen, so wurden die Kinder in Nachthemden mitgeschleift. Sollten sie sich weigern, den Kindern wie befohlen Essen mitzugeben, ihnen einige persönlichen Dinge herauszusuchen? Dann würden sie auf dem Transport hungern und auch diese minimalen Tröstungen entbehren. Sollten sie, wenn sie aufgefordert wurden, den Transport zu begleiten, dies verweigern? Dann reisten die verzweifelten Kinder, die oft sehr wohl wußten, was mit ihnen geschehen sollte, allein in der Begleitung der SS-Leute.

Wurden die Meldebögen nicht zufriedenstellend ausgefüllt, so reisten von T 4 beauftragte Ärztekommissionen an und führten die Selektion nach kurzer Besichtigung der Kranken oder nach Aktenlage durch. Ganz im Gegensatz zu dem auch nach 1945 zur Entlastung der Beteiligten benutzen Vokabular von den ‚geistig Toten' wußten die Betroffenen sehr wohl von der Aufgabe dieser Kommissionen. „Einmal kam eine Kommission zur Besichtigung nach Emmendingen. Beim Durchgang durch einen Saal rief eine Patientin dieser Kommission zu: „So, sucht ihr wieder neue Opfer. Ihr Massenmörder." " (Aussage der Oberin 1947, Zit. nach Klee 1989, S. 245)

Durch die Einrichtung von ca. 30 sogenannten Kinderfachabteilungen und die Meldepflicht bezüglich behinderter Kinder (auch ‚nur' körperbehinderter) für ÄrztInnen und Hebammen waren behinderte Kinder später auch zu Hause bei ihren Eltern nicht mehr vor der ‚Euthanasie' sicher. In einem von Conti unterzeichneten Schreiben des Reichsinnenministeriums heißt es: „Die Sorgeberechtigten sind oft nicht gern bereit, das Kind in eine Anstalt zu geben . . . . Erfahrungsgemäß ist dies bei Kindern mit mongoloider Idiotie besonders häufig der Fall, zumal die Angehörigen die Anhänglichkeit,

Freundlichkeit oder Musikfreude derartiger Kinder oft falsch werten . . .“ Deshalb werden auch hier Falschaussagen (z.B. es gäbe jetzt ein Medikament gegen Schwachsinn), Überredungskünste und letztlich Zwang eingesetzt, um die Eltern zur Übergabe ihrer Kinder in diese Abteilungen zu bringen, in denen sie nach einer gewissen Zeit „euthanasiert“ werden. (Klee 1989, S. 314 ff)

Am 3. August 41 kam es zu einer unmißverständlichen Predigt Bischofs Clement August Graf von Galen gegen die Euthanasie in der Lamberti-Kirche hier in Münster. Diese Predigt wurde hektographiert und überall in Deutschland und im Ausland verbreitet. Britische Flugzeuge warfen sie in Tausenden von Exemplaren über Deutschland ab. Graf von Galen mußte später selbst feststellen, daß die Wirkung dieser Predigt aber lediglich in der Verstärkung der Verdeckungsmaßnahmen und einer Änderung der Durchführung der Morde bestand: Medikamente wurden bevorzugt, natürliche Todesursachen auf die Totenscheine geschrieben.

Ein Merkblatt, welches in 10 Punkten angab, was die BetreuerInnen bei der angeblichen Verlegung der Kranken zu beachten hatten, zeigt einerseits Beibehaltung bürokratischer Rituale: neben Personalakte und Krankengeschichte, gab es Punkte wie „Geldbeträge: Die Geldbeträge sind in einer besonderen Aufstellung mit 2 Durchschlägen (als Quittung anzusehen) bereitzuhalten.“ Andererseits aber auch entwürdigende Anweisungen, die sich schon nicht mehr so lesen als handele es sich um Menschen, sondern eher um Gegenstände: „Markierung der Kranken: Die Geisteskranken sind mit einem Leukoplaststreifen zu versehen, auf dem der Name des betr. Kranken geschrieben steht und der auf der Rückseite zwischen den Schulterblättern befestigt wird. Außerdem muß der Name des betr. Kranken in der Kleidung eingenäht sein.“

In einer späteren Anweisung der Landes-Heilanstalt Herborn heißt es: „Die Namensbezeichnung der Kranken auf einem aufgeklebten Heftpflasterstreifen hat sich nicht bewährt, da dieser oft abgelöst und entfernt wurde, so daß eine Feststellung der Personalien hier – wenn das Begleitpersonal fort ist und wir nur auf die Angaben der Kranken und deren Mitkranken angewiesen sind – sehr erschwert und vor allem unsicher ist. Wir bitten deshalb, jedem Kranken seinen Namen und Vornamen mit Tintenstift auf die vorher angefeuchtete Hautstelle zwischen den Schulterblättern zu schreiben...“.

Die Landesheilanstalt Herborn war eine der „Zwischenanstalten“ zur besseren Tarnung des Weges der PatientInnen in den Tod. Sie bat – die zusätzliche Arbeit beklagend – in demselben Schreiben mit größter Höflichkeit um eine vierfache Ausfertigung der Namenslisten: „Ihnen macht es nicht allzuviel Mehrarbeit und Sie können sich vorstellen, wie wir durch diese Transporte hier mit Arbeit überlastet sind, so daß wir hoffen, keine Fehlbitte getan zu haben.“ (Zit. nach Klüppel, S. 44)

Die Angehörigen durften erst drei Tage nach dem Abtransport informiert werden. Dazu gab es entsprechend Vordrucke, stets mit vorgeschobenen Gründen für die Verlegung. Die Besuchsmöglichkeit in der neuen Anstalt wurde ihnen so gut wie unmöglich gemacht, meist erhielten sie wenig später die Todesnachricht. Auch diese Briefe waren in den Formulierungen weitgehend genormt. Den verantwortlichen ÄrztInnen stand eine ‚Kurzgutachtensammlung’ mit 61 ‚Kurzgutachten’ zur freien Auswahl zur Verfügung. Es wurden stets organische Todesursachen wie akute Herzerkrankungen, Lungenentzündung, Embolien, Blinddarmdurchbrüche u.ä. angegeben.

Um zu vermeiden, daß sich Todesursachen in einer Anstalt bei PatientInnen, deren Angehörige nah beieinander wohnten, auffällig häuften, wurden komplizierte Listen

geführt. Damit die große Zahl der angeblich natürlich Verstorbenen in den Orten der Tötungsanstalten nicht zu deutlich wurde, wurden die Urnen an verschiedenen Postämtern aufgegeben. In welchen Fällen sie tatsächlich die Asche der Verstorbenen enthielten, wird wohl immer ungeklärt bleiben, da viele Tote der medizinischen Forschung zur Verfügung gestellt wurden.

Erhielten die Angehörigen die Todesnachricht, so war ihr Verstorbener aus ‚Seuchenschutzgründen' (wirklich oder vermeintlich) bereits eingeäschert. Auch in diesen Briefen zeugt der Kontrast zwischen primitivem Mord und Einhaltung bürokratischer Formen von unglaublichem Zynismus: „ ... Der in die Anstalt eingebrachte Nachlass der Verstorbenen wird nach erfolgter Desinfektion hier zurückgelegt, weil er in erster Linie als Pfand für den Kostenträger der Anstaltsunterbringung dient. Andernfalls steht er den Erbberechtigen zur Verfügung .... Bei dieser Gelegenheit erlauben wir uns, Sie darauf hinzuweisen, dass sich eine Beschädigung des Nachlasses durch die Desinfektion infolge Verwendung nachhaltigster Mittel sehr oft nicht vermeiden lässt, und vielfach sowohl Versendung wie Herbeiführung eines Entscheides über Zuweisung des Nachlasses mehr Zeit und Kosten verursacht, als der Nachlass wert ist. Wir schlagen Ihnen daher vor, auf ihn zu verzichten, und sollten Sie uns innerhalb von 14 Tagen keine Nachricht zukommen lassen, nehmen wir an, in Ihrem Sinne zu handeln, wenn wir diesen der NSV überlassen. Falls Sie die Urne auf einem bestimmten Friedhof beisetzen lassen wollen – die Überführung der Urne erfolgt kostenlos – , bitten wir um Mitteilung und Einsendung einer entsprechenden Einverständniserklärung der betreffenden Friedhofsverwaltung. Sollte uns diese innerhalb von 14 Tagen nicht zugehen, würden wir die anderweitige Beisetzung der Urne veranlassen. Anbei 2 Sterbeurkunden zur gefl. Bedienung. Heil Hitler." (Zit. nach Klüppel, S. 51)

Einer der Überlebenden des Franz-Sales-Hauses berichtete später, wie Eltern, die nach der Todesnachricht dennoch selbst in die Todesanstalt Tiegenhof (Gnesen) reisten, eine makabere Beerdigungszeremonie vorgespielt wurde. Mit der Vorrichtung eines ‚Klappsarges' wurde eine würdige Bestattung in einem Einzelgrab vorgetäuscht. Waren die Verwandten abgereist, so wurde der oder die Tote in das Massengrab gekippt.

Von den insgesamt 1.290 BewohnerInnen des Franz-Sales-Hauses wurden zwischen 1940 und 1943 nachweislich 787 deportiert. Davon haben nur zwei Männer, Rolf Küster und Werner Scharnier, überlebt. Rolf Küster überlebte grausame medizinische Experimente und wurde durch das Eingreifen des Arztes und Widerstandskämpfers Dr. Otto Spülbeck gerettet. Werner Scharnier wurde zunächst von den Russen aus der Todesanstalt Tiegenhof ‚befreit', aber nur um dann als Zivilinternierter, später als Kriegsgefangener behandelt und dann als Zwangsarbeiter nach Rußland deportiert zu werden. Erst im Mai 1948 kam er, inzwischen an Wassersucht erkrankt, nach Hause. Das Schicksal derer, die durch die MitarbeiterInnen vor den Deportationen entlassen wurden, konnte nicht rekonstruiert werden.

Medizinische Experimente

Wie auch an KZ-Insassen, so wurden auch an geistig Behinderten und psychiatrischen PatientInnen medizinische Experimente mit großer Grausamkeit durchgeführt. Die im Zuge der ‚Euthanasie' vorgesehenen ‚Forschungsprogramme' entsprangen zum Teil dem Interesse der Psychiatrie, zum Teil wurden allgemeinmedizinische und pharmakologische Fragestellungen erforscht: so z.B. Knochentransplantationen und gewaltsam erzeugte

Knochenbrüche zur Erprobung von neuen Gipsverbänden, Erforschung der Immunabwehr durch absichtlich herbeigeführte Hepatitisinfektionen, Erprobung von Sulfonamiden zur Wundfieberbehandlung – auch hierzu wurde die zu behandelnde Krankheit künstlich erzeugt, ebenso zur Erprobung eines Impfstoffes gegen Fleckfieber. (Nutznießer auf seiten der Pharmaindustrie war z.B. die IG Farben). Frauen wurden ohne Narkose die Eierstöcke und Rückenmark herausgenommen. Aber auch kriegsbedingte Forschungsinteressen wurden ‚bedient'. „Zöglinge werden in der Unterdruckkammer eingesperrt, um bei ihnen die Grenze des menschlich ertragbaren Unterdrucks zu ermitteln. Den meisten Versuchspersonen platzen dabei die Lungen. Andere zum Experiment verurteilte Zöglinge werden unterkühlt. Ohne Rücksicht auf die hohen Abbruchquoten durch vorzeitiges ‚Wegsterben' wird danach geforscht, wie lange die Versuchsperson mit einer bis an die Todesgrenze abgesenkten Körpertemperatur leben kann und welche Erwärmungsmethoden angewandt werden können." (Lutzius, S. 214)

Neben den Experimenten an lebenden Behinderten bestand auch ein großes Interesse an ihren Leichen. So forderten z.B. der Heidelberger Ordinarius Prof. Dr. Carl Schneider und Prof. Dr. Julius Hallervorden vom Kaiser-Wilhelm-Institut für Hirnforschung in Berlin-Buch immer wieder ungeduldig die ‚Lieferung' von ‚Gehirnen' oder äußern spezielle Wünsche auf Körperteile noch lebender Menschen. So heißt es in einem Brief eines Mitarbeiters von Schneider: „Falls das Kind (welches zuvor namentlich angegeben ist und noch lebt) zur Sektion kommt, würde Herr Prof. Schneider auch Wert darauf legen, daß nicht nur eine Gesamtsektion durchgeführt wird, sondern auch außer dem Gehirn Ausschnitte aus dem gesamten inneren Drüsensystem nach hier zur Untersuchung geschickt werden." (Zit. nach Klee 1989 S. 400)

Nach 1945

In der (völlig unzureichenden) Aufarbeitung der ‚Euthanasie' nach Kriegsende fällt vor allem die Aufrechterhaltung der sie ermöglichenden Positionen auf. Hier zeigt sich das Weiterbestehen der Tötungsphantasien im fehlenden Unrechtsbewußtsein – nicht nur der Täter –, sowie in der Tatsache, daß diese Verbrechen der Nazis im Vergleich zur Ermordung gesunder Menschen quasi als ‚minderschwere' Fälle behandelt wurden.

So wurde z.B. die Weiterbeschäftigung eines Angestellten der Berliner Justizbehörde, Gerhard Godenschweig, erst 1963 durchdie Wiederaufnahme eines Verfahren untersagt, in dem ihm *nun doch* nachzuweisen war, daß er *nicht nur* an der Ermordung unheilbar Geisteskranker beteiligt war, *sondern auch* an der anderer – nicht behinderter – KZ-Häftlinge.

Im Groben läßt sich zur strafrechtlichen Verfolgung dieser Morde sagen, daß fast niemand verurteilt wurde und daß bei den wenigen Verurteilungen, zu denen es überhaupt kam, eine ausgesprochene ‚Milde' auffällt: Vorberg, der Leiter der „Gemeinnützigen Kranken-Transport-GmbH", wurde für die ‚Förderung der Tötung' von 70.273 Menschen zu 10 Jahren Haft verurteilt; Allers für 34.549 Menschen zu 8 Jahren. Davon wurden jeweils zwei Drittel verbüßt. Vielleicht fehlen mir die juristischen Spezialkenntnisse, aber es ist mir nicht begreiflich, wieso hier zumeist von Tötungen und fast nie von Mord gesprochen wird, obwohl doch Vorsatz, Planung und Heimtücke hier nicht zu übersehen sind. Bisweilen kommt es in den Urteilen durch die Umbenennung in Totschlag zu keinen Bestrafungen, weil zum Zeitpunkt der Prozesse dieses Delikt bereits verjährt ist.

Mehr noch drückt sich das Weiterbestehen der Tötungsphantasie in manchen Urteilsbegründungen aus. So befand z. B. das Landgericht Hamburg in einem Urteil vom 19. April 1949 über die Ermordung von 56 Kindern (angeblich „Vollidioten, also ... geistig völlig tot"), daß die Tötungen zwar „objektiv rechtswidrig" waren, (wie wäre es gewesen, wenn Hitler das Euthanasiegesetz nicht hätte ‚verschieben' müssen?), die Richter konnten aber dennoch „keine Schuld feststellen": „Die Strafkammer ... ist nicht der Meinung, daß die Vernichtung geistig völlig Toter und ‚leerer Menschenhülsen' ... absolut und a priori unmoralisch ist." (Zit. nach Klee 1990, S. 211)

So konnten auch die maßgeblich beteiligten Ärzte, wie der Obergutachter und Kinderarzt Dr. Catel, ihre Positionen ungehindert weiter vertreten. In seinen Vernehmungen 1948 wollte er zwar einerseits von der Euthanasie nichts gewußt haben, vertrat sie andererseits weiterhin mit einem schier unglaublichen Vokabular: „Vollidiotische Menschen sind aber biologisch gar keine Menschen, sondern eine stumpf hinvegetierende Masse ohne funktionsfähiges Großhirn. Sie stellen ein ‚überlebendes Präparat' dar ... Beim vollidiotischen Wesen wird also niemals die Stufe eines beseelten Tieres oder eines Menschen erreicht." „Vollidiotische Wesen sind auch religiös betrachtet keine Menschen, da sie eben über keine Personalität verfügen. Die Auslöschung dieser Wesen bedeutet also weder Mord noch Tötung, sondern etwas Drittes, das bisher in der Rechtssprechung nicht berücksichtig wurde. Ich gebrauche vorläufig dafür den Ausdruck ‚Auslöschung' " (Zit. nach Klee 1990, S. 141)

Catel wurde nicht nur nicht verurteilt, er lehrte viele Jahre als Ordinarius für Kinderheilkunde an der Universität Kiel, nach seinen Lehrbüchern lernten Generationen von KinderärztInnen und er wurde zu zahlreichen Medizinerkongressen als Referent geladen. Als er starb, ehrte ihn die Universität mit einer Todesanzeige, in der es hieß, er habe „in vielfältiger Weise zum Wohle kranker Kinder beigetragen." (Zit. nach Klee 1990, S.142)

Viele der beteiligten Ärzte praktizieren nicht nur weiter, sondern lehren in ihren meist psychiatrischen Fachgebieten an Universitäten, leiten Kliniken und Beratungsstellen, sind erneut als psychiatrische Gutachter tätig und als Autoren in der Fachliteratur zu finden. So unterbleibt auch die berufsethische Ächtung als gälte der hippokratische Eid nicht gegenüber geistig Behinderten. Ich zitiere dazu Klee (1990, S. 129 f): „Die Hamburger Ärztekammer hatte 1949 zu entscheiden, ob jenen Ärzten, die an der Ermordung behinderter Kinder beteiligt gewesen waren, die Approbation zu entziehen sei. Der Vorstand der Ärztekammer entschied, daß das „hier zugrundeliegende Problem der Euthanasie ... noch keineswegs im rechtlichen oder berufsethischen Sinne geklärt" sei. 1949 wußte man demnach noch nicht, ob es ethisch verboten oder erlaubt ist, behinderte Kinder umzubringen. Zwölf Jahre später wußte man es. In einer gemeinsamen Erklärung der Hamburger Gesundheitsbehörde und der Ärztekammer heißt es: „Bei der am 10. Januar 1961 nach stundenlanger und sorgfältiger Beratung erfolgten Prüfung ist der Vorstand der Ärztekammer Hamburg zu der Auffassung gekommen, daß die Handlungen der beschuldigten Ärztinnen und Ärzte aus den Jahren 1941 bis 1943 keine schweren sittlichen Verfehlungen im Sinne des § 5 Abs. 1 Ziffer 3 der Reichsärzteordnung darstellen und somit heute nach etwa 20 Jahren nicht Anlaß zu einem Antrag auf Entziehung der Approbation sein können!" (Leider ist mir nicht bekannt, ob diese Auffassung zu einem späteren Zeitpunkt revidiert wurde.)

Da geistig Behinderte nach wie vor oft als PatientInnen in Psychiatrien leben und angesichts des Wissens um unbewußte Abwehrstrukturen von Institutionen erschreckt es besonders, wenn man bei Klee als eine zusammenfassende Bemerkung liest: „1946 ist es

allerdings auch schwer, einen Ordinarius (der Psychiatrie) zu finden, der mit der Euthanasie nichts zu tun gehabt hat. Diese Ordinarien haben die nächste Generation von Psychiatern ausgebildet.“ (1990, S. 187)

Daß das Lebens- und Selbstbestimmungsrecht und die Würde von geistig Behinderten auch heute kein unantastbares Gut ist, zeigen neuere Diskussionen und Entwicklungen. So lassen die Früherkennungsmöglichkeiten geistiger Behinderung es schon fast zur Schuld der Mutter werden, ein geistig behindertes Kind zu haben. Was aber heißt das anderes, als daß es zur gesellschaftlichen Norm wird, daß ein behindertes Kind abgetrieben werden *muß* und das Recht zu leben ihm generell abgesprochen wird. Eine meiner Patientinnen erzählte mir einmal von ihrer nicht endenden Trauer um ihr abgetriebenes Kind, sie sehe es innerlich wachsen und stelle sich immer vor, wie groß es jetzt sei. Sie hatte sich vor acht Jahren von ihrem Arzt zu einer Abtreibung drängen lassen mit der Begründung, das Kind würde aufgrund ihres Alters mit höchster Wahrscheinlichkeit mongoloid, ein Austragen des Kindes sei deshalb unverantwortlich.

Fast unbemerkt wäre der Entwurf einer nahezu geheimen Bioethik-Kommission im Europarat verabschiedet worden, mit dem das seit den Nürnberger Prozessen in Deutschland geltende strikte Verbot von medizinischen Versuchen an Minderjährigen, geistig Behinderten und anderen ‚nicht einwilligungsfähigen’ Personen aufgehoben gewesen wäre. Mit dem § 6 des Entwurfs sollten u. a. Eingriffe an „nicht voll geschäftsfähigen Personen“ erlaubt sein. Dies sogar „ohne direkten therapeutischen Nutzen“, nämlich: „zum Zweck der medizinischen Forschung in Bereichen mit minimalem Risiko und geringfügiger Belastung für den Probanden, sofern keine andere geeignete Person (oder Personengruppe) ... zur Verfügung stehen.“ (Zit. nach Schnabel 1994) (Wer legt wohl fest, welches Risiko ‚minimal’ und welche Belastung ‚geringfügig’ ist? An welche Experimente ist gedacht, wenn keine andere Personengruppe zur Verfügung steht, weil vielleicht niemand sich einem solchen Experiment freiwillig unterzieht?)

Weiterhin sollte in dem vorgelegten Entwurf nicht nur die Möglichkeit der Selektion von Menschen nach angeblichen genetischen ‚Defekten’, bzw. Prädispositionen, gesellschaftsfähig gemacht werden, sondern es war bei „übergeordneten Interessen“ auch vorgesehen, daß Daten aus entsprechenden Forschungsreihen an Versicherungen, Behörden oder Personalbüros weitergegeben werden können. (Breyer/Wunder 1994)

Auch wenn diese Fassung des Entwurfs den Europarat nicht passieren konnte, gilt es, diese Diskussion wachsam zu verfolgen, denn sonst drohen geistig Behinderte oder andere, psychisch Kranke oder auch aufgrund ihres Alters ‚nicht mehr einwilligungsfähige’ Menschen zu „den ersten zukünftigen Opfern des ungezügelten Fortschrittsglaubens der Biomedizin zu werden und der damit verbundenen wirtschaftlichen Interessen.“ (aus einer Resolution des XIV. Weltkongresses für Soziale Psychiatrie, zit. nach Breyer/Wunder 1994)

Die ‚Euthanasie’ an geistig Behinderten ist kein Thema, welches „endlich ruhen gelassen“ werden kann. Neuerdings vermehrt zu hörende Hinweise darauf, daß es Gedankengänge, die bei den Nazis zur ‚Euthanasie’ führten, auch früher gab oder auch in anderen Ländern gab oder gibt, sollen oft den Versuch einleiten, menschenverachtenden Vorstellungen durch eine Abkopplung vom Nationalsozialismus wieder gesellschaftsfähig zu machen. Tötungsphantasien und ihre Abkömmlinge, die sich gegen geistig Behinderte und andere Menschen richten, werden aber nicht dadurch ‚besser’ , daß sie nicht der nationalsozialistischen Ideologie entspringen. Sie sind für sich genommen ein Zeichen mangelnder Kultur.

Das Bewußtsein dafür, daß geistig Behinderten nicht nur dasselbe Lebensrecht, sondern daß ihnen alle Menschenrechte ebenso zukommen wie uns allen, scheint etwas zu sein, was es überhaupt erst einmal zu erreichen gilt. Der Umgang mit ihnen, wie auch mit anderen Kranken, Alten und Schwachen sollte zum Maßstab dessen werden, was wir Kultur nennen.

MusiktherapeutInnen können – in Zusammenarbeit mit vielen anderen – hier eine andere Art von ‚Kulturpflege' betreiben als in Konzertsälen. Zum einen, indem sie ihr künstlerisches Können in den Behandlungen selbst nutzen, zum anderen, indem sie aus diesen Behandlungen so berichten, daß auch denen, die keinen Kontakt zu geistig Behinderten haben, spürbar wird, daß auch deren Erleben und Verhalten verstehbar und einfühlbar ist – wenn wir uns ausreichend um ein solches Verstehen bemühen.

LITERATUR

Alvin, Juliette (1966): Music Therapy. Dt. Ausgabe: Musiktherapie. dtv/Bärenreiter, München/Kassel 1983, 1984

Breyer, Hiltrud/Wunder, Michael (1994): Hohn auf die Menschenwürde. Die europäische Bioethik-Konvention. In: Mabuse, Ausg. Aug./Sept.

Klee, Ernst (1983, Ausg. 1989): ‚Euthanasie' im NS-Staat. Die ‚Vernichtung lebensunwerten Lebens'. Fischer, Frankfurt a. M.

Klee, Ernst: (1986, Ausg.1990): Was sie taten – Was sie wurden. Ärzte, Juristen und andere Beteiligte am Kranken- oder Judenmord. Fischer, Frankfurt a. M.

Klüppel, Manfred (1984): ‚Euthanasie' und Lebensvernichtung am Beispiel der Landesheilanstalten Haina und Merxhausen. Gesamthochschule Kassel

Lutzius, Franz (1987): Verschleppt. Der Euthanasie-Mord an behinderten Kindern im Nazi-Deutschland. Populär, Essen

Mitscherlich, Alexander/Mielke, Fred (Hrsg.) (1960, Ausg. 1991): Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses. Fischer, Frankfurt a. M.

Nordoff, Paul/Robbins, Clive (1971): Music Therapy in Spezial Education. John Day Company, New York

Nordoff, Paul/Robbins, Clive (1972): Therapy in Music for Handicapped Children. St. Martin`s Press, New York

Nordoff, Paul/Robbins, Clive (1977): Creative Music Therapy. Dt. Ausgabe: Schöpferische Musiktherapie, Gustav Fischer, Stuttgart/New York 1986

Niedecken, Dietmut (1989): Namenlos. Geistig Behinderte verstehen. Piper, München-Zürich

Orff, Gertrud (1974): Die Orff-Musiktherapie. Kindler, München

Orff, Gertrud (1990): Schlüsselbegriffe der Orff-Musiktherapie. München

Spliethoff, Gabriele (1994): Untersuchung seelischer Gestaltbildungen auf dem Hintergrund musiktherapeutischer Erfahrungen mit geistig Behinderten. Unveröff. Diplomarbeit, Zusatzstudiengang Musiktherapie der WWU, Münster

Schnabel, Ulrich (1994): Neuer Standard für Europa - Rückschlag für Deutschland. In: Die Zeit, Ausg. vom 14.10.

Nichts ist ohne Grund

BUCHBEITRAG

2.7

Musiktherapie bei funktionellen Störungen[24]

Zusammenfassung Der Mißachtung von Patienten mit organmedizinisch nicht begründbaren Schmerzzuständen und anderen Leiden, die scheinbar „ohne Grund" sind, wird hier mit einer kritischen Reflexion des zugrundeliegenden medizinischen Modells begegnet. Aus der Erfahrung mit dem großen Leid dieser Menschen werden die besonderen Möglichkeiten der Musiktherapie anhand praktischer Beispiele vor dem theoretischen Hintergrund der Morphologischen Musiktherapie dargestellt. Musik zeigt sich dabei als Brücke zwischen dem im körperlichen Symptom gefangenen Seelischen und der Sprache, die das Leiden nicht zum Ausdruck bringen konnte. Zentrum der Behandlung ist neben dem Gespräch die musikalische Improvisation zwischen Patient und Therapeut.

Keywords morphological music therapy, psychosomatic, case studies, pain, functional diseases

„Ich habe Kopfschmerzen." – „Dann leg' Dich doch 'was hin." – „Es ist wirklich ganz furchtbar." – „Dann nimm doch ein Aspirin." – „Glaubst Du mir überhaupt?" – „Ja natürlich glaub' ich Dir." – „Wirklich?" – „Ja, wirklich!" – „Wirklich wirklich?"

In die musiktherapeutische Behandlung kommt eine 49-jährige Frau, ich nenne sie hier Frau Anne, die seit nunmehr 20 Jahren unter Kopfschmerzen leidet. Damals, als es begann, ging sie zu ihrem Hausarzt. Der führte verschiedene Untersuchungen durch und sagte schließlich: „Da ist nichts". Sie bekommt Schmerzmittel, die zunächst etwas helfen, dann nicht mehr. Wieder geht sie zum Arzt.

So geht es über Jahre. Sie läßt sich immer wieder untersuchen, geht von einem Arzt zum anderen, bekommt mal dieses und mal jenes Mittel, mal mehr, dann wieder weniger – wegen der Nebenwirkungen – und weil es sowieso alles nicht hilft. Die Schmerzen bleiben, anderes kommt hinzu. Sie wird zunehmend depressiv. „Verdacht auf endogene

[24] In: Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis, Hg: R. Tüpker, LIT-Verlag, Münster 1996 (in spanischer Sprache erschienen in: Revista International Latinoamericana Musicoterapia, Vol 2, 1996)

Depression“ heißt es jetzt. Die Begründung für diesen Verdacht lautet im Bericht des voruntersuchenden Psychiaters: „…, da dem Untersucher keine konfliktbedingten Ursachen erkennbar sind.“ Und immer wieder bekommt sie zu hören, mal ärgerlich, mal freundlich: „Sie haben nichts“. „Sie müssen sich damit abfinden.“

Ich möchte mich in meinen Ausführungen mit einer Gruppe von PatientInnen beschäftigen, deren ursprüngliche Erkrankung allgemein zunächst als geringfügig eingeschätzt wird:

- PatientInnen mit unterschiedlichen Schmerzzuständen, für die sich keine oder keine ausreichende organische Begründung finden läßt.

- PatientInnen mit wechselnden Beschwerden und Krankheitsängsten, mit phobischen oder hypochondrischen Zügen, mit der Psychodynamik hysterischer Symptombildungen, ohne daß das Vollbild einer Neurose vorliegt.

- PatientInnen, die wieder und wieder ohne Erfolg operiert werden. Um nur ein Beispiel zu nennen: Eine meiner PatientInnen litt seit Jahren an Zahnschmerzen. Obwohl keine direkte zahnmedizinische Erklärung vorlag, wurden ihr nach und nach fast alle Zähne gezogen – ohne Erfolg. Ein Psychiater empfahl dann eine Hysterektomie. Zum Glück sprach der hinzugezogene Gynäkologe sich dagegen aus; mit einer bezeichnenden Begründung: „..., da auch die vorangegangenen operativen Maßnahmen nicht zu einer Verminderung der Beschwerden führten.“

Alle drei Gruppen finden sich in den hausärztlichen Praxen, ebenso wie meist im weiteren Verlauf ihres Leidens – je nach Art ihrer Beschwerden im Bereich der Inneren Medizin, der Gynäkologie, auch der Orthopädie, bis sie schließlich zu einem Nervenarzt geschickt werden. Neben Schmerzmittelabusus und den entsprechenden – dann auch organisch manifesten – Folgen sind Depressionen, teilweise verbunden mit Suicidwünschen, und Schlafstörungen nach meiner Erfahrung die häufigsten Folgediagnosen. Sozialmedizinisch relevante Einschränkungen kommen hinzu.

Der soziale Alltag der PatientInnen gestaltet sich meist in zwei nur scheinbar gegensätzlichen Formenbildungen aus. Bei manchen PatientInnen zeigt sich eine zunehmende Reduktion aller Lebensbereiche. Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, Aufgabe sozialer Kontakte außerhalb der Familie, Freizeitaktivitäten und früheren Interessen wird nicht mehr nachgegangen, bis hin zum weitgehenden ‚Rückzug ins Bett’.

Andere zeigen zwar im Durchhalten, im unverminderten Weiterarbeiten trotz der Beschwerden das Bild eines aktiven und vielfältigen Lebens. Sie ‚lassen sich nichts anmerken’: trotz Schmerzen, Unausgeschlafenheit, trotz völliger Erschöpfung und Verzweiflung sind sie über die Arbeit hinaus auch dabei, wenn Feste vorbereitet, Ausflüge oder soziale Aktivitäten geplant werden. Die Umgebung kennt sie als leistungsorientierte Durchhaltemenschen oder als diejenigen, die ‚immer für alle da’ sind. Das Seelische richtet sich bei diesen Menschen aber mehr und mehr in einer Art Doppelleben ein, da die Schmerzen, das Erschöpfungsgefühl etc. zunehmend alle Aktivitäten wie eine Giftspur durchziehen, die die inneren Verbundenheiten mit den äußerlichen Aktivitäten immer mehr ablösen. Die begleitende Spur des Schmerzes blockiert, daß das Zusammensein mit anderen als Zufuhr, daß Arbeitsprozesse auch als Auseinandersetzung von Ich und Welt erlebt werden können, daß man sich in etwas hineinziehen lassen und Eigenes im Äußeren gestalten und wiederfinden kann. Dadurch wird die ‚Außenwelt’ tatsächlich zum ‚Außen’, während das ‚innere’ Erleben sich immer mehr zurückzieht. Wechselseitige

Aneignungsprozesse finden kaum noch statt, und gerade in der sozialen Aktivität wird eine zunehmende Einsamkeit verspürt.

> Ich muß ergänzend den speziellen Blickwinkel benennen, der meine Ausführungen prägt: In meiner Tätigkeit an einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Klinik bekam ich vor allem solche PatientInnen zu sehen, die eine lange leidvolle Geschichte mit ihren Schmerzen hatten und bei denen aus zunächst relativ harmlos wirkenden Beschwerden gerade durch die Nicht-Behandlung bzw. Fehlentwicklung der Behandlung, Lebensentwicklungen entstanden waren, die in eine durchaus dramatische Spirale der zunehmenden Verschlechterung sowohl des Gesundheitszustandes als auch der allgemeinen Lebensqualität gerieten.

Auch wenn die der Erkrankung zugrundeliegenden Strukturen, die auslösende aktuelle Lebenssituation und die Psychodynamik im einzelnen – selbst bei gleichen Beschwerden – durchaus unterschiedlich sein können, eines ist diesen PatientInnen meist gemeinsam: die zunehmende Verzweiflung – nicht nur über die im Erleben unabweisbaren Schmerzen, Beschwerden und Ängste, sondern auch – und fast noch mehr - die Verzweiflung über dieses immer wiederkehrende, unbegreifliche sinnzerstörende „Da ist nichts", welches das Ergebnis jedes weiteren Arztbesuches ist.

Sekundäres Leiden

Kennen wir sonst eher den Begriff des ‚sekundären Krankheitsgewinnes', so erscheint es mir durchaus berechtigt, hier von einem **sekundären Verlust** zu sprechen, in dessen Zentrum die Nicht-Bestätigung der eigenen Wahrnehmung steht, die über die Jahre oft gravierende Folgen hat.

In der Musiktherapie geht es bei der Behandlung solcher Patientlnnen daher zuerst um die Wiederherstellung des Sinnzusammenhanges zwischen Wahrnehmung und Wirklichkeit, zwischen der unabweisbaren Heftigkeit des Schmerzempfindens und der verdrängten, nicht mehr wahrnehmbaren seelischen Realität, die hier ursächlich zugrunde liegt.

Musik ist daher in der Musiktherapie mit diesen Menschen nicht etwa der untaugliche Versuch eines ‚Schmerzmittels ohne Nebenwirkungen', sondern im Verbund mit der Sprache – ein seelisches Mittel auf der Suche danach, welche Störung in der Beziehung zur Welt, in der leiblich-seelischen Kommunikation mit sich und der Welt hier im Schmerz einen Ausdruck sucht und sich zugleich in der Nicht-Verstehbarkeit dieser Ausdrucksform verbirgt. Daß es in der Behandlung dabei um mehr geht als ein oberflächliches Bekenntnis dazu, diese Patientlnnen nicht zu Simulantlnnen abzustempeln, möchte ich an einem kleinen philosophischen Exkurs deutlich machen.

„Nichts ist ohne Grund", dieser ‚Satz vom Grunde', wie Schopenhauer (1818) ihn nennt, ist für alle unsere Vorstellungen, für unsere gesamte Weltauffassung so grundlegend, daß wir ihn gar nicht wegdenken können.

Ob wir den Satz vom Grunde nun mit Kant (1781), Schopenhauer und anderen als ‚Kategorie a priori' auffassen, also als das, was nicht aus der Erfahrung gewonnen wird, sondern vielmehr allen Erfahrungen zugrunde liegt, sie erst möglich macht; oder ob wir die Kategorien a priori – etwa mit Wilhelm Wundt (1918) – lediglich als letzte Stufen der logischen Verarbeitung der Wahrnehmungsinhalte, als Bedürfnis, die „gegebenen Erfahrungen nach Gründen und Folgen zu ordnen"; oder mit Husserl (1913) als unzerlegbare letzte Bedeutungen verstehen; unsere gesamte Vorstellungswelt, unsere

Orientierung in der Welt und unsere Sicherheit in uns selbst bräche zusammen, müßten wir darauf verzichten.

Wie also soll sich jemand damit abfinden können, daß er oder sie unabweisbar so eindringlich eine Schmerzwahrnehmung hat, für die sich ein Grund, eine Ursache nicht finden läßt? Ist es da nicht eher ein Zeichen von Gesundheit, daß diese PatientInnen nicht bereit sind, das hinzunehmen und mit ihren wiederholten Arztbesuchen quasi wieder und wieder sagen: „Da muß aber etwas sein"?

Nun könnte man an dieser Stelle mit Recht einwenden, daß unsere PatientInnen sich vermutlich wenig Gedanken über Kategorien a priori, über Kant und Schopenhauer machen und wir es auch im Alltag ja bisweilen durchaus hinnehmen, nicht für alles eine Ursache zu finden. Wenn etwa unser Auto einmal nicht anspringt und dann doch wieder – auch ohne Reparatur –, so wird uns die Frage nach der Ursache meist nicht sonderlich lange beschäftigen. Sehr empfindlich reagieren wir aber durchaus auf das Fehlen einer Ursache, wenn es um Sinnesempfindungen, um das sinnliche Wahrnehmen geht.

Bedenken wir den für unser gesamtes Wirklichkeitsempfinden so bedeutsamen Sinn dieses Wortes, der uns durch die naturwissenschaftlichen Reiz-Reaktionstheorien in der Sinnesphysiologie etwas verloren gegangen ist: Wir *nehmen* etwas – da steckt Aktivität drin – und wir nehmen es für *wahr*, d. h., wir gehen davon aus, daß das, was wir mit den Sinnen nehmen, wahr ist. Die sinnliche Wahrnehmung konstituiert – jenseits aller philosophischen Überlegungen über die Möglichkeit von Erkenntnis – unser Gefühl für die Wirklichkeit.

Berühren wir mit der Hand einen Gegenstand, so machen wir uns im Alltag zunächst wenig Gedanken über uns selbst, über unsere Hand, die Nervenleitungen und ähnliches, obwohl diese ja durchaus an dem, was wir Sinnesempfindung oder sinnliche Wahrnehmung nennen, beteiligt sind. Selbstverständlich ist uns aber, daß ‚da' – quasi auf der anderen Seite (der Seite der Welt) – etwas ist. Etwas, was sich rau oder glatt anfühlt, etwas, was uns einen Widerstand entgegensetzt, uns daran hindert, die Bewegung unserer Hand in dieselbe Richtung fortzusetzen. Würde uns jemand anderes jetzt sagen: „Da ist aber nichts", so würden wir – je nach unserer Art – diesen anderen für verrückt halten oder uns selbst. Und ist nicht der Kollege, der die bei näherem Hinhören vielleicht durchaus verstehbare Verzweiflung und Niedergedrücktheit von Frau Anne als ‚endogene' (was ja hier nur so viel heißt wie: nicht einfühlbare, in ihrem Zusammenhang für andere nicht wahrnehmbare und damit als Form der Psychose zu verstehende) Depression diagnostiziert, im Grunde dieser Phantasie gefolgt?

Ist die intersubjektive Bestätigung unserer Wahrnehmungen gestört, so gerät tatsächlich alles ins Wanken. Ist doch auch der Wahn letztlich das, woran wir im allgemeinen ‚Verrücktheit' festmachen. Und was ist Wahn anderes, als daß einer etwas sieht, hört oder spürt, und alle anderen sagen: „Da ist nichts". Es mag zunächst etwas übertrieben erscheinen, hier solche dramatischen Vergleiche zu ziehen. Bedenken wir aber, daß im Falle unserer PatientInnen diese Nicht-Bestätigung ihrer Wahrnehmung, die Verunsicherung über die Realität einer Ursache ihrer Sinnesempfindung über Jahre geht und sich immer und immer wiederholt. Und bedenken wir, daß Schmerz eine besondere Art der Empfindung ist, die wir noch viel weniger beiseite schieben können als andere Empfindungen.

Schmerzempfindungen

Schmerz, Beschwerden, körperliche Mißempfindungen dienen – im Gegensatz zu den üblichen Sinnesempfindungen – weniger der Erkenntnis der Welt, dazu sind sie quasi zu intensiv. Aber Schmerz warnt uns: unsere Hand vom Feuer zurückzuziehen, extreme Kälte zu meiden, mit einem gebrochenen Bein nicht weiterzulaufen. Erschöpfung läßt uns Ruhe suchen, Hunger treibt uns zur Nahrungsaufnahme. Schmerzen, die nicht von einer offensichtlichen äußeren Verletzung herrühren, sind uns Hinweise dafür, daß etwas mit uns nicht in Ordnung ist, daß wir uns darum kümmern müssen.

Erwin Straus schreibt: „Wer einen Schmerz verspürt, dem geschieht etwas. Wer einen Schmerz spürt, der ist gewiß nicht mehr ein ruhiger Beobachter, der mit uninteressierter Passivität Eindrücke empfängt. Wenn jemand einen Schmerz spürt, dann gerät alles in ihm in Bewegung. Die Welt dringt auf ihn ein und droht, ihn zu überwältigen. Einen Schmerz empfinden heißt allemal, eine Störung in der Beziehung zur Welt unmittelbar erleben. Einen Schmerz empfinden heißt also zugleich *sich-empfinden*, sich in der Beziehung zur Welt, genauer, in der leiblichen Kommunikation mit der Welt verändert finden“ (1956, S. 18).

Straus sieht im Gegensatz zur erkenntnisgewinnenden Sinnesempfindung im Schmerz ein besonders intensives Verhältnis zur Welt: „Scheint es doch, als verspürten wir gerade im Schmerz das Andringen und Eindringen des anderen: der Welt. Wenn wir sie im Schmerz auch nicht klar und deutlich in ihren Einzelheiten erkennen, sie selbst scheint uns im Schmerz unmittelbar vernehmlich zu sein, freilich nicht in objektiv allgemeinen Daten. Im Schmerz dringt die Welt auf uns ein und überwältigt uns. Auch im Schmerz ist die Welt in Perspektive, in der Beziehung auf uns erlebt. Auch der Schmerz ist wie alle Weisen des Empfindens ein sympathisches Erleben, wir erleben in ihm uns, mit und in der Welt. Wir bezeichnen den Schmerz als bohrend, stechend, reißend, ziehend, schneidend und lassen mit solchen verbalen Bezeichnungen den Sinn des Geschehens, des Gerichteten, des Werdens, das Miteinander im Einigen und Trennen zum deutlichen Ausdruck kommen“ (S. 214 f.).

> Schon in der Sprache spiegeln sich unterschiedliche Auffassungsweisen von Schmerz. So läßt die indogermanische. Sprachwurzel ‚smer’: ‚aufreiben, zermalmen, zerquetschen, zerreiben’ eher an physische Schmerzen denken, auch wenn wir diese Begriffe gelegentlich metaphorisch gebrauchen (Duden 1963). Das lat.. ‚dolor’ berührt hingegen stärker psychosomatische Zusammenhänge. Es läßt sich in verschiedene Bedeutungsvarianten übersetzen: 1. Betrübnis, Kummer; 2. Kränkung, dolor incensus (feurig): Ärger, Groll, Grimm, Unwille; 3. Schmerz, Pein, Qual; 4. Pathos (im Sinne von Leidenschaft und Ausdruck). Das engl. ‚pain’, franz. ‚peine’ (wie das dt. ‚Pein’ aus griech.-dor. Sprachwurzel abgeleitet) hat darüber hinaus auch die Bedeutung von Strafe und Buße, eine Bedeutung, die auch PatientInnen in unterschiedlichen psychodynamischen Zusammenhängen ihren Schmerzen geben.

Bei Durchsicht einiger gängiger Lehrbücher und Lexika aus den Bereichen Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, Medizinischer Psychologie hat mich überrascht und dann auch etwas schockiert, wie vernachlässigt dieses Thema ist. Oft findet sich der Begriff Schmerz noch nicht einmal im Stichwortregister, geschweige denn, daß er als eigenes Thema behandelt wird. (Vgl. z. B.: Bauer (1973), Bräutigam (1986), Hau (1986), Kisker (1987), Peters (1984), Redlich & Freedman (1976), Tölle (1988).)

Fast noch schockierender war für mich allerdings die Definition, die ich im „Lexikon der Psychologie“ von Arnold, W., Eysenck, H. J. & Meili, R. (1988) unter dem Stichwort

‚Schmerz' fand: „Von der subjektiven Empfindung des Leidens abgesehen, besteht der Schmerz objektiv betrachtet in der Gesamtreaktion, die ein schädigender Reiz bei einem Individuum auslöst..." Eine Definition, die nicht nur in den Ohren der Betroffenen zynisch klingen muß, sondern zugleich von einer Psychologie zeugt, die sich so weit von aller erkenntnistheoretischen Logik entfernt hat, daß sie glaubt in einer Definition von etwas, was nur subjektiv empfunden werden kann, von eben dieser subjektiven Empfindung in einem vorgeschobenen Nebensatz einfach absehen zu können.

Während diese Art der Psychologie in einer mißverstandenen Suche nach ‚Objektivität' ihren wissenschaftlichen Gegenstand mehr und mehr zu verfehlen droht, finden sich in der medizinischen Literatur auch Beispiele für die Eröffnung eines im eigentlichen Sinne psychologischen Zugangs. So beginnt der ausführliche und lehrreiche Artikel zum Thema Schmerz von Rolf Adler in Uexküll (1986) mit der vorsichtigen Definition: „Schmerz könnte als unangenehme Empfindung definiert werden, die dem Leiden entspricht, das durch die Wahrnehmung einer Verletzung hervorgerufen wird."

Wenn wir uns bewußt machen, daß unsere Theorien, unser Denken, unsere wissenschaftlichen Definitionen und Grundsätze auch unsere therapeutische Haltung, die Art unseres Zuhörens bestimmen, läßt sich an der Differenz dieser beiden exemplarischen Definitionen eine wesentliche Unterscheidung verdeutlichen, deren Wirksamkeit auf den Verlauf einer Behandlung nicht unterschätzt werden darf und deren Grenzziehung nicht entlang eines im engeren Sinne medizinischen oder psychotherapeutischen Handelns verläuft, sondern quer zu ihm.

Wer dem Gedanken der Definition Adlers folgt, hört die Schilderung des Schmerzes als Hinweis, Ausdruck und Maß des tatsächlichen Leidens an einer einstmals erlittenen oder weiterhin bestehenden Verletzung. Für ihn sind der Schmerz, das Leiden und die Verletzung wirklich, und sie stehen in einem zwar noch nicht erkennbaren, aber zu präsupponierenden Zusammenhang. Die Frage, ob dieser Zusammenhang zu einem medizinischen oder einem psychotherapeutischen Behandlungsauftrag führt (oder zu einer Kombination von beidem), muß in der Praxis zwar zu einem möglichst frühen Zeitpunkt geklärt werden, ist aber nach der Definition Adlers wissenschaftlich gesehen sekundär. Sie ist es zugleich für das Erleben der Betroffenen, denn für sie wird die Resonanz, die sie in der Präsupposition des Zusammenhanges ihres Schmerzes und dem wirklich Erlittenen vom anderen erfahren, zu dem Gefühl, daß der andere ihnen „glaubt". Mit dieser Erfahrung in eine psychotherapeutische Behandlung geschickt zu werden, weil eine körperliche Ursache des Leidens ausgeschlossen wurde, läßt PatientInnen schon anders bei uns als MusiktherapeutInnen ankommen, da ihnen die erneute Verletzung durch die Differenz zwischen der erlebten eigenen Wirklichkeit und der der anderen – oder mit den Worten der PatientInnen gesagt, das Gefühl verrückt zu sein, zu spinnen, zu übertreiben, sich als wehleidig, „hysterisch" oder als SimulanIn abgestempelt zu sehen – erspart bleibt.

Umgekehrt findet sich das ‚Absehen' vom subjektiven Empfinden in der Definition Eysencks etwa nicht nur in der Aussage „Sie mögen ja Schmerzen haben, aber medizinisch (= in Wirklichkeit) ist da nichts (kein Zusammenhang)", sondern ebenso in einer Haltung, die den Betroffenen ihre Beschwerden zwar als ihr subjektives Empfinden glaubt, es aber im Grunde besser zu wissen meint, weil alles Subjektive für sie nur eine sehr zweifelhafte und quasi minderwertige Realität besitzt.

Die Resonanz des Zuhörens ist nicht von der inneren Frage nach dem Zusammenhang geprägt, sondern im Absehen vom Subjektiven wird der Hinweis, die Ausdrucksform des Seelischen abgespalten von der Suche nach ‚Ursachen', die quasi ‚ganz woanders' liegen.

Der Widerstand, den PatientInnen aus dem Erspüren dieser Resonanz heraus entwickeln, ist m. E. kein neurotischer oder von der Psychodynamik der Erkrankung ausgehender, sondern ein methodisch induzierter. Die verbale Aussage: „Natürlich glaube ich Ihnen Ihre Schmerzen", kann hier für den Betroffenen nicht zur Realität werden.

Musiktherapeutische Methodik

Fallbeispiel 1

In der morphologischen Systematik der vier Aspekte musiktherapeutischer Behandlung (Tüpker 1988, 1996) sind die vorangegangenen Ausführungen als eine Spezifizierung unserer Auffassung des Leiden-Könnens und des musiktherapeutischen Behandlungsauftrages bei dieser Gruppe von PatientInnen zu verstehen. Unter Vernachlässigung anderer ebenfalls wichtiger Kriterien in der musiktherapeutischen Behandlung von Menschen mit funktionellen Störungen werde ich im folgenden versuchen aufzuzeigen, wie dieser Gesichtspunkt sich in den weiteren Behandlungsschritten auswirkt.

In den verästelten Wegen des Methodisch-Werdens im Verlauf einer Behandlung wird spürbar, daß die hier geforderte bestätigende Resonanz des Erlebens durchaus eine ‚Einigung in Differenz' (vgl. Tüpker 1993) ist und dies nicht als einmaliger Akt, sondern als immer wieder herzustellender Prozeß. Dabei zeigt sich nach meiner Erfahrung, daß das, was hier zunächst als ‚sekundäres Leiden' beschrieben wurde, sehr häufig zugleich ein wesentlicher struktureller Grundzug des ursprünglichen Leidens ist. Das sekundär Erlittene ist dadurch nicht etwas, was auf das primäre Leiden quasi nur ‚aufgesetzt' ist, sondern geht mit ihm eine unheilvolle Allianz ein, die zugleich Züge eines Wiederholungszwanges zeigt, durch die der Patient sich auf der Suche nach dem Sinnzusammenhang zwischen Wahrnehmung und Wirklichkeit, zwischen eigenem Erleben und der – Realität konstituierenden – Bestätigung durch andere immer weiter von diesem Sinnzusammenhang entfernt.

Die allgemeinen Grundzüge des methodischen Vorgehens mit diesen PatientInnen lassen sich äußerlich als Wechsel zwischen Gespräch, gemeinsamer musikalischer Improvisation zwischen PatientIn und TherapeutIn und der Möglichkeit des Schweigens beschreiben. Die Formen der Einzel- und Gruppenmusiktherapie sowie – insbesondere bei kurzzeitigen stationären Behandlungen – auch eine Kombination von beiden sind mit ihren unterschiedlichen Vorteilen und Grenzen generell beide geeignet. Da diese allgemeinen Grundzüge dieser musiktherapeutischen Behandlungsform in anderen Zusammenhängen ausreichend beschrieben sind (vgl. Grootaers 1983, 1994 Tüpker 1990, Materialien ... 1991, Weymann 1991 a/b), möchte ich einige spezifische Merkmale musiktherapeutischer Arbeit mit diesen PatientInnen am Beispiel der bereits erwähnten Frau Anne konkretisieren:

Frau Annes Wahrnehmung ist eingeengt auf die Kopfschmerzen. Anderes, ihre Gefühle, Wünsche, inneren Bilder, Erinnerungen, kann sie nicht wahrnehmen, sie ‚gibt Auskünfte', wenn man sie etwas fragt, aber sie kommt nicht ins Erzählen, weder hinsichtlich irgendwelchen Zusammenhängen zu ihrem Symptom noch zu irgendwelchen anderen Themen. Nach meiner Erfahrung ist das recht typisch für PatientInnen mit funktionellen Störungen. Fragt man quasi nach dem Seelischen, so geben sie das wieder, was sie immer zu hören bekamen, wenn sie nach dem Grund ihrer Schmerzen fragten: „Da ist nichts".

So funktioniert bei Frau Anne das psychoanalytische Konzept des „Sagen Sie, was Ihnen durch den Kopf geht. Was fällt Ihnen dazu ein?" durchgängig nicht: Ihr geht nichts durch

den Kopf, sie hat keine Einfälle. Auch in bezug auf anamnestische Daten kann sie zwar ‚berichten', aber ohne spürbaren Affekt ohne gefühlsmäßige Unterscheidungen: Sie ‚erinnert' nicht. Bei all dem hat sie *ihre* Kopfschmerzen, was sie an *allem anderen* zu hindern scheint. Das wirkt, als stünde dieses Symptom vor allem anderen, als wären ihre Kopfschmerzen das einzige, was ihr zu eigen ist.

Und auch ich fühle mich ‚wie der Ochs vorm Berg'. Das wirkt weniger wie ein Widerstand im Rahmen der Behandlung: Es hat keinen Bezug zu bestimmten Themen oder Situationen, sondern ist immer so, ohne erkennbaren Grund, unspezifisch wie eine generelle psychische Verfassung, die keine anderen Spielräume mehr hat. Das macht auch verständlich, wieso in Untersuchern achselzuckendes Nicht-Verstehen auftaucht.

Das gleiche Phänomen findet sich auch in der Musik: Frau Anne spielt bereitwillig, denn sie will sich durchaus – und das ist für mich auch gefühlsmäßig glaubhaft – helfen lassen. Aber auch da fließt nichts. Sie ‚bedient' das Instrument kurz. Hört ratlos auf. Nein, sie hatte beim Spielen keine Einfälle, auch nachher nicht. „Da ist nichts." Auch ich bin im Grunde ratlos. War das nun Musik? Was unterscheidet hier das Hantieren mit den Schlegeln auf den Stäben des Metallophons von dem Hantieren mit Staubtuch und Spülbürste? Ist „da" nichts Seelisches? Da hilft nur ‚methodischer Starrsinn': Das kann nicht sein, daß bei ihr ‚da', wo sich bei anderen Seelisches breit macht, (weil es eine Grundtendenz des Seelischen ist, sich überall breit zu machen) ‚nichts ist'. Selbst beim ‚Hantieren mit Staubtuch und Spülbürste' steht ja das Seelische nicht stille, sondern lebt in Tagträumen, Gedanken und vielfältigen Bewegungen.

Das Festhalten an allgemeinen psychologischen Grundsätzen schützt hier vor dem vorschnellen Resignieren vor diesem „da ist nichts", was nun schon in mehreren Varianten erkennbar wird. Das spezifischere Wissen um bestimmte seelische Gesetze kann dem eine Richtung geben: in diesem Fall das Wissen darum, daß Seelisches sich in Variationen zu entfalten weiß. Das kennen wir in der Musik aus den Variationswerken, in denen in der variierten Wiederholung eine seelische (hier eine musikalische) Gestalt sich in ihrer Bedeutung nach und nach entfaltet.

Einen vergleichbaren Vorgang können wir in der Musiktherapie methodisch einsetzen indem wir darauf vertrauen, daß in Reihenbildungen von: ‚sprechen – spielen – sprechen – die eigene Musik anhören – wieder sprechen ...' Möglichkeiten gefunden werden können, daß das Seelische sich ausbreitet und Sinn und Bedeutung sich entfalten werden.

Die Kargheit ihrer Erzählungen und der Musik finden eine Entsprechung auch im erinnerbaren Traumgeschehen. Sie träume kaum, berichtet auf meine Frage hin von einem Wiederholungstraum, der als Alptraum in immer gleicher Gestalt auftauche: Sie träumt, daß sie fällt. Sie kommt unten an und ist tot. An dieser Stelle wacht sie mit Angst auf. Nur von ihrem Mann weiß sie, daß sie kurz vor dem Aufwachen „Mama" geschrien hat. Auch zu diesem Traum gibt es keine Einfälle. ‚Mehr' ist da nicht, es knüpft sich nichts an, als sei es das schon. Auch der Traum selbst erscheint wie eine Verdichtung, in der kaum noch etwas erkennbar ist kaum Platz für ein Gefühl außer der Angst. Ihr ist der Traum „völlig unverständlich". Sie hat überhaupt keinen Zugang dazu, daß sie „so etwas" träumt. Auch zu dem Wort ‚Mama' fällt ihr nichts ein. Warum sie das wohl ruft? Und selbst, *daß* sie das tut, ist ihr gefühlsmäßig fremd, ist ihr nicht mehr als eine Mitteilung ihres Mannes.

Entgegen all dem, was wieder zu vermitteln scheint: „Da ist nichts", fordere ich die Patientin auf, über diesen Traum zu spielen. Da es ihr in einer solchen psychischen Verfassung gar nicht verstehbar sein kann, was mit dieser Aufforderung gemeint ist, ist es

dabei wichtig, nicht von einem ‚Ausdruck der Gefühle des Traumes' (sie hat ja keine) oder einer Weiterführung (da ist ja nichts) zu sprechen. Ich gebe die Aufforderung mehr wie eine ‚technische Anweisung', die die Patientin verstehen kann: „Denken Sie noch einmal an den Traum, so wie Sie ihn eben erzählt haben, und spielen sie dabei gleichzeitig auf dem Instrument". Auch dafür ist das eigene ‚unverwüstliche' Vertrauen notwendig, daß das so geht, denn Frau Anne ist zwar bereit, das zu tun, vermittelt aber deutlich, wie sinnlos ihr das vorkommt.

Sie spielt das Baßxylophon, ich begleite sie am Klavier. Die Musik ist nachdenklich, ohne große Dramatik, ein Zusammenhang zu dem verdichteten Schrecken der Traumerzählung taucht weder klanglich noch in meiner Gegenübertragung auf. Ja, sie habe an den Traum gedacht, teilt sie nachher mit. Beschreiben könne sie die Musik aber nicht, Gefühle tauchten nicht auf. Einfälle auch nicht, auch jetzt nach dem Spiel nicht. Ich schlage ihr dennoch vor, sich mit mir das Band anzuhören und darauf zu achten, ob sich irgendwelche Bilder oder Einfälle einstellen.

Beim Hören der Musik wird sie plötzlich sehr bewegt. Zum ersten Mal spricht sie nach dem Hören von sich aus. Sie habe plötzlich beim Zuhören ihrer Musik *gesehen,* wie sie hinter dem Sarg ihrer Mutter herging. Sie weint. Sie erzählt, daß ihr beim Hören der Musik zunächst nur die Augen geflattert seien, ohne daß sie gewußt habe, was das nun solle, und dann tauchte unvermittelt dieses Bild auf. Sie wirkt verändert. Während sie sonst immer ein dauerhaft erstarrtes Lächeln ohne Bezug zur Situation und trotz ihrer Kopfschmerzen wie eine Maske auf dem Gesicht trägt, ist sie zum ersten Mal anders erlebbar: traurig, zusammengesunken, schwach, aber auch viel weicher. Das wirkt ‚stimmiger': Das, was sie erzählt und wie sie es erzählt, Worte und erlebbarer Eindruck stimmen für mich zum ersten Mal überein.

Die Mutter sei an „gebrochenem Herzen" gestorben. (Medizinisch an Herzversagen.) Nach dem Tod des Vaters vor acht Jahren habe die Mutter nicht mehr leben wollen und dies oft auch so gesagt. Sie selbst sei ihrer Mutter in allem recht ähnlich. (Ich frage mich, ob diese ‚Ähnlichkeit' auch das Nicht-mehr-leben-Wollen einschließt.) Wie die Mutter könne sie sich nicht wehren, könne nie nein sagen. Mit der Mutter starb ihr die letzte Vertraute, bei der sie sich geborgen fühlte, mit der sie sprechen konnte. Trauern konnte sie dennoch nicht. Ihre Umgebung konnte ihr keinen seelischen Raum für die Intensität ihres Erlebens geben: ‚Mütter sterben nun mal, wenn sie älter sind. Das ist kein Grund für besondere Gefühle.' Etwas zu erleben – ohne daß ihr die Berechtigung dieses Erlebens von anderen ausdrücklich zugestanden wird –, das wäre ein fundamentales Nein-Sagen. Das kann sie nicht.

Der Tod der Mutter ist nicht die Ursache für ihre Kopfschmerzen. So wie es keine Symptome ohne Ursachen gibt, so ist es nie *eine* Ursache, sondern immer ein komplexes Gefüge von Verschiedenem, wenn das Seelische sich nur noch im Schmerz, in körperlichen Symptomen zum Ausdruck zu bringen weiß. An dieser Stelle ist deutlich, daß die selbstbeklagte Unfähigkeit, ‚nein' sagen zu können, kein bloßes Problem praktischen Handlungsvollzuges ist, sondern auch Merkmal des Zweifels an der Berechtigung des eigenen Erlebens, wenn dieses vom Erleben anderer unterschieden ist.

Auch wenn es hier also nicht um eine direkte Ursache geht, so ist dennoch mit dem Auftauchen dieses Bildes eine wesentliche Wandlung in dieser Behandlung entstanden. Zum ersten Mal erwacht Frau Anne aus der Starre einer gleichbleibenden Verfassung, in der sie nur noch den Schmerz wahrnimmt, aber sich selbst nicht mehr versteht. Aus einer Starre, in der sie resigniert hat in der Anpassung daran, daß ihr Erleben grundlos sei. Das

plötzliche und emotional evidente Auftauchen dieses Bildes hat diese Verfassung aufgehoben. Sie spürt – bei aller Trauer – auch eine Erleichterung, und das Seelische greift nach der aufkeimenden Hoffnung eines verstehbaren Sinnzusammenhanges.

„Da ist nichts! – Was ist da?"

Die Einengung des Erlebens auf körperlich erlebte Krankheitssymptome ist nicht nur eines der im ersten Kontakt auffälligen Merkmale dieser Gruppe von PatientInnen, sondern es zeigt sich im Verlauf der Behandlung, daß Einengung der seelischen Verfassung insgesamt das ist, worauf wir methodisch einzugehen haben. So scheint sich paradoxerweise Kargheit ‚auszubreiten', die sich in knappen, oft unemotional vorgetragenen Erzählungen zeigt im ‚Nicht-Funktionieren' der Technik der freien Assoziation, im Nicht-Erinnern von Träumen oder fehlenden Einfällen zu den meist knappen Traumerzählungen; in Gruppen besteht oft die Gefahr, diese PatientInnen zu ‚übersehen'.

Auch das musikalische Spiel zeigt oft die gleiche Reduktion, sei es direkt in der Kürze der Improvisationen oder – häufiger – in der Reduktion der musikalischen Formenbildung wie z.B.

- in einer hohen Redundanz der Spielweise,
- in der Selbstbeschränkung auf einen sehr engen Tonraum oder
- auf die alleinige Nutzung des immer selben Instrumentes über Wochen,
- in geringer rhythmischer Varianz und Flexibilität,
- in der kaum wahrnehmbaren Dynamik auf meist eher leisem Niveau.

Improvisationen zu einem vorgegebenen Thema können diese Kargheit meist nicht brechen: Gegensätze wie etwa ‚Streit' contra ‚gemütliches Beisammensein' unterscheiden sich musikalisch für den Hörer fast nicht oder werden unter Beibehaltung aller anderen Merkmale der Formen- und Ausdrucksbildung quasi nur durch ein Merkmal ‚markiert', etwa durch die Wahl zweier Instrumente oder ein – meist geringfügiges – ‚schneller' contra ‚langsamer' oder ‚lauter' contra ‚leiser'.

Auf der Suche nach der Spezifität der seelischen Formenbildung scheint es daher oft, als wolle uns das Seelische hier mit methodischer Konsequenz den ‚Beweis' erbringen, daß hier ‚nichts' sei. Das führt in der Gegenübertragung tendenziell entweder in eine resignative Richtung gepaart mit Zweifeln, sei es an der Patientin, an der eigenen Methodik oder an sich selbst oder zeigt sich – oft auch wechselnd – in aggressiven Empfindungen, in denen uns die Patientin als ‚bockig', unkooperativ oder ermüdend erscheint oder indem wir zu eindringlich werden, anstelle der Patientin Einfälle produzieren oder uns auf dem ‚background' ihrer musikalischen Eintönigkeit musikalisch entfalten.

Wenn wir daher in unserem Methodisch-Werden dem, was uns immer wieder zu vermitteln scheint: „Da ist nichts!" in einer paradoxen Gegenbewegung immer wieder die (natürlich nicht wörtlich ausgesprochene, sondern methodisch umgesetzte) Frage „Was ist da?" entgegensetzen, so gilt es dabei stets die eigene Gegenübertragung zu beachten und zu

bearbeiten. Die Gefahr der Übertragungs-Gegenübertragungs-Konstellation liegt darin, daß die Patientin die Gegenbewegung der Therapeutin als das ihr hinlänglich vertraute ‚Nicht-Glauben' erlebt. Dann setzt sich psychodynamisch in der Beziehung zwischen PatientIn und TherapeutIn der alte Kampf zwischen dem „Ich habe Schmerzen" und dem „Da ist aber nichts" erneut in Szene, ohne daß die Gegenläufigkeit der aktuellen semantischen Verteilung in diesem ‚Streit' darauf auch nur den geringsten Einfluß hat.

Anders kann es für die Patientin nur dann werden, wenn es in der methodischen Gegenbewegung gelingt, daß sich das methodische ‚Fragen', unser Beharren auf Weiterführungen, auf Variationen, auf Zerdehnungen etc. mit den vorhandenen Suchbewegungen der Patientin verbindet, die sich bisher in der Suche nach ‚dem Arzt, der endlich etwas findet', erschöpften; sich verbindet mit dem Ausbreitungsverlangen des Seelischen, welches noch gebunden ist in der Produktion der psychovegetativen Symptomatik. Die methodische Gegenbewegung wird nur dann ‚heilend' wirksam, wenn sie paradoxerweise zugleich zur Mitbewegung mit *dem* wird, was bisher ‚krankmachend' an eine seelische Konstruktion gebunden war, die eine Weiterführung der Selbstbehandlung blockierte.

Unter Berücksichtigung dieser Aspekte der Entwicklung der Beziehung kann die therapeutische Methodik bei allem ansetzen, was dem Seelischen eine Ausbreitung ermöglicht und Fixiertes wieder in Bewegung setzen kann. Hintergrund des Handelns wie des Wartens ist dabei das Wissen um die Ausbreitungstendenz des Seelischen und das Vertrauen darauf, daß das Seelische immer auf Ausdruck drängt. Anknüpfungspunkt – auch für musikalische Weiterführungen – kann dabei im Grunde alles sein, was die Patientin mitbringt, so etwa auch die Symptome oder ganz banale Alltagshandlungen wie das morgendliche Aufstehen, das Einkaufen, Putzen oder Spülen, der Spaziergang mit dem Hund oder der Ärger beim abendlichen Buffet in der Klinik.

Wir erleichtern dem Seelischen das Aufgreifen-Können unserer therapeutischen Methodik, wenn wir nicht selbst selektieren, indem wir z.B. unbedingt etwas ‚Über die Kindheit' erfahren wollen oder glauben, die Arbeitsprozesse des Postbeamten seien per se ‚psychologisch unergiebig', ein Sprechen über Politisches in der Therapie grundsätzlich verboten oder das Reden vom Wetter immer ein Zeichen des Widerstandes gegen die Behandlung.

Die Alltagsforschung der psychologischen Morphologie (Salber et al. 1989) hat die psychologische Bedeutsamkeit und Dramatik unserer Alltagshandlungen herausgestellt. Von diesem allgemeinen psychologischen Hintergrund aus können wir auch mit den scheinbar banalen Erzählungen psychologisch genauso viel anfangen wie mit den Themen, die wir sonst eher in Therapien erwarten. Das ist besonders auch für diese PatientInnengruppe wichtig, um nicht unausgesprochen das Empfinden zu vermitteln, daß das, was sie erzählen können, (‚nichts') nicht das Richtige sei.

Auch die Musik kann vor diesem Hintergrund alles aufgreifen, was das Seelische anbietet und dadurch erweiternde Zerdehnungen ermöglichen, Variationen in Gang setzen und in diesen Drehungen und Wendungen weiteres befördern und entwickeln. Als einfachste Fassung der Variation bietet sich dabei schon die Wiederholung ‚desselben' in dem anderen Medium der Musik an: Die Klage über das schlechte Wetter, das – vielleicht als einzige geliebte Beschäftigung erwähnte – Stricken noch einmal „musikalisch" zu gestalten, ist psychologisch schon eine Variation, so wie ja auch schon das Sprechen zu einem anderen über eine Tätigkeit oder eben auch über die Beschwerden etwas anderes ist als die Tätigkeit

oder die Beschwerden selbst. Diese Musik dann noch einmal anzuhören ist eine weitere Variation, da das Hören psychologisch wiederum eine andere Verfassung darstellt.

So können wir in der Musiktherapie z.B. eine Patientin auffordern, ihr Symptom, ihre körperlichen Beschwerden auf Musikinstrumenten mit uns zu spielen. Damit sollten wir allerdings weder eine direkte Antwort auf die Frage nach der Ursache eines Symptoms suchen noch die Versprechung machen, daß dieses durch das Spielen zum Verschwinden gebracht würde – obwohl dies bisweilen geschieht. Vielmehr geht es vorrangig darum, daß wir das aufgreifen, was die Patientin zu erzählen weiß, was sie erlebt und spürt. Wir bieten dem, was sich im Symptom konstelliert hat, über die Sprache hinaus ein seelisches Ausdrucksmittel an und vertrauen darauf, daß sich irgend etwas zeigen wird, was uns und der Patientin Wege zu verloren Geglaubtem zeigt: Spuren, Bruchstücke, Zwischenstücke, Hinweise.

Findet ein solches Spiel z.B. in einer musiktherapeutischen Gruppe statt, so sind es oft auch die anderen Gruppenmitglieder, die hier erste Übersetzungshilfe leisten. Auch wenn die Patientin selbst in ihrer Musik nichts Benennbares findet, beschreiben die anderen *ihr* Erleben der Musik. Sie erleben Gefühlsqualitäten der Musik, bei *ihnen* wurden vielleicht Bilder angeregt, Empfindungen oder Erinnerungen. Die Patientin, die gespielt hat, muß das nicht auf sich beziehen, es sind ja nicht ihre Gefühle, Bilder und Erinnerungen, aber an der einen oder anderen Stelle stößt vielleicht etwas auf Resonanz. Sie erkennt etwas wieder, von dem sie gar nicht wußte, daß sie das manchmal auch so erlebt. Eine der Geschichten eines anderen erinnert sie seltsamerweise plötzlich an ein eigenes Erlebnis vor langer Zeit. Oder ein Bild, welches ein anderer zu entwickeln beginnt, regt sie vielleicht an, es fortzuspinnen, ohne daß sie weiß, daß das möglicherweise auch etwas mit ihr selbst zu tun hat.

Es kommt hierbei auf die Ausbreitung und das In-Bewegung-Setzen seelischer Prozesse an und geht nicht um vorschnelle Eins-zu-Eins-Zuschreibung im Sinne von vereinfachenden, d.h. zugleich auch falschen (und damit unwirksamen) Übersetzungsversuchen etwa von Symptomen in konkrete traumatisierende Erlebnisse. Viel wichtiger sind hier die ‚kleinen' Momente des Erstaunens, daß da plötzlich etwas (wieder) auftaucht, von dem man gar nicht wußte, daß es (noch) da ist, auch wenn es dabei um gar nicht so bedeutsam wirkende ‚Inhalte' geht.

Weiterführend ist auch die Verwunderung darüber, daß ein anderer in der von ihr gespielten Musik etwas hören kann, was sie an etwas von sich selbst erinnert. Diese Verwunderung läßt eingefahrene Zirkeldrehungen anhalten und setzt eine Suchbewegung in Gang, läßt ein erstes Moment der Hoffnung aufkommen, daß Zusammenhänge doch auffindbar sind, daß Sinn etwas (selbst) Herstellbares ist.

Sind Wandlungen möglich?

Als quasi prognostisches Pendant zu der ‚Diagnose': „Da ist nichts. Sie haben nichts." ist mir bei diesen PatientInnen auffällig häufig die inzwischen von ihnen selbst schon übernommene Einschätzung begegnet, daß sie nicht erwarten dürften, daß sie jemals wieder frei von den quälenden Symptomen werden könnten, sondern „lernen" müßten, „mit den Symptomen zu leben". Ich halte diese Einschätzung für ebenso unbegründet wie in ihrer psychologischen Wirkung fatal.

Zunächst ist es natürlich allein von der medizinischen Kategorienbildung her einfach unlogisch, eine Prognose für ein diagnostisch gar nicht existentes oder zumindest nicht diagnostiziertes Krankheitsbild abzugeben. Nun erfolgt diese Einschätzung ja auch nicht in wissenschaftlichen Zusammenhängen, sondern im Alltag der haus- oder fachärztlichen Praxis und entspricht sicher oft den persönlichen Erfahrungen der Ärztin oder des Arztes, die bzw. der vielleicht schon über Jahre viele solcher PatientInnen erlebt hat, ohne daß hier Besserungen eintraten. Dennoch wäre es korrekter, sich keine prognoseähnliche Einschätzung über Erscheinungsbilder zu erlauben, deren Entstehung und Entwicklung aus medizinischer Sicht (im engeren Sinne) nicht klärbar sind, deren Wirkungszusammenhang medizinisch nicht verstanden werden kann.

Katamnestische Untersuchungen, die eine statistische Wahrscheinlichkeit für eine günstige oder ungünstige Prognose ermöglichen würden, sind im Bereich funktioneller Störungen ausgesprochen selten. (Zu prognostischen Aussagen im Hinblick auf unterschiedliche Bereiche funktioneller Störungen vgl. Uexküll 1985. Interessanterweise taucht der in anderen Bereichen jeweils angegebene Punkt ‚Prognose' im Kapitel ‚Primärer Kopfschmerz', S. 565 ff., nicht auf. Die Aussagen zum Erfolg einzelner Behandlungsverfahren bleiben auffällig vage.) Prognostische Forschung in diesem Bereich ist notwendigerweise methodisch schwierig, zum einen aufgrund der im einzelnen ungeklärten Frage, inwieweit gleiche Symptome auch auf vergleichbare Ursachen hinweisen, zum anderen, weil die Frage möglicher Artefakte durch die Unangemessenheit des üblichen Umgangs mit diesen PatientInnen methodisch nur schwer handhabbar ist. Darüber hinaus ist allerdings auch zu vermuten, daß das allgemeine Forschungsinteresse eher schwach ist, da funktionellen Beschwerden nur ein geringer Krankheitswert zugesprochen wird. Das wird aber auch gesundheitspolitisch nicht der Tatsache gerecht, daß hier enorme Kosten für die Krankenkassen entstehen, die vermutlich gesenkt werden könnten, weil davon auszugehen ist, daß die lange Chronifizierung funktioneller Beschwerden und ihre Folgen vermeidbar wären, wenn eine angemessene Behandlung früher gefunden werden könnte.

Eine allgemeine Vorstellung von Heilungs- oder Besserungsmöglichkeiten funktioneller Störungen läßt sich m.E. am ehesten aus dem Vergleich mit den sogenannten hysterischen Symptomen gewinnen. Wie die Hysterie widersprechen die funktionellen Störungen dem „Schema der Körpermaschine", wie Christina von Braun (1985) dies so vortrefflich beschreibt: „Die schönen und ordentlichen Gesetze und Funktionen, die das abendländische Denken dem Körper auferlegt hat – sie werden von der Hysterie nicht beachtet. Damit widerlegt die Hysterie aber die Existenz der „Körpermaschine" überhaupt. Ein Automat ist nur dann reproduzierbar, in Serie herstellbar, wenn er immer nach den gleichen Gesetzen funktioniert. Tut er es nicht, ist er kein Automat, ist der Körper also keine Maschine" (ebendort, S. 21 f.). Auch die Schmerzen, Beschwerden und Symptome der hier beschriebenen PatientInnen dürften gemäß den ergebnislosen medizinischen Untersuchungen gar nicht sein – was vielleicht noch einmal von einem anderen Blickwinkel her verstehbar macht, warum sie für die Medizin tendenziell ein ‚Ärgernis' darstellen. Meines Erachtens gilt auch für sie, was Chr. von Braun als durchgängiges Charakteristikum der sogenannten hysterischen Symptome – bei aller Vielfalt ihrer Erscheinungsformen – beschreibt: „Sie sind organisch nicht erklärbar, sind (potentiell) rückgängig zu machen und verschwinden oft schlagartig und auf ebenso unerklärliche Weise, wie sie entstanden sind" (ebendort, S. 28).

Wie den klassisch als hysterisch beschriebenen Symptomen gelingt es dem Seelischen im Falle der funktionellen Störungen, soweit ins Körperliche einzugreifen, daß die ansonsten im körperlichen Bereich beobachtbaren Wirkungszusammenhänge und Gesetze partiell

außer Kraft gesetzt werden, so daß es so scheint, als gäbe es eine Wirkung ohne Ursache. Anders als bei den Psychosomatosen im engeren Sinne, bei denen es materialiter zu einer organisch-manifesten Schädigung kommt, bleibt das Eingreifen des Seelischen aber auf einer umkehrbaren Ebene, eben weil es zwar das Funktionieren des Körperlichen auf quasi ungesetzmäßige Weise verändert, (daher auch der Begriff der ‚funktionellen Störung') jedoch nicht in die materiale Ebene eingreift. Die Frage der Wahrscheinlichkeit, ob das Seelische diesen Lösungsweg zugunsten eines anderen aufgeben kann und wird, hängt damit allein von psychologischen Gesichtspunkten ab.

Eine psycho-logische Sicht auf Gründe und Wirkungszusammenhänge funktioneller Störungen beinhaltet aber zugleich eine kategorial andere prognostische Hinsicht als dies vom Bild der „Körpermaschine" mit ihren reproduzierbaren und vorhersehbaren Gesetzmäßigkeiten her geschieht. Kategorial ist im Seelischen Gegenwart der Drehpunkt von einer Vergangenheit, die uns in unserer historischen Gewordenheit bindet und bestimmt, in eine Zukunft, die dennoch ein offener, noch nicht bestimmter – und damit auch nie gänzlich vorhersehbarer – Raum ist. Das ist weder idealisierend gemeint noch soll es einer Sichtweise das Wort reden, die meint, es reiche aus, „alles positiv zu sehen"; noch darf dies in der Weise mißverstanden werden, als sei die Patientin „selber schuld", denn sie könne ihre Beschwerden aufgeben, wenn sie es nur „wolle". Es bedeutet nicht mehr und nicht weniger, als daß wir auf die Frage, ob die Beschwerden aufhören werden, psychologisch korrekterweise nur eine Antwort geben können: „Wir wissen es nicht."

Die damit gemeinte Aussage, daß im psychologischen Raum eine Prognose im strengen Sinne *kategorial* nicht möglich ist, mag denen, die in der Psychologie einer (inzwischen von den Naturwissenschaften nicht mehr vertretenen) naturwissenschaftlichen Paradigmatik anhängen, unmöglich oder als ein immanenter wissenschaftlicher ‚Schönheitsfehler' der Psychologie erscheinen, und sie ist zugegebenermaßen derzeit nicht gerade förderlich im Hinblick auf die gesundheitspolitische Anerkennung psychotherapeutischer Behandlungen. Sie in aller Deutlichkeit dennoch zu treffen, ist m.E. unabdingbar, will man nicht den wissenschaftlichen Diskurs zugunsten der besseren Anpassung gänzlich aufgeben.

Sie steht im Zusammenhang mit der im Sinne eines wissenschaftlichen Paradigmas nicht beweisbaren Grundvorstellung, daß das menschlich Seelische wesentlich dadurch charakterisiert ist daß es – im Unterschied zu anderen Bereichen des Lebendigen – zum Zeitpunkt der Gegenwart auf die Zukunft hin das Moment der Unbestimmtheit und Freiheit beinhaltet – bei gleichzeitiger Anerkennung der Gebundenheit des historisch Gewordenen und der gegenwärtig und zukünftig mitbestimmenden Momente der materiellen und gesellschaftlichen Wirksamkeiten. Dabei gilt es zu berücksichtigen, daß die umgekehrte Vorstellung der Möglichkeit einer Vorhersage im Zusammenhang psychologischer Behandlung ebenfalls eine paradigmatische Grundaussage beinhaltet, und zwar die, daß auch im menschlich Seelischen eine vom Individuum und einem ihm zuzusprechenden Moment der Freiheit unabhängige Gesetzmäßigkeit herrsche, die durchgängig determiniert und durch den Einfluß einer psychologischen Behandlung determinierbar sei.

Auch in diesem Zusammenhang besteht m.E. ein enges Verhältnis zwischen solchen nur scheinbar ‚philosophisch abgehobenen' Grundfragen und der konkreten und alltäglichen Praxis. Zwar zeigt uns jedes Einzelbeispiel eines Menschen, der trotz einer Negativ-Prognostik seine Beschwerden überwunden hat, daß die Offenheit des seelischen Raumes sich nicht gänzlich verstellen läßt. Dennoch scheint es mir förderlicher zu sein, wenn sich das Seelische nicht auch noch *gegen* eine wissenschaftlich letztlich nicht begründbare Negativ-Prognostik durchsetzen muß, sondern Verwandlungsimpulse in der Offenheit des

Behandlungsraumes Resonanz finden. Auf der Ebene der therapeutischen Grundhaltung geschieht dies m. E. am ehesten im Zugeständnis unseres Nicht-Wissens im Hinblick auf den konkreten individuellen Einzelfall, unabhängig davon, ob dies nun explizit ausgesprochen wird oder nicht.

Die Tendenz, PatientInnen ‚Hoffnung machen' zu wollen, ist zumeist ebenso Zeichen einer unverarbeiteten und agierten Gegenübertragung wie die Resignation der negativen Prognostik. Insofern müssen wir davon ausgehen, daß beides den therapeutischen Prozeß eher behindert. Hoffnung ist zwar nach meiner Erfahrung ein wichtiges Agens verändernder Prozesse oder läßt sich als deren Vorankündigung beobachten, ändert aber nichts daran, daß wir Hoffnung in anderen Menschen nicht *herstellen* können, sondern bestenfalls dazu in der Lage sind, einen Raum zur Verfügung zu stellen, in dem im anderen Hoffnung aufkeimen kann.

In Anders-Werden, darin, daß die Patientin sich und die Welt verändert erlebt – und sei es zunächst ‚nur' in diesem Moment aufkeimender Hoffnung auf Veränderung – *erlebe* ich am deutlichsten das oben paradigmatisch beschriebene Moment der Freiheit des anderen. Insofern gründet dieses Paradigma letztlich in einer Seherfahrung. Eine vergleichbare Seherfahrung findet sich bei anderen Therapeuten z. B. mit den Begriffen der ‚Begegnung' (Petersen 1987) oder dem ‚Unvermittelbaren' und ‚Dritten' (Knill 1990) beschrieben. An der Qualität dieser Seherfahrung liegt es auch, daß ich in diesem Zusammenhang den in der Philosophie sonst gebräuchlichen Begriff der menschlichen Freiheit der *Entscheidung* nicht benutze, da die Qualität einer Entscheidung, die uns eher an bewußte und willentliche Akte denken läßt, der erlebbaren Qualität *dieser* Momente *nicht* gerecht wird.

Mit der hier postulierten Offenheit des Behandlungsraumes, die sich als Komplement zur kategorialen Freiheit der PatientInnen versteht, ist eine paradoxe therapeutische Haltung gemeint, die sich am ehesten an ihren negativen Eckpunkten verdeutlichen läßt: Es darf einerseits nicht *unser* Ziel sein, daß die PatientInnen von ihren Symptomen im engeren Sinne befreit werden, wir dürfen andererseits nicht in ein gegen den bewußten Wunsch der PatientInnen opponierendes, Gegenteil verfallen, wie dies bisweilen in der therapeutischen Position geschieht, das Verschwinden der Symptome sei „völlig unwichtig". Die Behandlung richtet sich auf eine Verbesserung der Entwicklungsmöglichkeiten des Seelischen: Ob das Seelische im Einzelfall seine Entwicklung im *Aufgeben der Symptome* oder in einem veränderten Leben *mit ihnen* findet, muß für uns als Ergebnis einer Behandlung gleich *gültig* sein, ohne daß wir der Patientin und ihrem Leiden gegenüber gleichgültig sind.

Die Rolle der Musik

Vor dem Hintergrund dieser Aspekte einer therapeutischen Haltung, die zunächst unabhängig von den Medien der Behandlung ist, sollen auch im Zusammenhang mit der Frage nach den Wandlungsmöglichkeiten noch einmal einige Gesichtspunkte herausgehoben werden, die sich auf das Behandlungsmittel Musik beziehen.

Musik ist dem leiblichen Erleben verwandter als Sprache, sie ist dennoch nie ganz körperlicher Ausdruck, sondern immer auch symbolisch. Sie bietet sich daher als Vermittlerin an zu dem, was im Körperlichen sprachlos geworden ist und kann als (Rück-) ‚Übersetzerin' ins Seelische wirksam werden. Sie kann zum Mittel-Ding (vgl. Heubach 1987, S. 82 ff) zwischen dem sich zunehmend zurückziehenden Seelischen und den ‚Dingen' der Welt werden. Der aktive Handlungsvollzug des Improvisierens bietet dem Zer-Mittelten eine andere Verfassung an als dies die Sprache und andere Handlungsformen

des Alltags können: Musik ist ein Medium, welches sich durch eine ‚leichte' Plastizierbarkeit und Beeinflußbarkeit auszeichnen kann, insbesondere, wenn dies durch die mitspielende Therapeutin verstärkt wird. Die Musik kommt damit oft der Flüchtigkeit einer wiederbeginnenden Empfindungswelt entgegen und macht häufig hörbar, was sich gegen die größere Widerständigkeit von Sprache (noch) nicht durchsetzen könnte.

Dort, wo im Schmerz die Welt nur noch als unerträglich eindringlich, als Nötigung und viele Alltagshandlungen als Zumutung erlebt werden, kann sich der Patientin in der Musik ein Medium eröffnen, in dem sie sich nicht mehr nur als Opfer, sondern auch als Einflußnehmende, als bewirkend Handelnde erleben kann. Eine solche Drehung vollzieht sich bisweilen aus zunächst scheinbar seelenlos-sinnlos wirkendem ‚Vor-sich-hin-Klimpern', indem die Patientin plötzlich und unerwartet etwas – quasi *in dem* gespielten *Instrument* – ‚entdeckt'; eine kleine melodische Phrase, ein rhythmisches Motiv oder einen besonderen Zusammenklang, aber – obgleich ‚es' aus dem Instrument zu kommen scheint – zugleich *sich* als diejenige erlebt, die dieses Stück Musik produziert und hervorgebracht hat. In dieser Wendung entsteht (wieder) der Keim von Intentionalität den wir bei diesen PatientInnen oft vergeblich suchten, und den niemand für einen anderen Menschen herstellen kann.

Obwohl Reduktion und Kargheit der seelischen Formenbildung sich meist auch im musikalischen Spiel der PatientInnen niederschlägt, bietet das musikalische Medium dennoch weiterführende Entwicklungsmöglichkeiten an, indem es der vorhandenen Formenbildung ‚entgegenkommt'. Im Gegensatz zu dem bei Leikert (1990) herausgestellten Grundzug der Improvisation als der ‚Schnellsten aller Weiten' erlaubt die Musik eben auch – wenn es nicht um eine künstlerisch-ästhetische Gestaltung geht – Wiederholung und Redundanz, ohne daß sie dadurch *als Musik* zerstört oder sinnlos würde. Dadurch ist dem Seelischen die Zerdehnung des ‚Wenigen' möglich, ohne daß die Ausdrucksbildung und die Kommunikation abreißen.

Die Bedeutung des Anders-Werdens in der musikalischen Zerdehnung, die m.E. eher auf eine strukturelle Grundlage des Empfindens ausgerichtet ist, als daß es hier um eine Unterdrückung oder Verdrängung bestimmter Gefühle wie Ärger, Wut oder Trauer geht, kann ich nur metaphorisch beschreiben: Im Schmerz oder anderen Symptomen scheint sich mir das Seelische so zusammengeballt verdichtet zu haben, daß Formenbildungen quasi aufgrund eines ‚Raummangels' nicht mehr ausgestattet werden und Empfindungen sich nicht mehr breit machen können, während darum herum ein quasi material- und bewegungsloser Hohlraum zu entstehen scheint, der in der Empfindung dann als Leere, Depression und Sinnlosigkeit auftaucht. Das musikalische Spiel als Handlung und als Material versetzt – weiterhin bildhaft gesprochen – die Leere des ‚Hohlraumes' in Schwingung und ermöglicht einzelnen Momenten dessen, was sich in den Zusammenballungen des Kernes zur Formlosigkeit verdichtet hat, eine Ausbreitung in den so wieder formenbildbaren Raum. Auf diese Weise wird aus der Leere wieder so etwas wie ein ‚offener seelischer Raum', in dem Empfinden entstehen, sich ausbreiten und in seiner Vielfalt differenzieren kann.

Fallbeispiel 2

Die Fragen des Anders-Werdens, der Charakteristik der Wandlungen und des Bewerkstelligens soll nun abschließend ebenfalls an einem Fallbeispiel konkretisiert werden. Es handelt sich auch hier um das oben beschriebene stationäre Setting mit einer Behandlungsdauer von sieben Wochen.

Der 43-jährige Herr Christoph berichtet im Aufnahmegespräch von Schmerzen in allen Gelenken, die seit 20 Jahren vor allem im Ruhezustand bestehen und sich in den letzten drei Jahren noch weiter verschlimmert haben. Außerdem leidet er seit einiger Zeit zusätzlich an Durchschlafstörungen und ist seit acht Monaten arbeitsunfähig. Er kommt auf Empfehlung des Hausarztes, dem er sehr vertraut und der ihn auf die psychotherapeutischen Möglichkeiten des stationären Aufenthaltes so vorbereitet hat, daß er mit zwar unspezifischen, aber insgesamt positiven Erwartungen in die Klinik kommt.

Die orientierende internistische und neurologische Untersuchung durch die ärztlichen Kollegen zeigt keine Befunde von Krankheitswert. Von pyknischer Statur befindet sich der leicht adipöse Patient in gutem gesundheitlichem Allgemeinzustand. Psychisch zeigt er sich als ein ernster und nachdenklicher Mensch und – trotz der positiven Einstellung zur Klinik – allgemein eher zu Mißtrauen, Skepsis und Ironie neigend. Es fällt auf, daß er nicht gewohnt ist, über sich selbst zu sprechen, insbesondere nicht über seine Gefühle. Er neigt zu Rationalisierungen, und mit einer übermäßigen Selbstkritik scheint er sich vor erwarteten Kränkungen zu schützen. Ohne daß im engeren Sinne eine Zwangsneurose oder Zwangssymptome vorlägen, zeigt sich insgesamt die Tendenz einer zwanghaften Erlebens- und Verarbeitungsstruktur.

Herr Christoph ist verheiratet und hat drei Kinder im Alter zwischen sieben und fünfzehn Jahren. Er ist Beamter und wurde – ohne an diesen Entscheidungen selbst beteiligt gewesen zu sein – in den letzten Jahren häufiger versetzt. Er leidet sehr unter der beruflichen Situation, zum einen unter der Diskontinuität der Arbeit, aber vor allem unter der ihm fehlenden Anerkennung, die sich nicht nur, aber auch darin äußert, daß er bei ‚anstehenden Beförderungen' immer wieder übergangen wurde. Da er seiner Arbeit mit besonderem Pflichtgefühl nachgeht, sind ihm die Gründe rätselhaft, und es bleibt allein das Gefühl der Ungerechtigkeit.

Die psychotherapeutische Behandlung findet in einer Kombination von Einzelmusiktherapie und einer Gruppentherapie statt, wobei die Gruppe als geschlossene Gruppe zweimal wöchentlich zur Musik- und zweimal zur Gestaltungstherapie geht. Die folgende Darstellung verzichtet auf die verschiedenen Aspekte des Methodischen und versucht zusammenfassend die Entwicklung anhand einiger Wendepunkte nachzuzeichnen sowie anhand der in diesem Fall möglichen Katamnese, Aspekte des Bewerkstelligens nach dem Klinikaufenthalt aufzuzeigen.

In der ersten Musik, die in dieser Gruppe entsteht spielt Herr Christoph die Altblockflöte. Während die Gruppe sich schnell auf einen gemeinsamen Puls einspielt, in dem die Musik dann – ohne daß einzelne SpielerInnen deutlich erkennbar würden – freundlich und relativ gleichbleibend ‚vor sich hin trottet', sorgt die Flöte für Belebung. Sie ist in ihren trillernden Einwürfen gut erkennbar und wird mehrfach in musikalischer Imitation und durch Lachen beantwortet.

Nachdem die Gruppe die Musik noch einmal vom Band angehört hat, zieht Herr Christoph daraus etwas, was er als (neue) ‚Erkenntnis' hervorhebt, was aber durchaus seiner Methodik der vorwegnehmenden Selbstkritik folgt: Er habe ja als einziger ‚gegen die Harmonie' gespielt, ‚gestört' und ‚nicht gepaßt'. Das habe er nicht gewußt, daß er so zu seiner Umgebung stehe. Die Gruppe kann diese seine Methodik durch ihre freundlichen und anerkennenden Bemerkungen über sein Spiel an dieser Stelle nicht wenden, *aber* sie etabliert hier einen wichtigen Kontrapunkt, der sich dann in anderen Szenen fortsetzt und der die Voraussetzung dafür schafft, daß Herr Christoph die Bereitschaft der Gruppe, ihm Anerkennung und Wohlwollen zukommen zu lassen, aufnehmen und für sich nutzen kann.

Das gelingt in einer paradoxen Bewegung: die Gruppe durchschaut den Abwehrcharakter der vorwegnehmenden Selbstkritik begegnet ihm aber nicht mit Kritik, sondern mit einem Gespür für die abgewehrte Angst vor Kränkung. Sie verhält sich manchmal humorvoll entlarvend und weiß zugleich das herzustellen, was ihm fehlt: das Gefühl von Anerkennung und Eingebundensein, quasi unabhängig von ‚Eigenarten' und ‚Macken'.

Vor diesem Hintergrund sind dann notwendige kritische Auseinandersetzungen möglich, ohne daß diese von Herrn Christoph im zwanghaften Formenkreis von ‚schuldig' oder ‚Opfer-sein' verarbeitet werden müssen. So z.B. über sein ‚sprunghaftes Denken', welches so viele Zwischenstücke ausläßt, daß andere ihn nicht verstehen können und er sich immer wieder falsch verstanden und unerkannt fühlt. Dabei wird auch deutlich, daß nicht nur das Nicht-Aussprechen wichtiger Übergänge, sondern auch seine verbalen Rationalisierungen, die bis hin zu einer Umdeutung von Begriffen gehen, verhindern, daß er (richtig) verstanden wird. Umdeutungen, die bewirken, daß seine Beziehung zu anderen Menschen als kühl, distanziert, gefühllos erlebt wird, was ihn kränkt und wodurch er sich in seinen Empfindungen unerkannt fühlt.

So behauptet er z.B. im Hinblick auf die panikartige Abreise eines Patienten aus der Gruppe, die bei allen Mitgliedern große Betroffenheit auslöst, daß dies auf ihn ‚keine Wirkung' habe. Es gelingt in der Gruppe, die aufkommende Aggression gegen ihn in das entlastende Verstehen zu wenden, daß er seine Empfindung der Trauer über diese Abreise nicht als ‚Wirkung' bezeichnet, sondern von Wirkung nur zu sprechen wagte, wenn sich diese in eine konkrete Handlung umsetzen würde: „Hinterherfahren und ihn zurückholen, das wäre eine Wirkung".

Parallel dazu kommt es in der Einzeltherapie zu einer wichtigen Wendung, die sich ebenfalls auf seine hohen Über-Ich-Ansprüche bezieht, denen gegenüber er einerseits immer versagen muß und die ihm zugleich die Wärme und Einbindung vorenthalten, derer er so dringend bedarf. Er stellt im Gespräch fest, daß er „alle Menschen gleich behandelt" bzw. diesem Anspruch als Ideal folgt, ob es sich nun um seine (geliebte) Familie handelt, die Chefs (die er nicht mag), die Kollegen (von denen er sich angefeindet fühlt) oder die Bürger, die mit ihm sehr unterschiedlich umgehen, denen er aber allen gleich als vorbildlicher Beamter „dienen" will. Daß dieses Vermeiden(-Wollen) jeder Vorliebe und jeglicher Gewichtung – im Handeln wie im Erleben – irgendwie Problematisch sein könne, bezweifelt er.

Mir fällt die ‚Gleichbehandlung der Töne' in der Dodekaphonie ein. ‚Welch eine Verkehrung', schießt es mir durch den Kopf: Mit dem Mittel, mit dem Schönberg erfolgreich die ‚Emanzipation der Dissonanz' und die Lösung von harmonikaler Bindung bewirkte, versucht hier einer, Harmonie zu erreichen. Das sage ich so nicht, aber ich schlage in diesem Gespräch vor, zwei Improvisationen zu spielen: In der ersten sollen alle Töne ungewichtet gleich behandelt werden, in der darauffolgenden sind Bevorzugungen und Gewichtungen erlaubt.

Im ersten Spiel, für das Herr Christoph das Xylophon wählt, wird beeindruckend deutlich, wie gut er – auch in der musikalischen Umsetzung – die Methodik der Gleichbehandlung beherrscht. (Die Erfüllung der ‚Aufgabenstellung' gelingt ihm deutlich besser als der am Klavier mitspielenden Therapeutin.) Die Musik meidet nicht nur jede tonale Zentrierung, auch rhythmisch gibt es keine Bevorzugungen und Gewichtungen, so daß eine Musik entsteht, die – soweit dies möglich ist – quasi keine musikalische Formung entstehen läßt und im Charakter trostlos und irgendwie sinnlos wirkt. Im zweiten Spiel (Metallophon – Klavier) entsteht durch die Bevorzugung und Betonung des C schnell eine tonale

Zentrierung, die sich – durch die völlige Vernachlässigung aller nicht zu C-Dur gehörigen Töne – zu einem harmonischen Spiel in C-Dur ausbaut, welches sich auch rhythmisch, dynamisch und formal ausgestattet. Dieses Spiel wird sehr lang, „weil es so schön was", wie er hinterher erläutert.

Diese direkte Übersetzung ins Musikalische mag von außen vielleicht banal wirken. Herr Christoph erlebt in diesen beiden Spielen in umwandelnder sinnlicher Evidenz die eigene Entdeckung des „Geheimnisses der Harmonie" und versteht daran, daß alle Anstrengung, sie mittels seiner Methodik der ‚Gleichbehandlung' zu erlangen, ihn immer nur weiter von dem entfernt, was er damit zu erreichen sucht. Diese sich ereignende Wandlung setzt Erinnerungen frei, die die Entstehung dieser Konstruktion verstehbar werden lassen: Als schwerkrankes Kind war er über lange Zeiträume vom Spiel mit anderen Kindern ausgeschlossen. Der realen eigenen Einwirkungsmöglichkeiten, wie auch dem Erleben ihrer Grenzen beraubt, träumte er sich in der Phantasie in das Selbstbild eines guten und gerechten Königs eines grenzenlosen Reiches.

Wie dieses weitergelebte Selbstbild in schmerzhaftem Widerspruch insbesondere zu den Einwirkungsmöglichkeiten als ‚kleiner Beamter' steht, taucht anhand dieses Bildes in den weiteren Stunden immer wieder auf. Der nun ansatzweise verstehbare Zusammenhang zu den Gliederschmerzen im Sinne der psychischen Stauchung, des vergeblichen Sich-Stemmens gegen Unverrückbarkeiten, auch der gebremsten Aggressivität auf der einen und des Stauens von bevorzugenden Gefühlen auf der anderen Seite wird kaum direkt angesprochen. Er wird spürbar darin, daß die Schmerzen nun schwächer werden und seltener auftreten.

Im weiteren kommt es dann in einem vergleichbaren Aufgeben-Können seines ‚Kämpfens in die falsche Richtung' zu einer spontanen Wendung seiner Durchschlafstörungen. Wie früher der durch die schweren Krankheitsschübe bedingten Schwäche versucht er, seinen Schlafstörungen durch ein ‚Immer-Mehr' an sportlicher Betätigung zu begegnen. Meine einfache Bemerkung, vielleicht überreize er sich ja, könne nicht zur Ruhe kommen wie ein *übermüdetes* Kind, kann vermutlich nur vor dem Hintergrund der ersteren Wendung die erstaunliche Wirkung haben, daß er nicht nur diesem Einfall folgt und sehr viel weniger tut, sondern daraufhin sofort tief und lang schläft.

Noch einmal entsteht anhand eines musikalischen Spiels in der Einzeltherapie eine Szene, in der er sich anders erlebt. Ausgehend von dem Wunsch, der Problematik mit den Kollegen auszuweichen, kommt ein Spiel zustande, in dem er die Phantasie umsetzen will, wie schön es wäre, allein zu arbeiten, dann könne er endlich ungebremst richtig loslegen. Die entstehende Musik, die er auch real allein – ohne die Therapeutin – am Metallophon gestaltet, klingt gar nicht nach ‚Loslegen'. Es entsteht ein traumverlorenes, besinnlich zartes Spiel, schwebend und in (positiv verstandener) Ziellosigkeit Raum gewährend. Dieses von ihm wohltuend erlebte Spiel gefällt ihm auch beim Abhören des Tonbandes und überrascht ihn zugleich. Er arbeite überhaupt nicht so, sondern sehr gezielt nach Plan, ganz anders als diese Musik. Ihm wird daran der Kontrast zweier Bilder deutlich: Der rationale, kräftige, erwachsene Mann, als der er anderen erscheinen muß, und die zarte Empfindsamkeit, die er schützend in sich verschlossen hat, nicht zeigt und die auf diese Weise kaum Resonanz erfährt, sondern gerade durch ihr Unerkanntbleiben immer wieder verletzt und gekränkt wird.

Seinem Bemühen, hier in der Gruppe anderen mehr ‚von dieser Seite' zu zeigen, über seine Empfindungen zu sprechen, welches schon als der Beginn eines Bewerkstelligens zu verstehen ist, kommt die hohe Sensibilität der Gruppe entgegen, so daß diese Bemühungen

in dieser Umgebung durch ‚Erfolgserlebnisse' unterstützt werden. Die Gruppe setzt dabei die oben beschriebene doppelte Bewegung fort. Sie weiß um seine ‚warme' und gefühlvolle Seite, zeigt ihm dies in offener Sympathie und deckt zugleich immer wieder humorvoll auf, wenn er z.B. kleine alltägliche Konflikte im Schema ‚immer ich' (bin das Opfer) zu verarbeiten droht. Auch hierin gelingt ihm schon ein erstes Bewerkstelligen, wenn auch eher ‚im Kopf'. Daß er als einziger in der Familie kein Instrument gelernt hat, konnte er bisher nur als Kränkung und in der Zuordnung des (wieder einmal) Opfer-Seins (der Umstände) verarbeiten. Jetzt ‚bekennt' er in einer Einzeltherapiestunde, in der nicht gespielt wird, seine große Liebe zur Musik und sagt, ihm sei klar geworden, daß sein Argument, das Notenlesen nicht gelernt zu haben, „nur eine müde Entschuldigung" sei, denn er wisse, daß er gut höre, daß er musikalisch sei, und wenn er sich dazu entschließe, was er noch nicht entschieden habe, dann werde er auch ein Instrument lernen.

Der Beginn eines aktiveren In-die-Hand-Nehmens der eigenen Lebensgestaltung zeigt sich gegen Ende auch noch einmal in zwei Szenen in der Gruppe, in denen er zugleich die anfänglich als Erschrecken erlebte Differenz – vor dem Hintergrund des Gefühls der Integration in der Gruppe – aktiv ausgestalten kann, ohne Schuldgefühle, als etwas, was auch sein darf. In der ersten Situation arrangieren einzelne aus der Gruppe jeweils ein Spiel, in dem sie Instrumente zuteilen und Vorgaben nach ihren Wünschen machen. (Ausgangspunkt war ein Gespräch um die Thematik des Bestimmens und Bestimmt-Werdens.) Herr Christoph nutzt sein ‚Arrangement' dazu, die Therapeutin vom Klavier zu vertreiben und einmal etwas ganz anderes zu machen: Er übt mit ziemlich viel Durchsetzungsvermögen erst „Hänschen klein" und dann „Fuchs, Du hast die Gans gestohlen" ein. Die darin auch enthaltene Aggression ist allen lustvoll erlebbar und in dem ‚Gaudi', den dieses Arrangement auslöst, gut aufgehoben.

In der vorletzten Gruppenstunde kommt es dann zu einem Gruppenspiel, in dem Herr Christoph in abrupten Einwürfen mit wutverzerrtem Gesicht auf der Pauke alles andere ‚niederspielt'. Mit einem entspannten Aufatmen sagt er hinterher, das habe ihm sehr gut getan, er habe damit seine ganzen Schmerzen hier gelassen. In der letzten Gruppensitzung zeigt sich Herr Christoph von einer Seite, die die Gruppe wohl schon aus Situationen außerhalb der ‚offiziellen' Treffen kennt, ich aber noch nicht: Er ist vergnügt und ausgelassen, zeigt eine jungenhaft fröhlich-freche Seite, die ihm wohl in den letzten zehn Jahren verloren gegangen war.

Die Beurteilung des ‚Erfolges' der Behandlungen war in dieser Klinik dadurch begrenzt daß Katamnesen im Setting der Klinik nicht regulär vorgesehen waren. In diesem Fall war eine Katamnese möglich, da (mit einer Ausnahme) die gesamte Gruppe nach einem Jahr ein Treffen untereinander und mit mir organisierte.

Herr Christoph berichtet bei diesem Treffen, daß die Gelenkschmerzen und die Schlafstörungen nicht mehr aufgetaucht sind. Daß er dennoch eine ambulante Gruppentherapie begonnen hat, zeigt, daß sich hier die Blickwendung auf das Seelische seiner Konflikte stabil vollzog. Die Konflikte am Arbeitsplatz haben sich in seinem Erleben eher verschlimmert, zusätzlich hat sich eine geplante berufliche Veränderung zerschlagen. Während sich diese Konflikte aber zuvor in seinen Erzählungen als ausschließlich von außen kommend anhörten, ist jetzt die Hoffnung spürbar, sie durch weitere Entwicklungen in der Therapie selbst beeinflussen zu können. Auf seine Ausführungen darüber, daß die andere Gruppe ihn nicht so gut verstehe wie diese hier, reagiert die Gruppe zwar geschmeichelt, aber ebenso mit Distanz und Ermutigung, und auch er selbst gibt offensichtlich nicht auf, sondern scheint die Erfahrung weiter umzusetzen, daß Verstanden-Werden auch etwas mit Sich-verständlich-Machen zu tun hat.

Veränderungen haben sich in der Familie ergeben. Er wagt Auseinandersetzungen, durch die er dann neue Erfahrungen mit den anderen macht und erlebt, daß festgeschriebenes Rollenverhalten wandelbar ist. Auf der anderen Seite berichtet er, daß er sich oft auch zurückziehe und gemerkt habe, daß er auch das Allein-Sein brauche. Als die Gruppe das lachend damit beantwortet, daß er dazu doch immer schon geneigt habe, sagt er ernst, das möge ja so sein, aber nun habe er das eben auch selbst erkannt, und das sei schließlich etwas ganz anderes.

Strukturell ist in seinen Erzählungen – in Kleinigkeiten und beiläufigen Formulierungen – deutlich, daß er Gewichtungen und Differenzierungen macht. So berichtet er, ihm sei bei seiner Rückkehr aufgefallen, daß er nur einen ‚wirklichen Freund' habe, die anderen seien nur ‚Bekannte'. Auch in Erzählungen über einzelne Mitglieder seiner Familie spürt man, daß er es wagt, Unterschiede zu erleben und zu machen. Er wird insgesamt als ein Mensch erlebbar, der auf dem Wege ist, dies auch weiß und sich darin ernst und wichtig nimmt.

LITERATUR

Adler, Rolf in Uexküll (1986): Psychosomatische Medizin (3. Aufl.). Urban & Schwarzenberg, München (S. 551 ff.)

Arnold, W., Eysenck, H. J. & Meili, R. (1988): Lexikon der Psychologie. Herder, Freiburg i. B., 6. Aufl. (S. 19

Bauer, M. et al. (1973): Psychiatrie. Thieme, Stuttgart

Braun, Christina von (1985): Nicht ich: Logik, Liebe, Libido, Neue Kritik, Frankfurt a. M.

Bräutigam, Christian & Christian, Paul (1986): Psychosomatische Medizin., Thieme, Stuttgart

Duden (1963), Bd. 7 unter ‚Schmerz' und ‚mürbe'. Dudenverlag, Mannheini/Wien/Zürich

Grootaers, Frank (1983): Gruppenmusiktherapie aus ganzheitlicher Sicht. In: Musiktherapeutische Umschau, Band 4, Heft 4. Fischer, Stuttgart

Grootaers, Frank (1994): Fünf Vorträge über Musiktherapie und Morphologie in der Psychosomatik. Materialien zur Morphologie der Musiktherapie, Heft 6. IMM Zwesten

Heubach, Friedrich W. (1 987): Das bedingte Leben. Theorie der psycho-logischen Gegenständlichkeit der Dinge. Fink, München

Hau, Theodor (Hrsg.) (1986): Psychosomatische Medizin. Verlag für angewandte Wissenschaften, München

Husserl, Edmund (1913): Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie

Kant, Immanuel (1781): Kritik der reinen Vernunft. Aufl., 1974, Suhrkamp, Frankfurt a. M.

Kisker, K. P. et al. (1987): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Thieme, Stuttgart

Knill, Paolo (1990): Das unvermittelte Heilmittel oder das Dritte in der Kunsttherapie. In: Petersen, Peter (Hrsg.): Ansätze kunsttherapeutischer Forschung. Springer, Berlin-Heidelberg-New-York

Materialien zur Morphologie der Musiktherapie (1991). „Argumente", Heft 4. IMM Zwesten

Leikert, Sebastian (1990): Die Lust am Zuviel. Der Wirkungsraum der Instrumentalimprovisation. In: Zwischenschritte. Bouvier, Bonn

Peters, Uwe Hendrik (1984): Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. Urban & Schwarzenberg, München

Petersen, Peter (1987): Der Therapeut als Künstler. Junfermann, Paderborn

Redlich, Fredrick C. & Freedman, Daniel (1976): Theorie und Praxis der Psychiatrie, Bd. 1 und 2. Suhrkamp, Frankfurt a. M.

Salber, Wilhelm (1989): Der Alltag ist nicht grau. Alltagspsychologie. Bouvier, Bonn

Schopenhauer, Arthur (1818): Die Welt als Wille und Vorstellung. Aufl., 1977. Diogenes, Zürich

Straus, Erwin (1956): Vom Sinn der Sinne. Springer, Berlin-Heidelberg-New-York, Reprint 2. Aufl.

Stowasser (1965): Lateinisch-deutsches Schulwörterbuch. Freytag, München

Tüpker, Rosemarie (1988): Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie. Bosse, Regensburg Neuauflage als Band 3 dieser Reihe)

Tüpker, Rosemarie (1990): Musiktherapie in der Psychosomatik. In: Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift, Heft 10/1990. Kohlhammer, Stuttgart

Tüpker, Rosemarie (1992a): Musik und Sprache als Mittel in psychologischer Behandlung und Forschung. In: Materialien zur Morphologie der Musiktherapie, Heft 5. MM Zwesten

Tüpker, Rosemarie (1992b): Zur Bedeutung künstlerischer Formenbildung in der Musiktherapie. In: Decker-Voigt, H.-H. (Hrsg.): Spiele der Seele. Traum, Imagination und künstlerisches Tun. Trialog, Bremen

Tüpker, Rosemarie (1993): Der Behandlungsauftrag der Musiktherapie. In: Zwischenschritte. Bouvier, Bonn

Tüpker, Rosemarie (vorauss. 1996): Leiden-Können, Methodisch-Werden, Anders-Werden, Bewerkstelligen. In: Lexikon der Musiktherapie, Hrsg. Decker-Voigt H.-H., Hogrefe, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle

Tölle, Rainer (1988): Psychiatrie. Springer, Berlin-Heidelberg-New-York, 8. Aufl.

Uexküll, Thure von (1986): Psychosomatische Medizin. Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore

Weymannn, Eckhard (1991a): Spielräume. Zur Wirkungsweise des Improvisierens in der Musiktherapie. In: Musik und Kommunikation, Bd. 2. Hrsg. Decker-Voigt, H.-H., Eres, Lilienthal-Bremen

Weymann, Eckhard (1991b): Neue Spielräume. Über das Improvisieren in der Musiktherapie. In: Aus der Seele gespielt. Hrsg. Decker-Voigt. Goldmann, München

Wundt, Wilhelm (1918): Grundriss der Psychologie. Kröner, Leipzig (S. 386)

Musiktherapie als Erweiterung des Behandlungsangebotes

ZEITSCHRIFTEN-ARTIKEL

2.8

oder

Warum braucht die Psychiatrie die Kunst?[25]

Zusammenfassung Abgeleitet aus dem Behandlungsauftrag psychiatrischer Kliniken wird dargestellt, warum künstlerische Therapien eine wichtige Erweiterung des Behandlungsangebotes sein können. Es werden günstige und ungünstige Formen der Organisation der künstlerischen Therapien in Kliniken aufgezeigt und Vorschläge zu einer Integration unterbreitet, durch die der Nutzen dieser Therapien für die PatientInnen und die Arbeitszufriedenheit der MusiktherapeutInnen erhöht werden können.

Keywords arts therapies, psychiatric hospitals, organisation

Ich wurde gebeten, mit dem Eröffnungsvortrag[26] für diese Tagung etwas darüber zu sagen, wie sich Musiktherapie in das bestehende Behandlungsangebot der Psychiatrie integrieren läßt und von welchen Ausbildungsvoraussetzungen Sie ausgehen können, wenn Sie einen Musiktherapeuten oder eine Musiktherapeutin in Ihrer Klinik beschäftigen.

Bei der Vorbereitung wurde mir deutlich, daß Fragen der Integration nur zu beantworten sind, wenn man zuvor zumindest kurz skizziert, worin das musiktherapeutische Behandlungsangebot besteht und in welches allgemeine Behandlungsangebot der Psychiatrie es eingefügt werden soll. Das wiederum ließ die Frage aufkommen, worauf denn das Behandlungsangebot der Psychiatrie ausgerichtet ist oder anders formuliert, welche Menschen warum in die Psychiatrie kommen. Mein Vortrag wird daher mit dieser letzten Frage beginnen und versuchen, in der gebotenen Kürze aufzuzeigen, wie die Musiktherapie als eine Erweiterung des Behandlungsauftrages der Psychiatrie verstanden werden kann. Vieles von dem, was ich ausführen werde, gilt vergleichbar auch für andere künstlerische Therapieformen, was mich zur nachträglichen Formulierung eines zweiten Titels führte, der Frage: Warum braucht die Psychiatrie die Kunst?

---

[25] In: ′therapie kreativ′. Zeitschrift für kreative Sozial- und Psychotherapie, Heft 21. Affenkönig-Verlag, Neukirchen-Vluyn 1998, 3-23

[26] Überarbeitete Fassung des Eröffnungsvortrages der Tagung ‚Hast Du Töne? - Musik und Therapie im Rheinland', veranstaltet vom Landschaftsverband Rheinland in Bedburg-Hau vom 13. - 14.11.1997

1Warum kommen Menschen in die Psychiatrie?

Gingen wir von einer medizinischen Nosologie aus, so ließe sich eine Gemeinsamkeit der sehr unterschiedlichen Krankheitsbilder, die heutzutage in psychiatrischen Kliniken behandelt werden, nur schwer ausfindig machen. Von einer eher kulturpsychologischen Warte aus scheint mir dies aber durchaus möglich.

Menschen, die in die Psychiatrie kommen oder sich bisweilen ungewollt in ihr wiederfinden, sind in irgendeiner Form **herausgefallen** aus der alltäglichen gemeinsamen Wirklichkeit der menschlichen Gemeinschaft. Sie erleben Wirklichkeit anders. Sie erleben sich selbst in bedrohlicher Weise anders – oder auch in beglückender oder euphorischer Weise – und verhalten sich so, daß nun die anderen sie als bedrohlich, als herausgefallen, als nicht mehr ausreichend ähnlich erleben.

Im Kernbereich der schizophrenen Erkrankungen wird das Herausgefallen-Sein aus der gemeinsamen Wirklichkeit mit dem Aufbau einer eigenen, höchst *privaten* Wirklichkeit, einer eigenen, nicht mehr kommunizierbaren Welt beantwortet, die die anderen als *Nicht-Wirklichkeit*, als Wahn bezeichnen.

Aber auch in den nicht so auffälligen Verrückungen, wie wir sie im Formenkreis der neurotischen Erkrankungen vorfinden, sind Erlebensweisen (z.B. Ängste und Depressionen) nicht ausreichend kommunizierbar, nicht teilbar als gemeinsame Erfahrung, und sind oft sogar dem eigenen Selbst fremd, nicht verstehbar, herausgefallen aus dem eigenen Selbstverständnis und Selbstbild.

Und wenn es einem gelingt, den eigenen Wirklichkeitsbezug einmal so weit hintan zu stellen, daß man dem Gedanken- und Erlebensfluß eines dementen Menschen wirklich folgt, so wird man auch hier feststellen, daß Demenz kein bloßer Strukturverfall ist, sondern daß sich auch hier vielleicht eher eine *andere Wirklichkeit* auftut: Eine Wirklichkeit, in der sich Vergangenes unvermittelt (und ohne Kennzeichnung als Vergangenes) in Gegenwärtiges schiebt; in der Inseln von Erlebnissen sich in seltsamer Weise aneinanderketten. Diese PatientInnen konfrontieren uns mit einer Erlebensrealität, in der (für uns) Bedeutsames und Unbedeutsames in ungewohnter Gewichtung nebeneinander stehen oder in der vergangene Beziehungen in aktuellen so realisiert werden, daß der psychoanalytische Begriff der Übertragung uns für dieses Phänomen nicht in den Sinn kommt, gerade weil wir es so vollständig nicht erwarten.

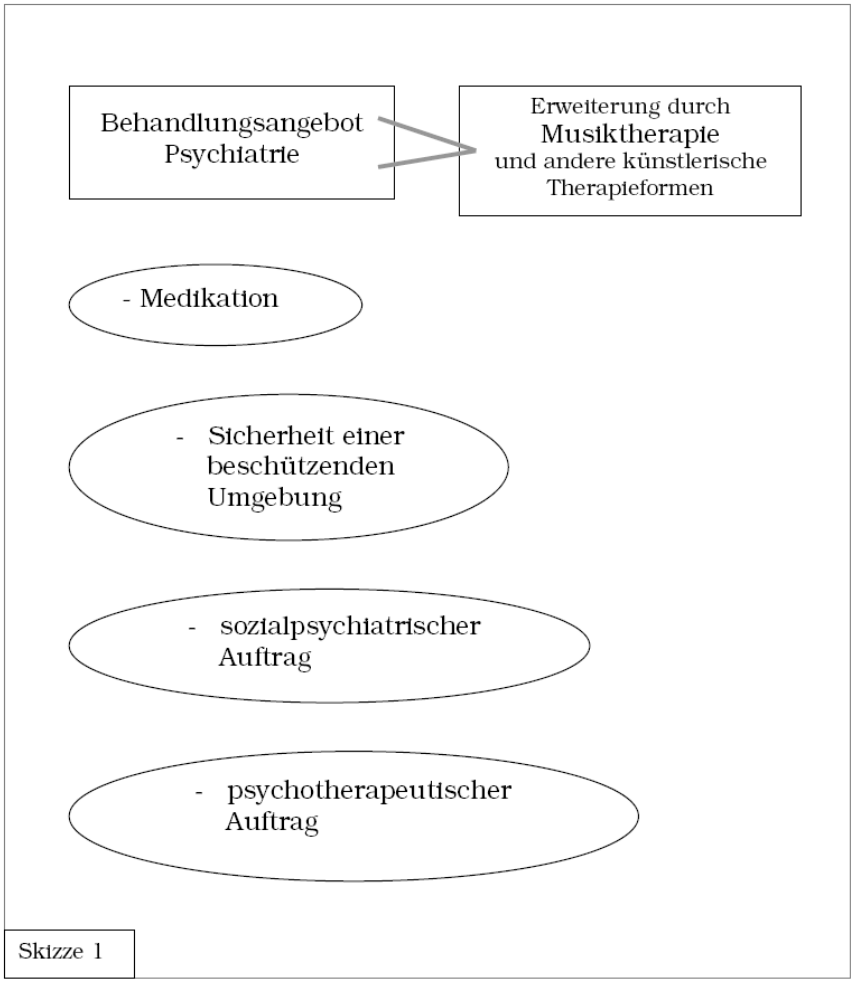
Und sind nicht diejenigen, die wir für gewöhnlich als geistig Behinderte kategorisieren, vielleicht vor allem darin behindert worden, überhaupt einen Zugang zu einer gemeinsamen Wirklichkeit mit anderen zu bekommen? Gemeinsame Wirklichkeit konstituiert sich zu einem großen Teil über Sprache, die vielen geistig Behinderten versperrt bleibt. (Was nicht notwendig heißt, daß dieses Versperrt-Bleiben ursächlich durch ein organisch gegebenes *mangelndes Sprachverständnis* bedingt ist.)

Was aber heißt eigentlich *gemeinsame Wirklichkeit*? Worauf bezieht sich: *sie erleben sich, die Wirklichkeit ‚anders, verschoben, ver-rückt'?* Wir dürfen nicht vergessen, daß hier im Grunde immer (recht naiv) gemeint ist: anders als *wir, die Gesunden,* die Normalen. Wirklichkeit ist ja keine an und für sich gegebene Kategorie, sondern meint psychologisch einen gewissen Konsens. Einen Konsens z.B. darüber, was *wirklich* erlebt ist und was *nur ein Traum*, was wir als *innen* und was als *außen* kategorisieren, was wir als vergangen und damit als *Erinnerung* einordnen und was als gegenwärtiges Erleben. Erfahrungen werden vermittelt, teilbar, gemeinsam durch ihre Aufnahme in den Sprachkonsens, wie Alfred Lorenzer (1973) dies nennt. Lorenzer zeigt auf, daß es die allgemeine kulturpsychologische Bedeutung der

Künste ist, diejenigen Erfahrungen aufzugreifen, die nicht in den Sprachkonsens aufgenommen werden können. Es gibt immer Erfahrungen, die nur in der jeweils anderen Formenbildung der Künste vermittelbar sind und darin zur gemeinsamen Erfahrung werden. Deshalb finden wir auch in allen Kulturen Musik, Tanz und die bildende Künste.

Psychologisch können wir sagen: die Künste folgen der Aufgabe, all die Erfahrungen, die wir Menschen nicht sprachlich teilen, mitteilen können, als gemeinsame Erfahrung zu erhalten, kommunizierbar zu machen, zu gestalten und umzuwandeln, also auch weiterzuentwickeln. Das ist die eigentliche Grundlage der künstlerischen Therapieverfahren. Sie beruht auf einer allgemeinen kulturellen Bedingung unseres Mensch-Seins.

Die Musik als therapeutisches Mittel ist daher niemals – auch nicht in der weitesten Auslegung – so etwas Ähnliches wie ein Medikament, das zur Beruhigung, Aufhellung oder gegen dieses oder jenes Symptom *eingesetzt* werden kann. In der Musiktherapie geht es vielmehr darum, in der Musik – genauer gesagt: meist in der gemeinsamen musikalischen Improvisation – eine Beziehungssituation herzustellen, die über die Sprache hinaus nach der Gemeinsamkeit menschlicher Erfahrung – nach Verstehen – sucht und von da aus nach den Möglichkeiten der Veränderung und Umwandlung.



Skizze 1

2. Das Behandlungsangebot der Psychiatrie

Der Auftrag und das Behandlungsangebot der Psychiatrie läßt sich in vier wesentliche Bereiche untergliedern, denen die Musiktherapie unterschiedlich zugeordnet werden kann. (s. Skizze 1)

a) Seit der sogenannten *neuroleptischen Revolution* in den fünfziger Jahren hat sich das Bild der Psychiatrie vor allem durch die Möglichkeiten der **Medikation** maßgeblich geändert. Bei aller Kritik an unsachgemäßem Einsatz oder falscher Idealisierung der Möglichkeiten der seither entwickelten Medikamente sei doch vorausgeschickt, daß auch wir, von denen diese Kritik häufiger geäußert wird, uns nicht in eine Psychiatrie vor dieser Zeit zurückwünschen.
Dennoch ist dies der Bereich, in dem die Musiktherapie keine Erweiterung oder Ergänzung anzubieten hat. Im Sinne der Zusammenarbeit ist daher lediglich anzumerken, daß der Musiktherapeut stets über die Medikation der PatientInnen, die er mitbehandelt, informiert sein muß, um bei seiner Einschätzung des Patienten die Wirkung der Medikamente zu berücksichtigen. Auch die musikalische Produktion des Patienten bleibt – gerade bei hohen Dosierungen – naturgemäß nicht unbeeinflußt von der Wirkung der Medikation.

b) Einen weiteren Bereich können wir mit dem Begriff der **Sicherheit einer beschützenden Umgebung** charakterisieren. Dabei geht es zum einen natürlich um die bekannten Kategorien des Schutzes vor Selbst- und Fremdgefährdung eines Patienten durch sein Handeln in bestimmten Phasen einer Erkrankung. Es geht aber auch um die Entlastung der Familien eines Kranken und die Entlastung des Patienten selbst. So kann ein Aufenthalt in der Psychiatrie die seelische Verfassung dadurch entlasten, daß sie eine Umgebung zur Verfügung stellt, in der „verrückt sein" erlaubt ist und die Ansprüche der Außenwelt an den Patienten verringert werden.

Auch wenn dies nicht gleichzusetzen ist mit dem *Behandlungsauftrag der Musiktherapie* im engeren Sinne, so kann Musik dennoch sinnvoller Teil dieser beschützenden Umgebung sein. Im Zusammenwirken mit den anderen Künsten, mit einer reflektierten Art des menschlichen Miteinanders und einer sinnvollen Rhythmisierung in der Tages-, Wochen- und Jahresgestaltung kann Musik einen Beitrag zu einer Klinikkultur leisten, damit aus der Sicherheit der Umgebung keine Sicherheitsverwahrung wird. Beziehungssituationen, wie sie in der Musik, während des Malens oder Tanzens möglich sind, können manchmal für einen Patienten die einzig erträgliche Form des Zusammenseins mit anderen Menschen sein, in der sich Nähe und Distanz auf annehmbare Weise regulieren lassen: Wenn etwa Angesprochen-Werden immer schon eine Überforderung der seelischen Verfassung und Nicht-Angesprochen-Werden ein Versinken in die Einsamkeit einer inneren Leere oder Zurückgestoßen-Werden in ein inneres Chaos bedeuten, können sich sprachfreie Formen des Zusammenseins oder die Kommunikation über ein gemeinsames Drittes bisweilen als der einzig befahrbare Weg zwischen Szylla und Charybdis[27] erweisen und darüber vielleicht *er*fahrbar machen, daß menschliches Miteinander Sinn stiften kann.

[27] Zur Erinnerung: Szylla (oder Skylla) ist in der griechischen Mythologie der Name eines sechsköpfigen Seeungeheuers, welches die Seefahrer zu verschlingen suchte, wenn sie zu nah an dem Felsenriff vorbeifuhren, in dem es lauerte. In der Meerenge gegenüber aber befand sich Charybdis, ein Ungeheuer, welches als Verursacher der gefährlichen Meeresstrudel in der Straße von Messina galt, die im Mythos dadurch entstanden, daß das Ungeheuer dreimal täglich die Wasser verschlang und wieder ausspie.

c) Als **sozialpsychiatrischen Auftrag** verstehen wir all die Aufgaben, die über den Ort Psychiatrie hinausweisen. Mit dem Ziel der Wiedereingliederung geht es hier um die Schaffung geeigneter Übergänge und um konkrete soziale Hilfestellungen, wie sie vor allem durch die Sozialarbeit geleistet werden. Wenn auch hier nicht das eigentliche Aufgabengebiet der Musiktherapie zu orten ist, so kann aber die Begegnung des Patienten mit der Musiktherapie innerhalb der Psychiatrie durchaus im Rahmen des sozialpsychiatrischen Auftrages genutzt werden.

Musikalische Tätigkeit kann, das wissen wir aus der Forschung zur musikalischen Betätigung im Alltag, zur Strukturierung des Alltags, zur Regulierung der seelischen Verfassung und des Befindens sowie zur Schaffung und Erhaltung von Kontakten genutzt werden. Wenn auch im Grunde als „Nebenwirkung", so doch als durchaus erwünschte – erfahren wir bisweilen davon, daß PatientInnen eine frühere Musikausübung nach den Erfahrungen in der Musiktherapie wieder aufgreifen oder daß die erstmalige Begegnung mit der Möglichkeit musikalischer Aktivität nach dem Klinikaufenthalt in anderen Formen weitergeführt wird.

Die musiktherapeutischen Erfahrungen bieten uns leider immer wieder reichhaltiges Material über den nach wie vor elitären und exklusiven Charakter der Musikerziehung, durch die vielen Menschen im Rahmen der sozialen Umgebung ihres Heranwachsens Musik psychologisch betrachtet gar nicht *begegnete*, im Sinne dessen, daß die seelischen Strukturbedürfnisse des Einzelnen und die Strukturierungsmöglichkeiten der Musik nicht zusammenkommen, sich nicht verbinden konnten.

Eine direkte Einbindung in den sozialpsychiatrischen Auftrag ergibt sich daneben auch, wenn musikalische oder musiktherapeutische Angebote in Übergangsformen zwischen Psychiatrieaufenthalt und Alltag integriert werden. Hier wäre sowohl an das Angebot zur musikalischen Betätigung im Rahmen von Patientenclubs zu denken, aber auch – im Übergang zum psychotherapeutischen Auftrag – an die ambulante Weiterbetreuung eines Patienten durch den Musiktherapeuten der Klinik oder an ein ambulantes Gruppenangebot.

d) Der **psychotherapeutische Auftrag** der Psychiatrie ist das Kerngebiet der musiktherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten im engeren Sinne. (Vgl. hierzu die praxisnahen Aufsätze von M. Deuter 1996, S. Kunkel 1996, A. Esch 1996)

Im Hinblick auf die psychotischen Erkrankungen ist dabei vorauszuschicken, daß ich von einem Psychoseverständnis ausgehe, wie wir es von den Autoren G. Benedetti, E. Wulff, S. Mentzos, Ch. Scharfetter, S. Arieti und L. Ciompi her kennen [28]. Das heißt, ich verstehe (auch) die Psychosen als ein primär – oder zumindest auch – seelisches Leiden, welches in Beziehungen entstanden ist und nur in einem methodisch gestalteten Beziehungsgeschehen veränderbar ist. Ich verstehe Psychosen als etwas historisch Gewordenes und damit (zumindest prinzipiell) auch Wandelbares. Mit dieser Voraussetzung für die Bestimmung des psychotherapeutischen Angebotes durch die Musiktherapie ist auch gemeint, daß Musiktherapie von einem gänzlich biologistischen Psychoseverständnis her m.E. nicht als Behandlungsmethode konzipierbar ist.

[28] Um ein in diesem Rahmen unangemessen umfangreiches Literaturverzeichnis zu vermeiden, habe ich zu jedem der genannten Autoren jeweils ein Werk angegeben, von dem aus sich auch die früheren Werke auffinden lassen. Einen guten Überblick über psychodynamische Ansätze in der Psychiatrie gibt Thomas Bock (1997).

In diesem Bereich ist **Musiktherapie als eine Form der Psychotherapie** zu verstehen, die **über die Sprache hinaus** – wenn auch nie ohne Sprache – nach dem Verstehen und der Wandelbarkeit seelischen Leidens sucht. Auf dieses Kerngebiet der musiktherapeutischen Behandlung werde ich nun näher eingehen.

3. Musiktherapie als Erweiterung: über die Sprache hinaus

Es gibt viele Erfahrungen, die wir nicht in Worte fassen können: *noch nicht* – weil etwas in uns sie nicht merken darf, nicht wahrhaben will oder nicht mitteilen kann; *nicht mehr* – weil sie scheinbar vergessen sind oder nur in Traum- oder Wahnbildern oder in Form körperlicher Symptome auftauchen: unverständlich, rätselhaft, bisweilen unheimlich und beängstigend, so daß selbst diese Bilder nicht erzählbar sind und sich damit auch dem Verstanden-Werden durch einen anderen Menschen entziehen.

Wenn wir in der Musiktherapie Erfahrungen mit dem machen, was über die Sprache hinaus geht, so klingt damit oft auch ein Erfahrungsraum an, der aus einer Zeit stammt, in der es Sprache für uns noch nicht gab. Das frühe Zusammenspiel der Familie mit einem Säugling ist ein nicht vorrangig durch Sprache gestalteter Erfahrungsraum: ein Raum der Klänge, Rhythmisierungen und Bilder, in den erst allmählich Sprache als Mitgestalterin und Deuterin von Erfahrung – erweiternd und einengend – hineinkommt. Wir können uns das vorstellen als einen Raum ohne Begriffe, der dennoch reich an Erfahrungen ist, Erfahrungen, die maßgeblich unser weiteres Leben bestimmen werden, weil sich in diesem Raum aus den spezifischen, sehr feinen Merkmalen dieses Zusammenspiels das webt, was wir später *Ich* nennen. Hier bildet sich das Grundmuster dafür, wie wir die Welt erleben werden:

- ob wir die Welt als *sättigend* erleben, als zumindest in Teilen verfügbar, für uns greifbar oder ob sie uns immer vorenthält, was wir brauchen, sich unserem Zugriff entzieht oder sich uns immer wieder irritierend aufdrängt und uns nur im Rückzug Ruhe finden läßt;

- ob wir uns an ihr erfreuen können, Resonanz spüren, uns in ihr und sie in uns lustvoll erleben können oder ob sie uns zum schalltoten Raum wird, ohne Widerhall für das, was wir rufen und schmerzhaft und verletzend, wenn wir die Welt in uns und uns mit ihr einlassen.

Weil in diesem frühen Zusammenspiel jenseits der Sprache Ich und Welt, Subjekt und Objekt, Außen und Innen, Leibliches und Seelisches noch nicht in der gleichen Art wie später voneinander getrennt sind, wird das entstehende *Webmuster* später Grundlage für *beides*:

- Es ist Eines und kommt aus einem Erfahrungsraum, sich selbst als schöpferisch und die Welt als gestaltbar, plastizierbar, veränderbar zu erleben oder sie als unüberwindbar widerständig, hart und unverrückbar zu erfahren und sich selbst als unfähig und ohnmächtig.

- Es wird im strukturbildenden Zusammenspiel der frühen Kindheit entschieden, ob wir die Welt in einer Ordnung erleben, die uns einbezieht und uns *sein* läßt – als etwas Eigenes und dennoch Zugehöriges – oder ob wir die Welt in einer Ordnung erleben, die sich uns diktatorisch aufzwingt, gegen die wir nur rebellieren oder uns

entziehen können, um in einer eigenen, abgespaltenen Ordnung eine Welt aufzubauen, die andere Menschen dann nicht mehr als zugehörig empfinden, als nicht mehr verstehbar, als *verrückte* Welt.

Fassen wir einen wesentlichen Bereich musiktherapeutischer Erfahrungen zusammen, so läßt sich sagen: In der gemeinsamen Improvisation zwischen PatientIn und TherapeutIn sind solche frühen Erfahrungen

- wiederauffindbar in ihrer Gewordenheit
- wiederherstellbar in ihrem spezifischen So-Sein
- und veränderbar in der konkreten und aktuellen Realität der therapeutischen Beziehung.

In der gemeinsamen – an keine musikalischen Vorgaben gebundenen – Improvisation mit dem Patienten sind sie hörbar, sind uns in unserer musikalischen Mitbewegung miterlebbar und lassen sich am musikalischen Produkt aufweisen und rekonstruieren. (Zur Methodik einer Rekonstruktion seelischer Grundstrukturen, die vom musikalischen Produkt ausgeht, s. Tüpker 1996a, S. 70 ff.) Voraussetzung dafür ist, daß die Improvisation keinen von außen kommenden Regeln, keinen Vorschlägen des Therapeuten folgt, sondern zugelassen wird, daß sie sich entwickelt gemäß diesem inneren Webmuster des Patienten und daß der Therapeut sich in seinem Mitspielen zunächst von da aus leiten und bestimmen läßt.

Dennoch sind mit der Formulierung „über die Sprache hinaus“ nicht nur die Erfahrungen aus der Zeit vor dem Spracherwerb gemeint. Zum einen ist mitzudenken, daß das Frühere im Späteren nicht verloren geht, so daß hier auch spätere Erfahrungen eine Rolle spielen, die an das frühe *Webmuster* anknüpfen. Zum anderen gibt es auch im späteren Leben viele Erfahrungen, für die wir schlicht keine Worte haben oder die von ihrer Struktur her nicht oder nur auf einer Metaebene zu versprachlichen sind.

Sprache heißt immer auch Grammatik: Grammatik ist die logische Struktur von Sprache. Aber es gibt im Seelischen vieles, was sich nicht an diese Logik – die Sie übrigens weitgehend gleichsetzen können mit der aristotelischen Logik – hält. Korrekter müßte man dies natürlich andersherum formulieren: viele seelische Erfahrungen haben eine Struktur, die sich in der Struktur von Sprache nicht nachbilden, nicht wiedergeben läßt, die also nicht sprachlich kommunizierbar sind.

Dies spielt auch dort eine wesentliche Rolle, wo es um einen leibseelischen Zwischenbereich geht, also bei den psychosomatischen Erkrankungen, bei denen die Musik eine Vermittlungsfunktion zwischen leiblichem und seelischem Erleben einnehmen kann. Die Ausdrucksmöglichkeiten der Musik sind dem körperlichen Erleben einerseits verwandt genug, um sich dort leichter als in Sprache wiederauffinden zu lassen, andererseits ist Musik aber immer schon seelischer Ausdruck, wodurch das musikalische Spielen als Zwischenschritt, als Übergang genutzt werden kann (vgl. R. Tüpker 1996b).

Ein weiterer Bereich, in dem die Musiktherapie als eine andere Form der Psychotherapie von Bedeutung ist, läßt sich ermessen, wenn wir an all die PatientInnen denken, denen eine Bearbeitung von Problemen im Gespräch nicht möglich ist, weil ihnen Sprache nicht oder nicht mehr zur Verfügung steht: so im Bereich der Arbeit mit geistig behinderten Menschen, die jenseits der geistigen Behinderung selbst häufiger an psychischen Störungen leiden, als dies bisher angenommen wurde. Hier hat die Musiktherapie Zugangsweisen eröffnet, die auch das seelische und kommunikative Leid dieser Menschen verstehbar

werden lassen, weil die musikalische Kommunikation andere Symbolisierungs- und Verständigungsmöglichkeiten schafft (vgl. D. Niedecken 1993). Zu nennen ist hier aber auch der wachsende Bereich an Alterserkrankungen, der oft mit dem Bedeutungsverlust sprachlicher Kommunikation verbunden ist (vgl. Themenheft: Musiktherapie in der Altenarbeit 2/1997).

Hierin ist der eigentliche Grund dafür zu sehen, warum die Psychiatrie die künstlerischen Therapien braucht. So wie jede uns bekannte Kultur den gesamten Kanon der Künste ausgeprägt hat, weil menschliche Kultivierungsprozesse, menschliche Kommunikation offensichtlich der verschiedenen Gestaltungsmöglichkeiten der Künste schon im Bereich des „Gesunden" bedarf, so dürfen wir die zusätzlichen Gestaltungs- und Verwandlungsmöglichkeiten, welche die unterschiedlichen Künste bieten, denen, die ihre Leben unter erschwerten Bedingungen zu gestalten haben, nicht vorenthalten.

4. Ausbildungsvoraussetzungen[29]

Formal ist zur Ausbildungsfrage anzumerken, daß Musik- und Kunsttherapien derzeit die einzigen psychotherapeutischen Ausbildungen sind, die an staatlichen Hochschulen – und damit unter staatlicher Aufsicht – durchgeführt werden. Für die Musiktherapie gibt es Hochschulausbildungen derzeit an den Musikhochschulen Berlin und Hamburg, an der Universität in Münster und der staatlich anerkannten Privatuniversität in Witten-Herdecke. Alle diese Ausbildungsgänge finden als Postgraduierten-Studiengänge statt, bauen auf einem – meist künstlerisch-wissenschaftlichen – Hochschulexamen auf und schließen mit dem Hochschuldiplom für Musiktherapie ab. Daneben gibt es auch eine grundständige Ausbildung an der Fachhochschule für Musiktherapie in Heidelberg sowie einige privatrechtliche Ausbildungsstätten auf unterschiedlichem Niveau. (Die Ausbildungssituation außerhalb Deutschlands – z.B. in den Niederlanden, den skandinavischen Ländern, Großbritannien, Frankreich und den USA – ist zur Zeit noch so unterschiedlich, daß ein kurze Zusammenfassung hier nicht möglich ist.)

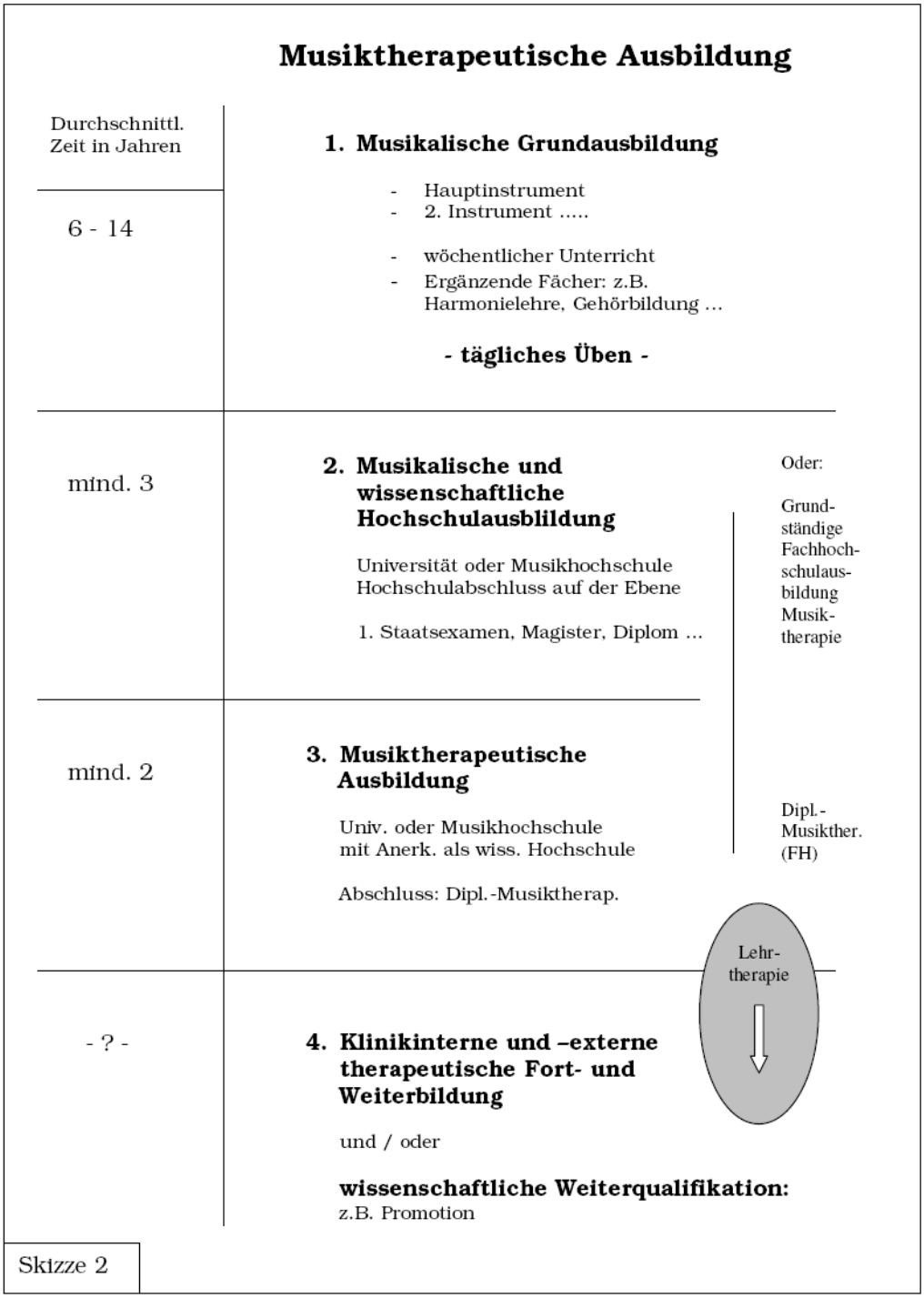
Einen Überblick über die musiktherapeutische Ausbildung soll mit der Skizze 2 gegeben werden.

Wenig beachtet scheint mir dabei ein Faktum zu sein, welches die berufliche Biographie der MusiktherapeutInnen in besonderer Weise charakterisiert und vermutlich erheblich von anderen therapeutischen Werdegängen unterscheidet: Wesentliche Grundlagen des Berufes müssen schon im Kindesalter erworben worden sein. Im Durchschnitt sechs bis vierzehn Jahre vor der Aufnahmeprüfung zu einem musikbezogenen Studiengang an einer Musikhochschule oder Universität begann der erste Instrumentalunterricht. Später kam meistens ein zweites Instrument hinzu sowie andere Fächer wie Harmonielehre, Gehörbildung etc., da diese Fächer Teil der Eignungsprüfungen sind.

Psychologisch erscheint mir daran bedeutsam, daß die musikalische Grundausbildung (Punkt 1) bedeutet, daß sich hier jemand Tag für Tag in musikalisches Material, in musikalische Empfindungsgestalten einübt, wöchentlich zum Unterricht geht und daß darüber sein eigenes Seelenleben in maßgeblicher Weise durch die Musik mitgestaltet wird. Der durch das Bildungsbürgertum etwas in Mißkredit geratene alte Begriff der *Bildung* kann, wenn wir ihn in seiner ursprünglichen Bedeutung verstehen, das Gemeinte verdeutlichen.

[29] In diesem Beitrag wird ausschließlich auf die universitäre musiktherapeutische Ausbildung Bezug genommen. Daneben gibt es, wie im Beitrag angedeutet, mehrere beruftsbegleitende musiktherapeutische Ausbildungsgänge privater Träger.

Wir *erlernen* nicht das Spiel eines Instrumentes, sondern *indem* wir Tag für Tag in endlosen Wiederholungen Bewegungs- und Empfindungsgestalten einüben, bilden und gestalten diese Strukturen zugleich unser Seelenleben. MusikerInnen verarbeiten viele ihrer Erfahrungen und Erlebnisse, indem sie Musik machen. In Tiefeninterviews mit MusikerInnen wird zumeist erkennbar, wie stark dies auch auf allgemeine Lebenskonflikte und Problemerfahrungen zutrifft. Dadurch wird die Musik oft auch zu einer notwendigen Form der alltäglichen Selbstbehandlung.



Skizze 2

Das tägliche Üben, welches, wie in der Skizze mit dem grauen Feld angedeutet sein soll, in allen weiteren Stufen der Ausbildung in unterschiedlichem Ausmaß (in 2. meist mehrere Stunden am Tag) fortgesetzt wird, stellt m.E. eine wesentliche und zugleich etwas sonderbare Voraussetzung für die psychotherapeutisch notwendige Empathie dar: Geübt werden ja – neben technischen Details – vor allem fertige Kompositionen. Das ist ganz anders als in der Bildenden Kunst, wo wir einen vergleichbaren Vorgang (das Abmalen eines bereits gemalten Bildes) schlicht als *Fälschen* bezeichnen würden. In der Musik ist das aber das Übliche, was die ausübenden MusikerInnen tun.

Sie müssen sich das so vorstellen: Da sitzt einer Tag für Tag an seinem Instrument und arbeitet sich bis in die feinsten Verästelungen in die Empfindungswelt eines anderen (meist noch dazu längst verstorbenen) Menschen hinein. Er versucht diesem Gefühl nachzusinnen, jene Geste noch etwas feiner zu erspüren, diese besondere Dramatik in all ihrer Tiefe auszuschöpfen oder jene erhabene Ruhe auch in sich entstehen zu lassen. Natürlich wissen wir dabei nie, ob wir denn nun *wirklich* das in unserer Empfindung wiederfinden, was auch der Komponist einstmals beim Schreiben des Stückes empfunden haben mag. Darauf kommt es aber auch gar nicht an. Bedeutsam für den späteren Beruf des Musiktherapeuten scheint mir vielmehr diese **nachspürende Einübung in die Empfindungswelt** eines anderen zu sein, die – im Falle der tradierten „großen Werke" – zugleich eine Einübung in den Kanon der Empfindungsgestaltung eines ganzen kulturellen Umfeldes ist.

Die Werke der Musik sind ja nicht nur die privat-subjektiven Gefühle einer Einzelperson (des einzelnen Komponisten), sondern sie greifen Strukturen des Empfindens eines bestimmten Kulturgebietes auf und beeinflussen sie ihrerseits. Deshalb ist Musiktherapie leider durchaus nicht problemlos als kulturübergreifende Therapieform anwendbar.

Zurück zur Ausbildung im engeren Sinne, wie sie im Überblick aus der Skizze zu ersehen ist. Die musiktherapeutische Ausbildung selbst greift die bisherige musikalische und wissenschaftliche Vorbildung auf und ergänzt sie vor allem im Hinblick auf die notwendigen psychologischen, medizinischen sowie die verschiedenen therapiepraktischen und methodischen Grundlagen. Für die Musik spielt dabei vor allem das Erlernen der improvisatorischen Musikausübung eine wichtige Rolle, da dies in der klassischen Musikausbildung meist ein eher vernachlässigter Bereich ist. Zentrierend sind in der Ausbildung die supervidierten Praktika, durch die der theoretische Lernstoff sich von Beginn an mit den Praxiserfahrungen verbinden kann. (Dies wurde in einer Untersuchung zum Erleben der Supervision im Studiengang deutlich. Vgl. R. Tüpker 1996c) Als wesentlich wird die Lehrtherapie (die therapeutische Selbsterfahrung) angesehen, die möglichst in der eigenen Methodik, in einer Kombination von Einzel- und Gruppentherapie absolviert werden sollte. Da sie in den Studiengängen unterschiedlich organisiert wird (als Teil des Studiums oder als Ergänzung selbst zu organisieren) ist sie gegebenenfalls bei der Einstellung eines Musiktherapeuten gesondert nachzuweisen.

Mit dem 4. Ausbildungsteil soll zum einen auf die naturgemäß notwendige Fort- und Weiterbildung hingewiesen werden, zu der oft auch die Fortsetzung der während des Studiums begonnenen Selbsterfahrung – und natürlich die Supervision – zählt. Gerade die ersten Berufsjahre mit ihrer alltäglichen Konfrontation durch die PatientInnen läßt bestimmte persönliche Strukturen deutlicher erkennbar werden als dies in der Studienzeit selbst möglich ist. Diese bedürfen der Bearbeitung in der berufsbegleitenden Selbsterfahrung. Hier wäre die Unterstützung von seiten der Kliniken wünschenswert und für die gemeinsamen Ziele lohnend. Zum anderen besteht für MusiktherapeutInnen die Möglichkeit der weiteren wissenschaftlichen Qualifikation durch die Promotion.

5. Geeignete und ungeeignete Formen der Integration

Ob die künstlerischen Therapien als Erweiterung des Behandlungsangebotes der Psychiatrie wirksam werden können, hängt – neben der fachlichen Qualifikation der künstlerischen TherapeutInnen – vor allem davon ab, ob sinnvolle Formen der Integration und der Zusammenarbeit gefunden werden. Zwar lassen sich angesichts unterschiedlicher formaler Strukturen und inhaltlicher Konzepte der psychiatrischen Einrichtungen hier keine generellen Richtlinien angeben, dennoch sind mir gerade durch zahlreiche Supervisionen von Kollegen und Kolleginnen einige Grundbedingungen geeigneter und ungeeigneter Formen des Einsatzes von Musiktherapie sowie den anderen künstlerischen Therapieformen deutlich geworden.

Einen Überblick kann hierzu die Skizze 3 geben, die ich hier etwas ausführlicher erläutern möchte. Als gänzlich ungeeignet hat sich der zunächst naheliegende Gedanke erwiesen, *allen* PatientInnen einer größeren Institution *alle* Formen der künstlerischen Therapien zukommen lassen zu wollen. Angesichts der knappen Stellensituation bedeutet dies in der Praxis zumeist, daß jeweils ein Vertreter der Kunst-, Musik-, Tanz- oder Dramatherapie für die gesamte Klinik zuständig ist und von allen Stationen PatientInnen zugewiesen bekommt. Ein Teamzusammenhang wird dann zumeist unter den kreativen TherapeutInnen vorgegeben, gegebenenfalls gemeinsam mit den ErgotherapeutInnen. Dieses Grundmodell (aufgrund seiner Fragwürdigkeit als Modell „Gießkanne“ bezeichnet) funktioniert deshalb so schlecht, weil der Musiktherapeut[30] zu wenig in die Gesamtbehandlung seiner PatientInnen einbezogen ist.

Im Einzelnen heißt dies:

1. Ihm fehlen meist differenziertere Informationen über den Patienten, vor allem aber über die Gesamtentwicklung *während* der Behandlungszeit in der Klinik.

2. Die anderen BehandlerInnen sind über die Entwicklung in der Musiktherapie nicht ausreichend informiert und können diese also auch nicht in ihre Arbeit mit dem Patienten einbeziehen.

3. Werden diese Schwachstellen durch schriftliche oder mündlichen Kontakte mit den Stationen auszugleichen versucht, so entsteht ein zeitlich nicht effektives Arbeiten für alle Beteiligten.

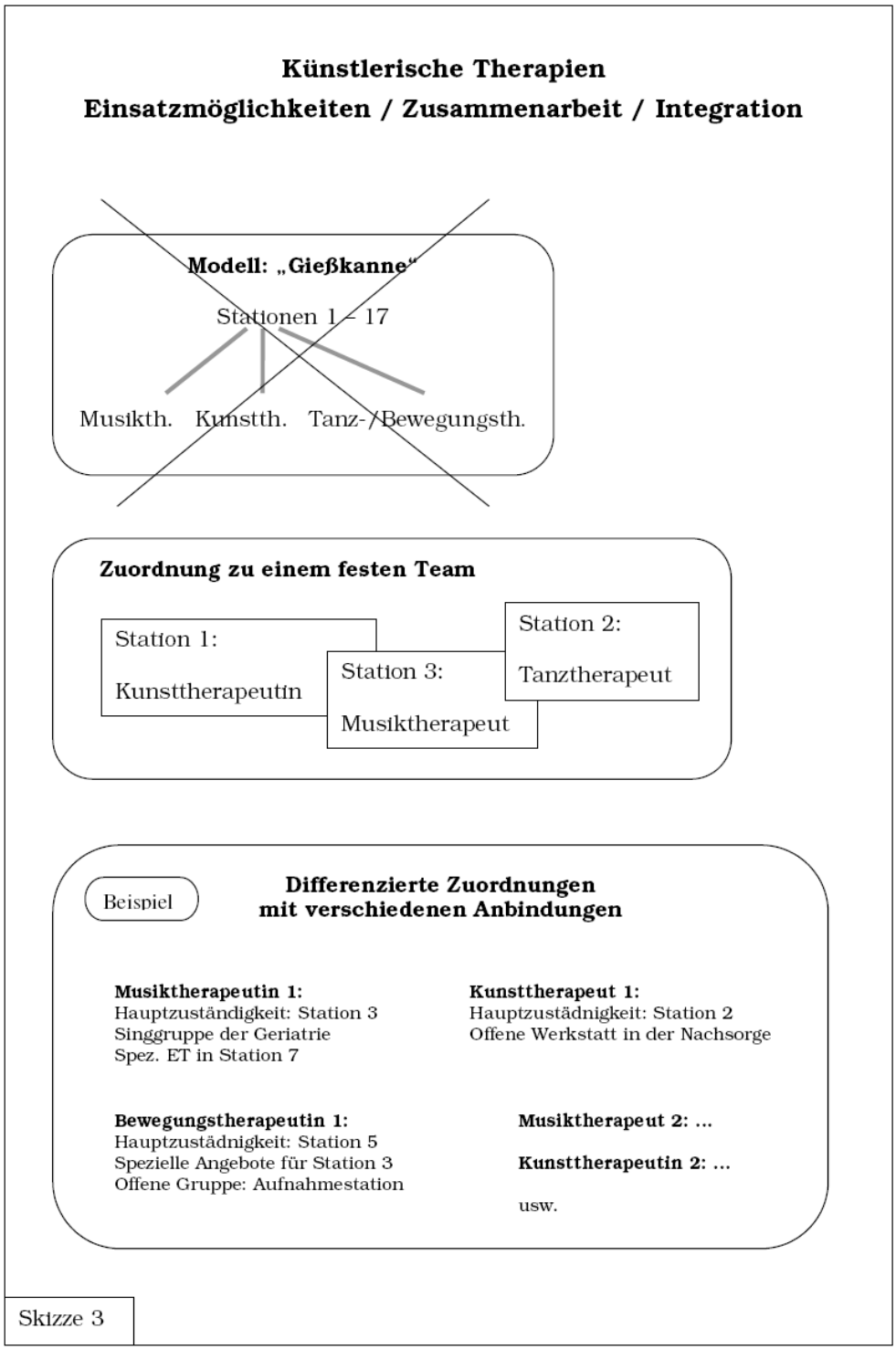
4. Es entsteht kein aufeinander abgestimmtes Konzept in der Zusammenarbeit einer Station mit dem Musiktherapeuten.

5. Der formale Teamzusammenhang *künstlerische Therapeuten* (oder auch *kreative, nonverbale oder Zusatz-Therapeuten* genannt) widerspricht dem, was Teamarbeit effektiv und der Arbeit eines einzelnen überlegen macht: Klinische Teamarbeit meint die Zusammenarbeit einer multiprofessionellen Gruppe am gemeinsamen Objekt: einer von allen behandelten überschaubaren Gruppe von PatientInnen (vgl. K. P. Kisker 1988).

[30] Hier und im weiteren Text spreche ich vom Musiktherapeuten, meine dabei aber jeweils entsprechendes für die anderen künstlerischen Therapeuten und Therapeutinnen. Zu fragen wäre auch, ob im Zuge der zunehmenden Qualifizierung der Ergotherapie nicht auch hier vergleichbar differenzierende Organisationsformen empfehlenswert wären.

6. Die Möglichkeiten, die Ergebnisse des eigenen Arbeitens kritisch im Spiegel des Stationsteams zu reflektieren und die eigene Methodik weiterzuentwickeln, sind in diesem Modell am geringsten.

7. Die Gesamtzahl der behandelten PatientInnen ist in diesem Modell meistens zu hoch, um ein psychotherapeutisch sinnvolles individuelles Kennenlernen der PatientInnen zu gewährleisten.



Skizze 3

Nebenbei bemerkt ist die Arbeitszufriedenheit der MusiktherapeutInnen in diesem Modell meist am geringsten, was ja gemäß der Ergebnisse moderner Managementforschung nicht zur Effektivität der Arbeit beiträgt. Die aufgeführten Gesichtspunkte mögen zugleich als Orientierung dienen, welche Grundbedingungen für einen effektiven Einsatz der Musiktherapie zu beachten sind.

Das zweite Modell, die feste Zuordnung zu einem Team, wagt den Sprung in einen zunächst quasi „ungerecht" erscheinenden Einsatz der künstlerischen Therapieformen: Nicht jeder erhält alles, für die Patienten hängt es teilweise von ihrer Zuordnung zu einer bestimmten Station ab, welches spezielle Angebot ihnen zur Verfügung steht. Dennoch ist dieses Modell, welches hier als Gegenpol in einer etwas pointierten Ausprägung dargestellt wird, in der Effektivität und hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit dem „Modell Gießkanne" weit überlegen. Vor allem wenn die Stationsteams ein gewisses Mitspracherecht bei der Auswahl „ihres" künstlerischen Verfahrens (und der entsprechenden Person) haben – wie sich dies bisweilen während einer Umorganisation der Arbeitsformen durch die Praxis ergibt – können hier langfristig erfolgreich Formen einer profilierten Zusammenarbeit entstehen, die die Nachteile der „ungleichen" Verteilung mehr als ausgleichen:

1. So kann die Frage der Indikation einer künstlerischen Therapie durch die tägliche Zusammenarbeit gemeinsam sinnvoll und für die spezielle Klientel zutreffend erarbeitet werden.

2. Alle MitarbeiterInnen der Station profitieren von dem durch den kleineren Organisationszusammenhang kürzeren und weniger zeitaufwendigen Austausch über die PatientInnen und ihre Entwicklung.

3. Daraus ergibt sich nicht nur eine größere Arbeitszufriedenheit und Reflektierbarkeit der Arbeit, sondern auch eine höhere Effektivität der Gesamtbehandlung, so daß sich hier einmal bewahrheiten kann, daß sich die Interessen der PatientInnen und der Kostenträger nicht notwendigerweise entgegen stehen müssen.

4. In Institutionen, die durch ihre Einbindung in die Aus- oder Weiterbildung mit einer hohen Fluktuation der Ärzte zurechtkommen müssen, können durch solche Organisationsformen ausgleichende Momente der Stabilisierung entstehen, da die Zusammenarbeit der langfristigeren MitarbeiterInnen – vor allem die zwischen Pflegepersonal und TherapeutInnen – kontinuierliche Entwicklungen und eine Qualifizierung durch Erfahrung in einem bestimmten Arbeitsfeld ermöglichen.

Zwischen diesen beiden Polen ergeben sich differenzierte Zuordnungen, die sich nur anhand der konkreten Bedingungen und Organisationsformen einer Institution konkretisieren ließen. Als ein Beispiel mag die dritte Zeichnung gelten, die sich entsprechend weiter denken ließe. Auch hierbei erscheint mir aber ein gewisser „Mut zur Lücke" wichtig, um in Zeiten begrenzter finanzieller Mittel ein fruchtbares Arbeiten zu ermöglichen. Seltsamerweise habe ich in Supervisionen oft den Eindruck, daß ineffektive Organisationsformen dadurch entstehen, daß PatientInnen in zu losen Verbindlichkeiten zu viele Therapieformen *durchlaufen*, so als würde hier dem Prinzip gefolgt „viel hilft viel". (Beispiel: Wenn ein Patient pro Woche jeweils zu einer einstündigen Gruppensitzung in die Musiktherapie, Maltherapie, zur Gesprächsgruppe und zur Bewegungstherapie geschickt wird, bei jeweils unterschiedlicher Gruppenzusammensetzung, so ist es vermutlich unmöglich, daß daraus ein psychodynamischer Wirkungszusammenhang entsteht.)

Als psychologisch wirksam läßt sich demgegenüber vorstellen, daß ein Patient eine zwei- bis dreimal wöchentlich stattfindende feste Gruppe in einem bestimmten Verfahren besucht und eine Einzeltherapie in einem anderen Verfahren erhält und diese Kombination ihm ausreichende Möglichkeiten zur Veränderung bietet. Die darauf abgestimmte Arbeitsorganisation aller TherapeutInnen könnte aus einer guten Kombination von Einzelbetreuungen und Gruppenarbeit aller TherapeutInnen mit einer überschaubaren Anzahl von PatientInnen sein, die zur Ausgewogenheit der Arbeitsbelastung der einzelnen Therapeuten beitragen würde. Der notwendige fachliche Austausch wäre nicht durch zu große Organsiationszusammenhänge, die ja erfahrungsgemäß hohe „Reibungsverluste" erzeugen, belastet.

6. Bitte um Forschung

Abschließen möchte ich mit der Bitte um Forschung. Da ich selbst von der Universität komme, mag dies zunächst verwundern. Meine Erfahrung ist aber die, daß im Bereich der Musiktherapie die universitäre Forschung zumindest zum jetzigen Zeitpunkt nicht die Ergebnisse liefern kann, die wir für die klinische Arbeit wirklich brauchen. Eine „Laborforschung" ist ja im Bereich der künstlerischen Therapie wie überhaupt in der Psychotherapie nicht denkbar. Wir brauchen, um die zu Recht geforderten Nachweise über den Wirkungsspielraum dieser Therapien erbringen zu können, gerade die Art der Forschung, die nur aus der Praxis heraus entstehen kann: Eine Forschung, die nicht primär ideale methodische Bedingungen setzt, die dann in der Praxis nie zu verwirklichen sind, sondern die von der Komplexität und Fülle der alltäglichen Praxis ausgeht und diese methodisch in den Griff zu bekommen sucht. Also eine Forschung, in der sich die Methoden an die Wirklichkeit anpassen und nicht umgekehrt die Theorie die Wirklichkeit als unpassend bemängelt.

Sehr sinnvoll und machbar erscheinen mir hier vor allem gut dokumentierte Fallstudien zu sein, deren Voraussetzung allerdings ein geeigneter organisatorischer Einsatz der Musiktherapie ist. Diese könnten dann als Gruppenstudien für bestimmte Arbeitsbereiche bzw. bezogen auf bestimmte Krankheitsbilder zusammengefaßt werden. Auch kleinere Studien zu ausgewählten methodischen Fragen der Musiktherapie sind denkbar, ohne daß dadurch die Forschungsrahmenbedingungen die Praxis überwuchern müssen. Meine Bitte geht daher an die Verantwortlichen der psychiatrischen Kliniken, ihre MusiktherapeutInnen zu einer praxisbegleitenden Forschung anzuregen und die organisatorischen und zeitlichen Rahmenbedingungen dafür zur Verfügung zu stellen.

Zu ergänzen ist hier die wichtige Anregung, die nach dem Vortrag aus dem Publikum kam, vor allem auch im Bereich der ambulanten Weiterbetreuung an eine solche Forschung zu denken. Angesichts des sinnvollen sozialpsychiatrischen Bestrebens, überlange Klinikaufenthalte zu vermeiden, kann der Nachweis, welchen Beitrag die Musiktherapie im Einzelfall langfristig bei der Heilung der schweren psychischen Erkrankungen leisten kann, nur dann erbracht werden, wenn sich die Forschung auch auf langfristige ambulante musiktherapeutische Behandlungen ausdehnt. Dies scheitert derzeit weniger an methodischen Forschungsproblemen als daran, daß solche Behandlungen unter den gegenwärtig vorgegebenen organisatorischen Bedingungen kaum durchführbar sind.

LITERATUR

Arieti, Silvano (1986): Schizophrenie. Piper, München

Benedetti, Gaetano (1994): Todeslandschaften der Seele. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Bock, Thomas (1997): Lichtjahre. Psychosen ohne Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn

Deuter, Martin (1996): Beziehungsformen in der musiktherapeutischen Arbeit mit psychotischen Patienten. „Wo treffen wir uns, wenn wir uns nicht treffen?" In: R. Tüpker (Hrsg.): Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis und Forschung. LIT-Verlag, Münster, S. 38-60

Esch, Anke / West, Ulrich (1996): Strukturierungsprozesse in der offenen musiktherapeutischen Gruppenarbeit. In: R. Tüpker (Hrsg.): Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis und Forschung. LIT-Verlag, Münster, S. 115-127

Kunkel, Sylvia (1996): „Sein oder Nicht-Sein" Musiktherapie mit einem schizophrenen Patienten. In: R. Tüpker (Hrsg.): Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis und Forschung. LIT-Verlag, Münster, S. 61-102

Kisker, K. P. (1988): „Team" - Erfahrungen mit einer problematischen therapeutischen Interaktionsfigur in der Psychiatrie. In: Psychiatrische Praxis 15, 149-154, Thieme-Verlag, Stuttgart / New-York

Lorenzer, Alfred (1973): Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Frankfurt/ M.

Mentzos, Stavros (1991): Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Niedecken, Dietmut (1993): Geistig Behindert verstehen. dtv-Verlag, München

Scharfetter, Christian (1986): Schizophrene Menschen. Edition Psychiatrie, Urban & Schwarzenberg, München

Tüpker, Rosemarie (1996a): Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie. 2. überarb. und erw. Auflage, LIT-Verlag, Münster

Tüpker, Rosemarie (1996b): Nichts ist ohne Grund. Musiktherapie bei funktionellen Störungen. In: R. Tüpker (Hrsg.): Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis und Forschung. LIT-Verlag, Münster, S. 8-37

Tüpker, Rosemarie (1996c): Supervision im Erleben von Studierenden der Musiktherapie. In: Einblicke, Beiträge zur Musiktherapie, Heft 7, Hrsg. Deutscher Berufsverband der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten e.V., Berlin

Wulff, Erich (1995): Wahnsinnslogik. Von der Verstehbarkeit schizophrener Erfahrung. Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag, Bonn

Themenheft: Musiktherapie in der Altenarbeit. Musiktherapeutische Umschau, Bd. 18/2, 1997 Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Morphologisch orientierte Musiktherapie[31]

BUCHBEITRAG

2.9

Zusammenfassung Überblicksartikel über die Entwicklung der Morphologischen Musiktherapie seit 1980, ihre Ableitung aus der Morphologie Goethes und der Morphologischen Psycholgie Wilhelm Salbers. Der Artikel fast die wichtigsten theoretischen und praxeologischen Konzepte der Morphologischen Musiktherapie zusammen und illustriert sie anhand von Fallbeispielen. Er gibt einen Überblick über die Forschungen und Entwicklungen, die von diesem Ansatz ausgingen.

Keywords music therapy, morphological psychology, Goethe, improvisation, case material

1. Geschichtlicher Abriss

Die Einwicklung der morphologisch orientierten Musiktherapie gründet in der Morphologischen Psychologie. Diese wiederum ist historisch vor dem Hintergrund einer allgemeinen Morphologie zu betrachtet, die als eine besondere Denkweise in verschiedenen Wissenschaften auftaucht. Alle drei Bereiche sollen hier kurz skizziert sowie auf die jeweils weiterführende Literatur verwiesen werden.

Morphologie als Wissenschaft

Begründer einer Morphologie als einer besonderen wissenschaftlichen Lehre und Vorgehensweise ist J. W. v. Goethe. Als Wissenschaftler suchte Goethe, auf den Gebieten der Botanik, Osteologie, Zoologie, Mineralogie, Geologie und Farbenlehre, Wirklichkeit als Ganzes vom Prinzip der Bildung und Umbildung von Gestalten her zu verstehen. (Goethe, Ausg. 1987ff) Im Gegensatz zu einer aufreihenden, von den Elementen ausgehenden Naturwissenschaft suchte er damit nach einer „Einsicht in den Zusammenhang ihres [der lebendigen Natur] Wesens und Wirkens“ (1987/1817, S. 2).

Dass Goethe *auch* Künstler war, ist m.E. keine unerhebliche biographische Koinzidenz, sondern macht begreiflich, warum gerade ihm ein kunstverwandter Blick auf wissenschaftliche Fragestellungen gelingen konnte, der sich auch für unser Forschungsgebiet als Chance erweist, die (scheinbare) Gegensätzlichkeit von Wissenschaft und Kunst zu überwinden. Historisch war die Morphologie immer eine querdenkende Wissenschaftsrichtung, deren Etablierung schwierig blieb, die sich nicht einfügen ließ, andererseits aber – von zum Teil sehr unterschiedlichen Forschern – immer wieder aufgegriffen wurde (vgl. Fitzek 1994).

---

[31] In: Schulen der Musiktherapie. Hg: H.-H. Decker-Voigt, Ernst Reinhard Verlag, München/Basel 2001, 55-77

Die historische Wirkung der wissenschaftlichen Tätigkeit Goethes liegt dabei weniger in einzelnen Forschungsergebnissen begründet als vielmehr in den methodischen und wissenschaftskritischen Grundüberlegungen morphologischen Denkens. Dabei ist zunächst von Bedeutung, dass Goethe die Phänomene als *Gestalten* zu erfassen suchte und dabei betonte, dass zugleich das immer bestehende polare Verhältnis zur *Metamorphose* (Bildung und Umbildung) mitzudenken sei. Weitere wesentliche Aspekte sind: die jeweils aufzuweisenden Zusammenhänge zwischen der Gestalt als umfassende Ganzheit und den sie konstituierenden Formenbildungen, der Binnenstrukturiertheit der Phänomene; die Suche nach allgemeinen, übergreifenden Gestaltgesetzen (Urpflanze, Urphänomene, Bauplan); das Denken in Polaritäten, deren jeweiliges Zusammenspiel in der Vielfalt der Formenbildungen aufzufinden ist; die Entstehung von Phänomenen (z.B. Farben) im Wirkungsraum zwischen zwei Gegebenheiten (hier: Lichtquelle und Trübung), oder anders ausgedrückt: die Entstehung eines Phänomens im oder durch das Zusammenspiel zweier Phänomene. (*Ein Beispiel aus therapeutischen Zusammenhang wäre die Heilung als gemeinsames Werk von Patient und Therapeut.)*

Auch die Notwendigkeit der *Mitbewegung des Forschers* mit dem Gegenstand seiner Untersuchung, wie dies in der Morphologischen Psychologie wie auch in der Musiktherapie von hervorragender Bedeutung ist, findet sich schon als ein Charakteristikum des Goetheschen Wissenschaftsverständnisses. Es unterscheidet den morphologischen Ansatz auch in der Naturwissenschaft von Forschungsrichtungen, die in scheinbarer Objektivierung auf die strikte Trennung von Untersuchendem und Untersuchtem setzen. So betont schon Goethe, dass nur bestimmte existierende Zusammenhänge zwischen unserer menschlichen Wahrnehmungsorganisation und der sog. Außenwelt bestimmte Erkenntnisse ermöglichen, wie dies später etwa auch in der konstruktivistischen Wissenschaftskritik wieder auftaucht.

Weitere bedeutende morphologische Forscher waren u.a.: der Kulturhistoriker Oswald Spengler (1918), der Astrophysiker Fritz Zwicky (1959, 1966) und der Embryologe Erich Blechschmidt (1968). Als zwar nicht explizit morphologisches, aber nahe stehendes und besonders für unseren Bereich sehr ergiebiges Werk im Übergangsbereich zwischen Sinnesphysiologie und Psychologie sei ergänzend erwähnt (und empfohlen) „Vom Sinn der Sinne" von Erwin Straus (1956).

> Ergänzend sei noch erwähnt, dass auch Rudolf Steiner sich auf die Morphologie Goethes (u.a. Ausg. 1962) bezieht, und entsprechend werden die naturwissenschaftlichen Werke Goethes auch in der heutigen Anthroposophie rezipiert. Insofern besteht zumindest historisch eine Verknüpfung der hier beschriebenen musiktherapeutischen Richtung zur anthroposophischen und zur Nordoff/Robbins Musiktherapie. Dieser Verbindung auf der inhaltlichen und methodischen Ebene nachzugehen, könnte eine interessante Forschungsaufgabe darstellen.

Morphologische Psychologie

Die Morphologische Psychologie wurde von Wilhelm Salber in Köln als eine wissenschaftliche Richtung gegründet, die u.a. die Nähe zu den Künsten fortsetzt und z.B. im Zusammenhang mit Psychotherapie von einer *kunstanalogen Behandlung* spricht.

Wilhelm Salber lehrte Psychologie an der Universität Köln von 1959 bis 1993, seit 1963 als Direktor des psychologischen Instituts II. Er veröffentlichte etwa 30 Bücher und weit über

100 Abhandlungen (vorläufiger Überblick in Salber 1991; wichtige Werke für den therapeutischen Zusammenhang: Salber 1973, 1980, 1985, 1987, 1997). Nach seiner Emeritierung gründete sich die wissenschaftliche Gesellschaft zur Psychologischen Morphologie (GPM), die sich der Weiterentwicklung der morphologischen Psychologie widmet.

Die psychologische Sicht- und Denkweise der Morphologie versteht das Seelische als Gestaltbildung und Verwandlung, die eigene, von anderen Gegenstandsbereichen unterschiedene, Gesetzmäßigkeiten aufweist. Sie geht davon aus, dass diese besondere Logik des Seelischen (Psycho-Logik) den Prozessen und Gesetzen der Künste ähnlicher ist als etwa der formalen oder linearen Logik, wie sie in weiten Bereichen der akademischen Psychologie von den älteren Naturwissenschaften übernommen wurden. In einer Engführung von Wissenschaft und Kunst können Erkenntnisprozesse in Gang gesetzt werden, in denen Kunst und Wissenschaft voneinander lernen können und nicht etwa Kunst (und Therapie) nur wissenschaftlich „erklärt" werden müssen (*Psychästhetik*). Sie knüpft an die genannten Prinzipien der Goetheschen Morphologie an, übersetzt diese in psychologische Zusammenhänge und entwickelt aus ihnen eine ganzheitliche und systematische Psychologie (Salber 1965).

Weitere Quellen der Morphologischen Psychologie sind in der Psychoanalyse, der Gestaltpsychologie und bestimmten Richtungen der Philosophie und Ästhetik zu finden. Eine Verwandtschaft besteht neben diesen auch zu konstruktivistischen, systemischen und wahrnehmungsästhetischen Ansätzen in der Psychologie sowie zu neueren naturwissenschaftlichen Konzepten (Chaostheorie, Autopoiesis, Synergetik; Drewer 2000). Schwerpunkte morphologisch-psychologischer Forschung sind neben der Entwicklung und Reflexion therapeutischer Konzepte insbesondere alltagspsychologische Fragestellungen, Psychologie der Künste und der neuen Medien, Unternehmens- und Werbepsychologie. Forschungsergebnisse der unterschiedlichsten Bereiche finden sich u. a. in der eigenen Zeitschrift „Zwischenschritte" veröffentlicht.

Morphologische Musiktherapie

Eine Verknüpfung zwischen Morphologischer Psychologie und Musiktherapie entstand erstmals während des Mentorenkurses Musiktherapie Herdecke, mit dem verschiedene Intitiatoren (u.a. J. Th. Eschen, K. Schily) von 1987–1980 eine erste Generation von MusiktherapeutInnen in Deutschland in einem Pilotprojekt auszubilden suchten, die zugleich später als MentorInnen und AusbilderInnen fungieren sollten. Als Teilnehmerin dieses Kurses hatte ich selbst zu diesem Zeitpunkt bereits seit zwei Jahren Psychologie bei W. Salber in Köln studiert und die besondere Nähe dieser Psychologie zu künstlerischen Therapieverfahren verspürt. Durch die Offenheit und Flexibilität der Leitung des Mentorenkurses war es mir daher möglich, eine Zusammenarbeit zwischen dem Mentorenkurs und dem Salber-Institut in Köln anzuregen. So übernahm ein wissenschaftliche Mitarbeiter Salbers, der inzwischen verstorbene Werner Seifert, den Psychologieunterricht im Mentorenkurs und viele Studierende ergänzten die im Kurs angebotene musiktherapeutische Selbsterfahrung durch eine morphologische Intensivberatung (Ahren 1996, S. 136ff).

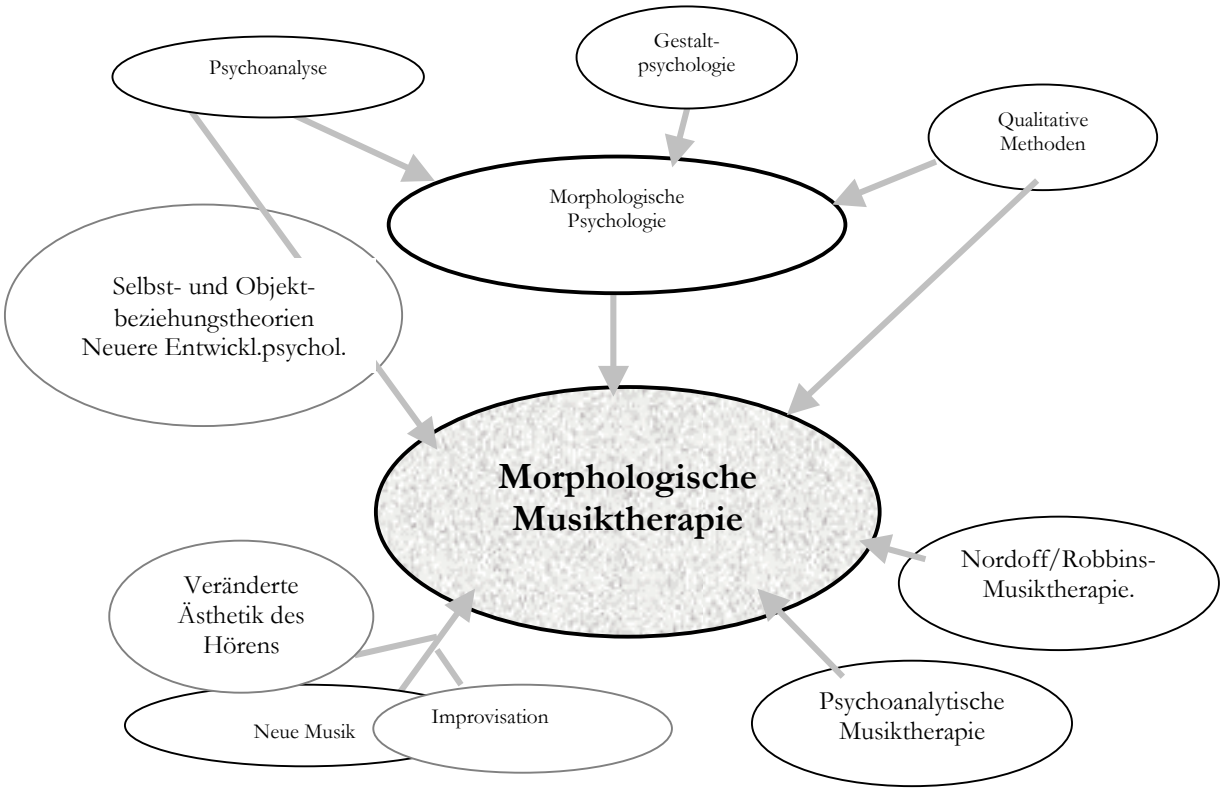
Mit dem Ende des Pilotprojektes 1980 entstand daraus eine feste Zusammenarbeit als „Forschungsgruppe zur Morphologie der Musiktherapie" (Frank Grootaers, Rosemarie Tüpker, Tilman Weber, Eckhard Weymann), die 1988 das „Institut für Morphologie und Musiktherapie" (IMM) gründete. Die ursprüngliche Form des Instituts hat sich inzwischen verändert in Richtung einer Ausweitung im Hinblick auf die beteiligten Personen und einer

Regionalisierung, so dass es inzwischen drei regionale Institute (Bad Honnef, Hamburg, Münster) sowie verschiedene Arbeitsgruppen gibt.

Anliegen der Forschungsgruppe war es zunächst, mit Hilfe der Morphologischen Psychologie musiktherapeutische Prozesse beschreibbar und wissenschaftlich rekonstruierbar zu machen sowie musiktherapiespezifische Methoden zu entwickeln. Mit dem Zyklus von vier Herbsttagungen (1984–1987) wurden die Ergebnisse der Zusammenarbeit mit interessierten FachkollegInnen diskutiert. Seit 1988 bestand das Angebot einer kontinuierlichen Weiterbildung in Morphologischer Musiktherapie (mit bisher drei abgeschlossenen Durchgängen). Daneben organisieren die Institute zahlreiche Fachtagungen und Kurse und bieten Supervision, Beratung und musiktherapeutische Behandlungen an. Das IMM Münster setzt seit 1996 die zunächst nicht über den Buchhandel erhältliche Schriftenreihe „Materialien zur Morphologie der Musiktherapie" (Insgesamt 6 Hefte) durch die in unregelmäßiger Folge im LIT-Verlag Münster erscheinende Reihe „Materialien zur Musiktherapie" fort. Mit dieser Reihe sollte neben einer Vertiefung und Verbreiterung morphologischer Arbeitsgebiete auch eine Öffnung für den Diskurs mit anderen nahe stehenden musiktherapeutischen Richtungen gefördert werden, wie sie z.B. aus der Gestalttherapie und der Psychoanalyse heraus entstanden sind. (Die bisher erschienenen 5 Bände finden sich im Literaturverzeichnis unter: Tüpker 1996a und b, Irle/Müller 1996, Lenz/Tüpker 1998, Drewer 2000; in Planung befindet sich die Veröffentlichung der Dissertationen von Frank G. Grootaers und Wolfgang Mahns.)

Gelehrt wird die Morphologische Musiktherapie inzwischen in größerem Umfang auch in den staatlichen Musiktherapieausbildungen der Hochschule für Musik und darstellende Kunst Hamburg und der Universität Münster.

Die nachfolgende Skizze verweist auf die einige historische und inhaltliche Einflüsse, aus denen heraus sich die morphologische Musiktherapie entwickelt hat, ohne dass hier einer differenziertere Betrachtung der jeweiligen Gemeinsamkeiten und Unterschiede nachgegangen werden kann.



2. Theorie und Fallvignetten

Der theoretische Ansatz der Morphologischen Musiktherapie lässt sich in einem ersten Entwurf von vier Aspekten her beleuchten, die im folgenden Text in einer Art Engführung als Grundlagen der psychologischen Morphologie dargestellt und zur Musik, zur Wissenschaft und zur Behandlung mit Musik in Beziehung gesetzt werden. Jede Version wird mit einer kurzen Fallvignette abgeschlossen.

Ganzheit – Gestaltlogik

Das Seelische wie auch die Musik bilden ganzheitliche, in sich sinnvolle, logische Gestalten aus. Diese ereignen sich in fortwährender Verwandlung. Eine in sich sinnvolle logische Gestalt kann ein Musikstück sein, etwa eine Sonate. Aber ebenso eine Improvisation, die keiner festen Form folgt, aber eine bestimmte (beschreibbare, unverwechselbare, verstehbare) Gestalt ausbildet. Für beide, die Sonate wie auch die Improvisation ist evident, dass der festen Gestalt die Tatsache gegenübersteht, dass sie sich nur als Ereignis in der Zeit, somit als Verwandlung von Ton zu Ton, aber auch als Verwandlung von dem, was vorher war zu dem, was nachher sein wird, vollziehen kann.

Was psychologisch jeweils als seelische Einheit (Ganzheit) angesehen werden kann, ist weder beliebig noch liegt es ein für alle Male fest, sondern wird auf der Phänomenebene bestimmt vom Erleben (Gestaltlogik) und muss in der wissenschaftlichen Betrachtung bestimmt werden im Hinblick auf Untersuchungsgegenstand und Fragestellung (vgl. Tüpker 1987). So kann eine Improvisation als Einheit betrachtet werden, ebenso aber die größere Einheit einer kompletten Therapiestunde oder auch ein gesamter Behandlungsverlauf – wenn dieser z.B. mit anderen Therapieverläufen verglichen werden soll. Hingegen macht es morphologisch keinen Sinn, den jeweiligen „Anteil" des Patienten und des Therapeuten etwa einer Improvisation als getrennte psychologische Gegebenheit zu betrachten. Ebenso wenig erscheint es von der Morphologie her möglich, die Wirkung einer Behandlung in „Wirkung der Musik", „Wirkung des Gesprächsanteils", „Wirkung der Therapeutenpersönlichkeit" etc. aufzuspalten. Vielmehr sprechen wir von einer Wirksamkeit, die sich im Dazwischen, in den Übergängen, im Indem und im gemeinsamen Werk von Patient und Therapeut entfaltet. Indem ich spiele, kommt Seelisches zu Ausdruck und findet darin eine neue Wendung. (Statt: Das Seelische ist erst drinnen, dann kommt es heraus, dann wird darüber gesprochen, davon wird es bewußt und dann ändert es sich.) Musikalisch finden wir eine Einheit in allem (Klanglichen) vor, was in sich Sinn macht, worin wir eine *dieser Gestalt eigene Logik* entdecken können. Das ist notwendigerweise ebenso subjektiv wie kulturabhängig. Auch kann es sein, dass uns die Logik eines Werkes zunächst überhaupt nicht einleuchtet und sich uns erst allmählich offenbart. Ebenso kann uns eine bestimmte „Stelle" während des Spielens völlig klar, stimmig, einheitsbildend erscheinen und im Nachhinein begreifen wir sie erst einmal nicht mehr. Auch solche Phänomene verweisen darauf, dass der Sinn nicht *in* der Musik allein liegt, sondern sich vielmehr zwischen uns und der Musik einstellt. Damit müssen wir umgehen lernen – auch in der Wissenschaft. Wissenschaftlich sinnvolle, d.h. im Hinblick auf einen Zugewinn an Erkenntnis ergiebige, Einheiten zu finden, kann man üben, aber es ist auch eine Kunst.

Auf der Ebene des Behandlungskonzeptes sprechen wir unter diesem Aspekt vom *Leiden-Können.* Wir hören, was der Patient selbst als sein Leid klagt, körperlich wie seelisch, aber auch unter wem oder unter welchen Verhältnissen er leidet und gelitten hat. Wir interessieren uns ebenso für sein Können und für das, was jemand nicht leiden und was er gut leiden mag, für seine Er-fahrungen (‚leiden' bedeutete früher auch ‚reise'n") wie für

seine jetzige (Ein-)Stellung, für die Geschichte seines Leids wie für ihre Aktualität. Wir achten im Zuhören auch darauf, was jemand auf keinen Fall zu leiden (zu ertragen) bereit ist und was er stattdessen (wider Willen, ohne es zu wissen) „lieber" leidet, auch wenn er es andererseits leid ist. Wir hören uns dies sowohl in den Erzählungen des Patienten an wie auch im gemeinsamen musikalischen Spiel. Indem wir dabei mitspielen, hören wir dieses Leiden-Können nicht nur in den „Äußerungen" des Patienten, sondern folgen ihm ergänzend – in uns hineinhorchend – auch in unserer Mitbewegung, die der Patient wiederum – zu Teilen – ebenfalls zugleich zu hören bekommt. Selbst im Schweigen hört das mitbewegende Zuhören nicht auf.

Auf diese Weise suchen wir nach den Bildern, die den Patienten maßgeblich bewegen (Haupt- und Nebenbilder), nach seiner Lebensmethode, die ihn zu diesem Zeitpunkt in irgendeiner Hinsicht in eine Krise geführt hat. Unser Behandlungsauftrag bezieht sich daher nicht vorrangig auf die Symptome, obwohl wir wissen, dass in ihnen einiges zusammen – und zum Ausdruck – kommt, sondern vorrangig auf die zugrunde liegenden psychischen Strukturen. Diese suchen wir mit dem Patienten gemeinsam in ihrer Gewordenheit (Psychogenese) wie in ihrer Aktualität (im Alltag des Patienten wie in der therapeutischen Beziehung) so zu erfahren, dass sie – und die Symptome – einer neuen Entwicklung zugänglich werden. Unser Bild vom Leiden des Patienten ist dabei nicht mit dem seinen deckungsgleich, sondern der Behandlungsauftrag, der mit dem Leiden-Können ausgesprochen ist, vollzieht sich immer in Einigung *und* Differenz (vgl. Tüpker 1993). Einigung ist notwendig, um in Freiheit miteinander arbeiten zu können, Differenz, damit der Patient etwas erfahren kann, was außerhalb des Bisherigen liegt. Gäbe es diese Differenz nicht, bräuchte der Patient uns nicht.

> Der Begriff des Patienten (der Patientin) bezieht sich im hier beschriebenen Sinne darauf, dass der Anlass der therapeutischen Begegnung das Leiden-Können dessen ist, der zu mir (in meiner Funktion als Therapeutin) kommt. Obwohl die Arbeit eine gemeinsame ist, bezieht sie sich –- asymmetrisch – auf das Leiden des einen in dieser Beziehung. Auch wenn Therapeutin und Patient als Menschen anthropologisch den gleichen Schicksalsbedingungen, ähnlichen gesellschaftlichen Leiden etc. unterworfen sein mögen, und auch wenn der Therapeut bisweilen mit-leidet und dies unter bestimmten Voraussetzungen auch thematisiert werden muss, so findet die Struktur der therapeutischen Beziehung ihre Richtung dennoch stets darin, dass das Leiden-Können des einen (des Patienten) führt und der andere (der Therapeut) ihn methodisch begleitet.

Musik machen wir – unter diesem ersten Aspekt – weil wir davon ausgehen, dass niemand einfach *sagen* kann, was ihn leidend macht, weil vieles notwendigerweise unbewusst ist, weil die Worte fehlen, etc. Die Erfahrung hat uns gezeigt, dass ein weiterer Teil der seelischen Formenbildung, die (auch) an dem verspürten Leid beteiligt ist, in der Formenbildung des gemeinsamen Spieles hörbar wird und damit – über verschiedene methodische Zwischenschritte – der Behandlung verfügbar gemacht werden kann.

> Dies ist zugleich ein Gesichtspunkt, an dem deutlich gemacht werden kann, wie Forschung und Theorie ineinander gehen, denn die Tatsache, *dass* unter bestimmten methodischen Voraussetzungen in der Improvisation seelische Strukturen hörbar werden, ist zugleich ein Ergebnis praxisnaher Forschung.

Auch die doppelte Bedeutung des Leiden-Könnens spiegelt sich in der gemeinsamen Musik. In ihr wird nicht nur Leiden hörbar, sondern ebenso Können, Vorlieben und

Abneigungen, verborgene Geschicklichkeit wie immer Gemiedenes, längst verloren Geglaubtes wie nie Dagewesenes.

Fallvignette 1:

Eine 22-jährige, kindlich-mädchenhaft wirkende Frau befindet sich wegen einer Symptomatik in stationärer Behandlung, die sich – wie noch unentschieden – zwischen phobischen und wahnhaften Erleben zu bewegen scheint. Wenn sie allein ist und es ihr schlecht geht, glaubt sie, dass Spinnen unter ihrem Bett seien und sie bedrohen. Sie sieht dann, wie diese auf sie zukommen und spürt wie sie an ihr hochkrabbeln. Diagnostisch wird in der Akte von einer Psychosegefährdung gesprochen. Die musiktherapeutische Mitbehandlung wird von dem ärztlichen Kollegen erbeten, weil sie kaum von sich sprechen kann, im Grunde immer nur von den Spinnen berichtet, was – bis auf einige gemeinsame „psychodramamtische" Vertreibungsversuche der imaginierten Spinnen aus ihrem Zimmer – auch nicht weiter führt. Auf diese Weise wirkt sie einfältig (unentfaltet), kaum introspektionsfähig und man weiß nicht so recht, was man mit ihr anfangen soll.

In den ersten gemeinsamen musikalischen Improvisationen entfaltet sich zunächst ein Können in der Hinsicht, dass sich das Seelische hier sehr differenziert, vielfältig und dramatisch auszubreiten versteht. Da entsteht sofort etwas, womit beide, Therapeutin und Patientin, etwas anfangen können – und dadurch auch miteinander. Auch das Leiden weiß sofort etwas mit dieser musikalischen Beziehungsvariante anzufangen: Nach kurzer Zeit wird das Spiel so ineinander verklebt, dass nun die Therapeutin das Gefühl hat, in ein Spinnennetz geraten zu sein, was sich auch bei ihr fast körperlich niederschlägt: trotz des als viel zu dicht empfundenen musikalischen Gewebes, und dringend ersehnter Pausen, ist es ein Gefühl, als klebten die Finger an den Tasten und man könne sie nicht los bekommen. Die Möglichkeiten des Musizierens erlauben der Patientin Differenzierungen auf symbolischer Ebene: Sie fühlt sich wie gelähmt auf ihrem Stuhl, „von dicken Adern umschlungen", das sei genau dieses Gefühl, welches sie immer bedränge. Im Spiel (auf dem Metallophon) findet sie dies als „das immer wiederkehrene D in der linken Hand" wieder. Das kann sie nicht leiden und doch nicht lassen, aber im Spiel gibt es da auch die rechte Hand, die sich zu befreien sucht. Das lässt sich z.B. auch auf die zwei Spielerinnen aufteilen und so können erste Bewegungen und Ent-faltungen in das (im Spinnennetz) Verklebte kommen.

Erst später wird es möglich, das, was hier zunächst nur in Bildern behandelt werden kann, in Zusammenhang zu bringen zum Leiden an einem lähmend-umschlingenden Familienplan, der für sie einen festen Platz in einem überaus reichen und süßen Netz einspinnender Familienbande vorsah, nicht aber ein *eigenes* Leben.

Formenbildung -- Gestaltkonstruktion

Das Seelische wie auch die Musik entfalten, ereignen und differenzieren sich in der Formenbildung. Gestalten haben einen Bauplan, bestehen aus Mehrerem, sind gegliedert in Teile, die aufeinander und auf das Ganze bezogen sind in Form von Spannungsverhältnissen, Vorher und Nachher, Oben und Unten und komplexen Gefügen (Gestaltkonstruktion). Ein ganzer Tag ist nur in Stundenwelten lebbar. Musik entfaltet sich in Klängen, die in sich schon aus einem geordneten Teilen („Teiltönen") bestehen, in harmonischen Gefügen, Rhythmisierungen, kontrapunktischen Bezogenheiten, etc. Gestalten gliedern und

regulieren sich in Gliedzügen, die das Ganze konstituieren. Dabei ist das Ganze mehr und anders als die Summe seiner Teile (Ehrenfels). Um die Gestaltlogik des Ganzen zu verstehen, brauchen wir nicht einmal die Vollständigkeit aller Teile, da das Seelische von sich aus dazu neigt, Formenbildungen zu einem Ganzen zu ergänzen.

Aus der musikalischen Formenanalyse wissen wir um den Zusammenhang von Formenbildung und Wirkung des Ganzen. Die hier herrschenden Gesetzmäßigkeiten sind ebenso wenig beliebig wie auf eine einzige Formel zu bringen. Man kann ein komplettes Orchesterwerk auf dem Klavier imitieren („Klavierauszug") und dennoch das Wesentliche hören. Auch bei vielen „falschen Tönen" ist ein Stück noch zu erkennen, wenn auch vielleicht nicht zu genießen. Die „richtigen" Töne hingegen, zeitlich zu sehr zerdehnt, können ein bekannte Melodie unkenntlich werden lassen. Den zweiten Satz vor dem ersten zu spielen, das Seitenthema einer Sonate vor dem Hauptthema etc., ergibt „keinen Sinn". Teile einer Wagner Oper für Blockflötenensemble umzuschreiben, wirkt lächerlich, während Bach-Inventionen auch gesungen, verjazzt oder als Rockstück noch gut klingen. Auch hier sind die Maßstäbe notwendigerweise subjektiv, kulturgebunden und bisweilen von dem komplexen Regelwerk bzw. der Feinabstimmung der Empfindung innerhalb einer „Subkultur" abhängig (Aufführungspraxis alter Musik, Jazzstile, Klangbeurteilung des Computerformats MP 3 etc.).

Im Hinblick auf wissenschaftliche Untersuchungen bezieht sich hier das zu Übende wie die Kunst des Analysierens darauf, notwendige Detailgenauigkeit und Wahrung bzw. Wiederherstellung des Bezugs zum Ganzen miteinander in Einklang zu bringen. Als MusikerInnen kennen wir aus der musikalischen Formenanalyse einerseits das sich Verlieren in (sinnlos werdende) Details, wenn sie allzu sehr einem „technischen" oder starr formelhaften Denken verhaftet ist, andererseits die Vertiefung des Erlebens eines Werkes, wenn man dies nach einer *gelungenen* Analyse noch einmal ganz spielt oder hört. Am besten läßt sich diese Balance im mehrfachen Hin und Her zwischen Ganzheit und Gliedzügen herstellen. Das gilt ebenso für psychologische Analysen. Auch der Wechsel der inneren Verfassung zwischen Mitschwingen und Distanzierung, „Fühlen" und „Denken" oder wie immer wir das Gemeinte umschreiben, ist hier in der Musik und in der Psychologie/Psychotherapie recht ähnlich.

Auf der Ebene des Behandlungskonzeptes geht es unter diesem zweiten Aspekt um ein *Methodisch-Werden*. Damit sind zum einen die methodischen Grundsätze einer bestimmten musiktherapeutischen Behandlungsform gemeint, denen der Therapeut in seinem Vorgehen folgt. Wir gehen aber davon aus, dass ebenso der Patient methodisch wird: Er oder sie wird die Behandlungssituation, die Beziehung, die Musik so behandeln wie er oder sie *immer* („zumeist, für gewöhnlich ...") seine Wirklichkeit behandelt, mit sich, der Welt, den anderen Menschen umgeht (Übertragung). Anders formuliert: die Lebensmethode des Patienten entfaltet sich in der Behandlung – und zwar umso mehr, je weniger Widerstand ihr von der Methodik oder der Person her des Therapeuten entgegengesetzt wird. Diese Entfaltung nicht zu behindern (Abstinenz, Plastizierbarkeit, Gegenübertragung) kann wiederum Teil der therapeutischen Methodik sein, die dazu dient, die Methodik des Patienten erlebbar und verstehbar werden zu lassen. Methoden, die das tun, gehen generell davon aus, dass psychische Strukturen nur via Erleben verstehbar sind.

Das Methodisch-Werden beider am Behandlungsprozess Beteiligten und das Ineinandergreifen dieser Methoden ist es, was die Behandlung in Gang bringt und die Gestalt des Leiden-Könnens im Verlauf zum Ausdruck bringt. Insofern erfahren wir die Formenbildung, die Konstruktion der Lebensmethodik erst nach und nach. Das Seelische, die zugrunde liegende psychische Struktur der Erkrankung, kann sich anders als im Prozess

gar nicht zur Geltung bringen. Sie bedarf der Entfaltung im Geschehen – und zwar auch in dem interpersonalen Prozess zweier Subjekte. Mit dem Ineinandergreifen des Methodisch-Werdens von PatientIn und TherapeutIn ist z.B. auch gemeint, dass der Patient die vorgegebene Methodik des musiktherapeutischen Verfahrens zu gebrauchen beginnt, im Sinne der Entlastung wie der Wiederbelebung „alter" Konflikte, im Sinne der Selbsterforschung wie im Widerstand. All das gehört gleich berechtigt, gleich gültig zum (erwünschten) Prozess dazu. Mit dem Ineinandergreifen ist aber ebenso gemeint, dass der Therapeut keiner starren Methodik folgen kann, sondern seine methodischen Handlungsweisen, Interventionen etc. in jeder Behandlung auf diesen einmaligen Prozess ausrichtet. Insofern wenden wir im Grunde *immer* ein modifiziertes Verfahren an.

Fallvignette 2:

Irene Müller berichtet in ihrer Fallstudie (1996, S. 103 ff) von Jakob, einem 6-jährigen mutistischen Jungen, der als „rasender Forscher" (ebd. S. 134) immer wieder Spielhandlungen beginnt und fast sofort wieder abbricht:

„Zurück im Raum zieht er mich zum Klavier und zeigt, daß ich spielen soll, während er an die Trommel geht, aber gleich nach wenigen Tönen aufhört. Dann zeigt er auf die Gitarre und mich und will das Becken spielen. Nach einer halben Liedstrophe, die ich anstimme und nach ein paar lauten und schwungvollen Beckenschlägen hält er sich die Ohren zu, macht eine Geste, daß ich aufhören soll und wendet sich dem Hoch- und Runterschrauben des Beckens zu. [...] Jakob sucht etwas, findet es und stößt es schnell wieder ab." (S. 135 ff)

Bei der Therapeutin löst dieses Verhalten Jakobs u.a. Gefühle der Sinn- und Hilflosigkeit aus. Unter dem Aspekt des Methodisch-Werdens können wir hier aber feststellen, dass es dem Kind durchaus gelingt, die musiktherapeutische Situation (die Instrumente, die Therapeutin) von sich aus aufzugreifen und zu nutzen. So verstanden zeigt sich darin, dass eine musiktherapeutische Behandlung möglich ist, weil das Seelische des Kindes mit dem Angebot des musiktherapeutischen Settings etwas anzufangen weiß. Eine solche Beobachtung beantwortet die Frage der Indikation besser (genauer und individueller) als ein Katalog, der kindlichen Mutismus (allgemein) und Musiktherapie (allgemein) einander zuordnet. Zugleich zeigt sich in Jakobs Methodik die Doppelheit seines Leiden-Könnens: Er scheint etwas zu suchen (Forscher) und zugleich ein Finden in den ständigen Umbildungen (rasend) verhindern zu wollen. Als Antwort und Ergänzung besteht das Methodisch-Werden der Therapeutin darin, einerseits die Suchbewegungen mitzumachen, sich von Jakob leiten zu lassen und andererseits „nach Wiederkehrendem zu suchen, an Bekanntes anzuknüpfen, zu strukturieren und Materialien anzubieten" (ebd. S. 143). Auf diese Weise entstehen kleine Szenen, die nun einen Sinn erkennen lassen und so verbale Kommentierungen und Deutungen der Therapeutin überhaupt erst möglich machen. Damit beginnt auch Sprache als eine sinnvolle Ergänzung von Beziehung eine Funktion zu bekommen. Jakob seinerseits nutzt die große Plastizierbarkeit der Therapeutin mehr und mehr dazu, sie zu „dirigieren" und auf diese Weise das, was er braucht und *zu sagen hat* szenisch und musikalisch mit der Therapeutin zu finden.

Bildung und Umbildung – Gestaltbrechung

Seelische Gestalten sind Gebildetes, Gewordenes, sie haben Geschichte, sie verwandeln sich, indem sie sich Anderes anverwandeln, etwas hinter sich lassen, sich von Begegnungen ummodeln lassen oder die eigenen Konturen am Anderen schärfen. Gestaltbrechung meint, dass Gestalten etwas

miteinander machen, einander beeinflussen, dass eines sich im anderen bricht, dass Gestalten sich gegenseitig modellieren, aber auch auslegen: „Was haben wir von Anbeginn erfahren, als daß sich eins im anderen erkennt?“ (R. M. Rilke: „Es winkt zu Fühlung fast aus allen Dingen“; 1999, S. 878ff)

Die Redewendung „Musik bildet“, griff dieses Wissen auf, bevor sie durch die Verflachung im „Bildungsbürgertums“ in Misskredit geriet. Wenn wir ein Instrument lernen, so erwerben wir damit nicht nur Geschicklichkeiten in den Fingern und musikalische Kenntnisse, sondern das Instrument formt unser Seelenleben mit, umso mehr, je inniger und ausdauernder diese Beziehung sich gestaltet (Meyer 1992). Das setzen Karikaturen trefflich ins Bild und davon erzählen zahlreiche Musikerwitze. Während wir unser Instrument behandeln, behandelt das Instrument zugleich uns und verändert uns so, dass andere sagen dann: „typisch Sänger“ – „typisch Gitarrist“. Das ist naturgemäß nicht nur in der Musik so. Deshalb macht es durchaus Sinn, darüber nachzudenken, von welchen Bildern wir die Kinder in unserer Gesellschaft mit bilden lassen, auch wenn die Formel „Gewalt im Fernsehen produziert Gewalt in den Kindern“ sicher zu einfach ist.

Die Morphologie macht mit diesem Aspekt auch darauf aufmerksam, dass die Kategorien „außen – innen“, „real – *nur* symbolisch“ psychologisch (wissenschaftlich) betrachtet wenig Sinn haben. Unsere frühen Beziehungen werden uns zu inneren Bildern, die unseren Alltag ebenso mitgestalten wie unser Erleben und unsere aktuellen Beziehungen. Die Musik entsteht, ist nicht erst ein nur akustisches Phänomen, wird dann physiologisch und zum Schluss psychisches Erleben wird, sondern ereignet sich, ist *zwischen* dem Gespielten und dem Spieler oder dem Gehörten und dem Hörer (Transfiguration), immer schon materialhaft und symbolisch zugleich. Deshalb können wir musikalische Phänomene wissenschaftlich auch nur im Zusammenhang mit dem konkreten Erleben von Menschen untersuchen, da sie nur so *als* Musik in Erscheinung tritt.

> Noch einmal Rilke (ebd.): „O, der ich wachsen will, / ich seh hinaus und in mir wächst der Baum. / Ich sorge mich, und in mir steht das Haus. / Ich hüte mich, und in mir ist die Hut.“

In der musiktherapeutischen Behandlung folgen wir diesem dritten Grundzug des Seelischen, indem wir bestimmte (methodisch reflektierte) Gestaltbrechungen zu initiieren versuchen. Das kann die Aufforderung zum Spielen sein, eine verbale Deutung, eine musikalische Intervention oder ein zusammenfassendes Bild (Grootaers 2000). Aber weil daran immer zweierlei beteiligt ist, können wir (als Therapeuten) das nicht *machen*, sondern Anders-Werden als dritter Aspekt der Behandlung geschieht notwendigerweise in dem offenen seelischen Raum, der zwischen Patient und Therapeut entsteht. Es kann Bewusstwerdung beinhalten, ist aber nicht mit ihm gleichzusetzen, sondern meint eine umwandelnde Verinnerlichung, die aktiv und passiv zugleich ist, geschieht und vollzogen wird.

Unter dem Aspekt des *Anders-Werdens* achten wir in der Behandlung auf ein verändertes Erleben, eine neue Sicht der Dinge, eine andere Tönung in der Musik, eine neue Ausdrucksform, durch die sich Verwandlungen und Umstrukturierungen in der Lebensmethode eines Patienten ankündigen können. Solche Wendepunkte können deutlich in Erscheinung treten, wenn sie mit einem Aha-Erlebnis, einer plötzlichen Erkenntnis, einem „Ruck“ im Seelischen verbunden sind. Ebenso können sich die Veränderungen aber auch kaum merklich vollziehen und erst im Nachhinein deutlicher auftauchen.

Fallvignette 3:

Eine 30-jährige Patientin kommt in der Musiktherapie darauf zu sprechen, dass sie ganz fasziniert vom Gong sei und ihn sehr gerne einmal spielen würde. Sie scheut dies zugleich, einerseits aus einer Art „Ehrfurcht" heraus, er sähe so „edel" und „teuer" aus. Andererseits befürchtet sie, er könne umkippen und sie unter sich begraben. Die Therapeutin hört aufmerksam zu und erzählt ein wenig vom Gong, auch davon, dass der Gong in gewisser Weise tatsächlich „umkippen" könne, allerdings als ein klangliches Phänomen (symbolisch), nicht als Gegenstand. Das macht die Patientin nun eher noch neugieriger als ängstlich und sie entschließt sich, den Gong zu spielen. Es kommt in der Folge, auf einige Stunden verteilt, zu mehreren sehr differenzierten Improvisationen, in denen die Patientin den Gong spielt und seine klanglichen Möglichkeiten mehr und mehr erkundet, die Therapeutin begleitet sie am Klavier. Nachdem sie es schließlich auch gewagt hat, das klangliche „Umkippen" des Gongs in ihr Spiel einzubeziehen, berichtet sie in der darauf folgenden Stunde, dass sie in der Nacht nach diesem Spiel wieder diesen Albtraum hatte, der sich bisher in immer gleicher Form wiederholte, und über den wir bereits gesprochen, ihn auch in gewisser Weise „verstanden" hatten. Nun aber war der Traum anders, genauer sie selbst war in diesem Traum anders. Sie war nicht länger gelähmt, der auf sie zukommenden Gefahr ausgeliefert, sondern konnte schreien.

Zusammenwirken – Gestaltparadoxie

Seelische Gestaltbildung wird in der Morphologie verstanden als ein Zusammenwirken seelischer Faktoren, die ihrerseits nichts anderes als Gestalten sind. Auf diese Weise wird Seelisches in der Morphologie konsequent aus Seelischem abgeleitet und nicht auf eine Ableitung z.B. aus dem Biologischen, Physikalischen oder „Übersinnlichen" rekrutiert. Damit soll weder die Existenz noch die Bedeutung, etwa des Körperlichen, geleugnet werden, sondern lediglich eine konsequent psychologische Gegenstandsbildung verfolgt werden. Theoretische stellt die Morphologie mehrere Systematisierungen zur Verfügung, mit deren Hilfe die konkreten zu untersuchenden Phänomene in Austausch mit allgemeinen Prinzipien gebracht werden können. (Sie können hier nicht im Einzelnen dargelegt werden. In Anwendung auf musiktherapeutische Fragestellungen z.B. expliziert: Zusammenwirken von 6 Gestaltfaktoren: Aneignung und Umbildung, Ausbreitung und Ausrüstung, Anordnung und Einwirkung, Tüpker 1996; Haupt- und Nebenfiguration, Märchenbilder, Grootaers 2000)

Das Zusammenwirken muss dabei immer mit polaren und paradoxen Gegebenheiten fertig werden: Etwas kann nur durch anderes hindurch zu etwas Eigenem werden. Das Einzelne erschöpft sich nicht im Allgemeinen und dennoch müssen wir es (in der Wissenschaft) vom allgemeinen her zu verstehen suchen. Wir lesen einen *spannenden* Krimi, um uns zu *entspannen*. Durch eine Therapie wollen wir anders werden und dennoch derselbe bleiben.

Im Zusammenhang mit Wissenschaft müssen wir eine Ebene erreichen, mit der wir die Phänomene von einer allgemeinen Theorie her, verstehen, erklären, rekonstruieren können. Die wissenschaftliche Rekonstruktion eines Phänomens ist dabei zugleich immer mehr und weniger als das Phänomen selbst. Dennoch strebt Forschung danach, dass die Ergebnisse einer wissenschaftlichen Untersuchung eine möglichst lebendige, phänomennahe Rekonstruktion der Phänomene sind, dass das Seelische sich in der Wissenschaft wieder erkennt. Dabei hilft auch die Kunst in der Wissenschaft.

In der kunstanalogen Behandlung, als die wir die Musiktherapie verstehen können (Weymann 1990), begegnen wir einem vergleichbaren Aspekt darin, dass der Alltag, das Leben (des Patienten) immer auch anders ist als seine Widerspiegelung in der Behandlungssituation, in der Musik, in den Erzählungen und in der Beziehung. *Bewerkstelligen*, als vierter Aspekt von Behandlung, meint ein solches Mehr und Anders, mit dem sich die verinnerlichte Umwandlung ins Werk setzt: sich umsetzt in konkretes Tun, in Wirksamkeit auch auf körperlich Erlebtes (Symptome), in ein verändertes Erleben und Verhalten im Alltag. Bewerkstelligen kann teilweise auch in der Behandlung geschehen oder es kann darüber berichtet werden, es ist Teil des Behandlungsprozesses und weist über die Behandlung hinaus. Es ist einerseits Ziel der Behandlung, geschieht andererseits nicht erst am Schluss. Vielmehr sind alle vier hier genannten Gesichtspunkte lediglich Ordnungskriterien, die in der (Behandlungs-)Wirklichkeit in unterschiedlichen spiralförmigen Bewegungen ineinander verwoben sind. In der Untersuchung musiktherapeutischer Behandlungen können sie daher sowohl als Fragestellung für die Untersuchung einer einzelnen Therapiesitzung genutzt werden als auch für die Strukturierung einer gesamten Fallstudie.

Fallvignette 4:

Von einem 21-jährigen Patienten mit Bulimie wird über die Katamnese, die ein halbes Jahr nach der stationären Musiktherapie stattfindet, berichtet: „In der Katamnese zentrieren sich die Erzählungen um *Abgänge* und *Auftritte*. Der damalige Wehrdienstverweigerer ist immatrikuliert an der theologischen Fakultät, ist nach einem Krach mit der Mutter von zu Hause ausgezogen, hat sich ein Zimmer besorgt und betreibt alle möglichen Sportarten, um *aus der Bude rauszukommen*. Er hat den perspektivlosen Kontakt zu einer jungen Frau abgebrochen, sie würde ihm zuviel Unsinn reden. Er erkennt (merkt), dass sein eigentümliches Interesse für die Freundinnen seiner Freunde abwegig sei. Die Schwierigkeiten (Hemmungen) mit Frauen sind aber immer noch vorhanden. … Er nimmt zurzeit keine ambulante Psychotherapie in Anspruch, die bulimische Symptomatik ist fast ganz zurückgetreten. Vater hat sich nicht geändert, dem hat er sich entzogen.“ Im Kommentar zu dieser Katamnese heißt es dann weiter: „Offensichtlich dreht sich das Ganze um die Frage, was schlimmer sei: das Ungreifbare zu begehren oder das Mögliche in die Tat umsetzen. Die Passivität des Vaters trifft als Vorbild diesen Punkt genau und schürt bei dem jungen Erwachsenen die entsprechenden Affekte. Da er aber jetzt eine andere Lebensbasis geschaffen hat, jenseits vom elterlichen Haus, scheint er damit vorerst zurecht zu kommen. Er scheint erleichtert, dass er kein Symptom mehr zu verstecken braucht.“ (Grootaers, 2000, S. 66)

3. Praxeologische Aspekte

Der morphologische Ansatz der Musiktherapie lässt sich primär nicht an einem festen Methodenrepertoire auf der Ebene des therapeutischen Handelns festmachen. Vielmehr sollen die Verstehenswege und das Denkmodell der Morphologie helfen, in der Praxis Konzepte zu entwickeln, die den unterschiedlichen Bedingungen der jeweiligen Arbeitssituation angemessen sind und den individuellen Entwicklungstendenzen des Falles förderlich. („Konzeptentwicklung“ ist in der morphologischen Weiterbildung ein eigenes Fach. Ausführlichere Beispiele finden sich in Tüpker (Hrsg.) 1996a.) Der morphologische Ansatz versucht dabei Musiktherapie konsequent als eine solche psycho-logische

Behandlung zu entwickeln, wozu es auch gehören kann, (heil)pädagogisches Bemühen von einem psychologischen Denken her zu begründen und zu konzipieren.

Bisher haben sich in den verschiedenen Anwendungsfeldern bestimmte Vorgehensweisen herausgebildet, die eine Konkretisierung ermöglichen und den Vergleich mit anderen Schulen erleichtern mögen.

Mit dem Arbeitsbereich Psychosomatik sei hier verkürzend der gesamte Bereich der musiktherapeutischen Arbeit mit erwachsenen Menschen zusammengefasst, die neurotisch, psychosomatisch oder funktionell erkrankt sind oder sich in unterschiedlichen Lebenskrisen befinden, die für gewöhnlich über die Sprache als Kommunikationsmittel verfügen und mit denen ein aktives Musizieren möglich ist. Von außen lässt sich die Arbeit hier durch den Wechsel und Austausch von Gespräch und gemeinsamer Improvisation von PatientIn und TherapeutIn beschreiben. Als Grundregel kann dem Patienten, der Patientin dabei helfen, dass er alles sagen darf oder soll, was ihm durch den Kopf geht und spielen, was im in die Finger kommt, wie ihm zumute ist oder wie es von selbst entsteht. Ferner gehört die Möglichkeit des Schweigens und des gemeinsamen Hörens der gespielten Musik vom Tonträger zum Grundsetting. (Was den Mitschnitt der Musik – nicht des Gespräches – als das methodisch Übliche voraussetzt.)

Therapeutische Interventionen sind von drei Ebenen her denkbar (Näheres s. Tüpker, 1996b, 222ff, 251ff, 258ff):

- als veränderte Art des Mitspielens der Therapeutin,
- als verbale Deutung,
- durch den Vorschlag einer Spielregel.

Als Besonderheit einer speziellen morphologischen Konzeptentwicklung ist die Gesamtdeutung durch ein Märchenbild zu nennen (Grootaers 1994, 2000; Thiele 2000, 35ff, 79ff), aber auch Aspekte des Rollenspiels, des Hörens von Musik und andere spezielle „Techniken“ können vorkommen. Kennzeichnend ist, dass dererlei Techniken wie auch der Gebrauch musikalischer Spielregeln nie Selbstzweck sind, standardmäßig oder vorgeplant vom Therapeuten benutzt werden, sondern dass ihre Sinnhaftigkeit stets aus dem individuellen therapeutischen Geschehen heraus zu begründen ist. Ebenso gibt es grundsätzlich keine richtungsweisenden Anleitungen, worüber oder wie der Patient sprechen soll (etwa: „im Hier und Jetzt bleiben“, „ich“ anstelle von „man“ sagen etc.). Von der „Gesprächsführung“ des Therapeuten her besteht eher eine enge Verwandtschaft zur neueren Psychoanalyse. Erweitert ist das Sprechen aller Beteiligten demgegenüber – und damit wiederum verwandt mit den meisten musiktherapeutischen Schulen – durch die verschiedenen Möglichkeiten des Sprechens über Musik (Mönter 1998, 31ff, Weymann, 1990, 64ff).

Eine Unterscheidung zwischen den spezifischen methodischen Implikationen der Einzel- und Gruppentherapie würden den gesetzten Rahmen überschreiten. Erwähnt werden soll daher nur, dass in allen hier genannten Arbeitsbereichen die Arbeit mit einzelnen wie auch mit Gruppen gleichermaßen üblich ist. (Morphologisch orientierte Literatur aus diesem Arbeitsbereich u.a.: Esch/West 1996, Grootaers 1985, 1994, 1996a, 2000; Grootaers/Rosner 1996, Tüpker 1993, 1996b, 1996c, Weymann 1990.)

Die Arbeit mit psychotisch Erkrankten unterscheidet sich vor allem im Hinblick auf die therapeutische Beziehungsgestaltung. Dies gilt übergreifend sowohl in der Musik als auch im Gespräch, einschließlich der Frage der förderlichen therapeutischen Interventionen. Im Hinblick auf das musikalische Improvisieren hat Deuter (1996) sehr differenziert herausgearbeitet, wie das „gemeinsame Werk" durch musikalisch gestaltete Formen durch die besondere Verfassung eines „gemeinsamen Anwesendseins" erweitert werden kann. Damit können in der Musik für den schizophrenen Patienten erträgliche Formen des Zusammenseins gestaltet und so Vermittlungen von zu großer Nähe und Isolation möglich werden. Die Form des gemeinsamen Anwesendseins ist u.a. gekennzeichnet durch Qualitäten von Undifferenziertheit bzw. Offenheit in der Formenbildung, Nicht-aufeinander-Bezogenheit, Unentschiedenheit, verändertes Zeitempfinden (z.B. lange Dauer bei hoher Redundanz), Schwebe, Aufgehobenheit. Deuter (1996) wie auch Kunkel (1996) und Gebauer (1995) beschreiben, wie in diesem besonderen Raum Felder, Momente der Begegnung möglich werden, die den Patienten nicht bedrängen und Weiterentwicklungen *möglich* machen.

Folgen wir hier der Übersicht halber einer üblichen Einteilung nach Krankheitsbildern bzw. Arbeitsbereichen, so soll an dieser Stelle – stellvertretend für andere – einmal betont werden, dass die therapeutische Arbeit sich – morphologisch gedacht – nicht unbedingt gewinnbringend in dererlei „Sparten" aufteilen lässt. Die entsprechenden Ausführungen sind daher nur als Annäherung gemeint und zwischen den genannten Anwendungsfeldern vielfältige Übergänge, Zwischenbereiche und vor allem sich wechselseitig befruchtende Erkenntniswege zu denken. So hat sich z.B. die in der Arbeit mit psychotischen Patienten entwickelte Differenzierung Deuters auch für viele andere Bereich als hilfreich erwiesen. Insbesondere auch im Bereich der frühen Störungen außerhalb des psychotischen Formenkreises. Und natürlich kommt es mit den nächsten beiden Abschnitten zu kategorialen Überschneidungen.

Morphologisch orientierte Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen (Esch 1993, Irle/Müller 1996, Fischer-Rückleben 1992, Funke 1994, Maurer 1992, Plum 1991) unterscheidet sich von der Arbeit mit Erwachsenen vor allem durch die Einbeziehung des kindlichen Spiels, welches zum musikalischen Spiel hinzukommt und das Gespräch ergänzt oder auch an dessen Stelle tritt. Auch bringen Kinder und Jugendliche häufiger von sich aus Musik mit, die sie gemeinsam mit dem Therapeuten hören wollen, verlangen nach Unterweisungen beim Spielen eines Instrumentes oder wollen bestimmte Lieder singen. Ob diesen und anderen Wünschen oder Ideen der Kinder nachgegangen wird oder nicht hängt zum einen von der am individuellen Prozess orientierten Einschätzung dessen ab, was das therapeutische Geschehen fördert und was ihm zuwider läuft, zum anderen aber auch vom jeweiligen Konzept im engeren Sinne. Bisweilen scheint es in der Musiktherapie mit Kindern schwer, nicht in eine allgemeine Spieltherapie zu geraten. Welch wichtige Bedeutung der Musik in der Arbeit mit Kindern dennoch zukommt, macht eine Studie von Wältring-Mertens (1999) deutlich, in der – schulenübergreifend – die musikbezogenen Handlungsaspekte aus 40 Fallstudien auf ihre Funktion im therapeutischen Prozess hin untersucht werden.

Morphologisch orientierte Musiktherapie mit Kindern kann psychotherapeutisch angelegt sein, aber es ist von der Morphologie aus auch eine (heil)pädagogische Ausrichtung konzeptualisierbar, so wie es auch eine morphologisch ausgerichtete Pädagogik gibt. Daraus ergeben sich naturgemäß auch im Hinblick auf das konkrete Vorgehen unterschiedliche Entscheidungen, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann.

Interventionen – im therapeutischen Bereich – können in der Musik selbst, im szenischen Spiel oder allgemein im Umgang mit dem, was das Kind mitbringt, stattfinden. Das verbale Deuten hängt von der Einschätzung dessen ab, ob das Kind oder der Jugendliche in der Lage ist, eine Deutung als solche zu verstehen und zu verarbeiten.

In der Arbeit mit geistig behinderten Menschen gehen morphologisch arbeitende MusiktherapeutInnen oft stark vom szenischen Verstehen des gesamten therapeutischen Geschehens aus und sind neben dem morphologische Denken maßgeblich von den Ausführungen Niedeckens (1989, 1994, 1997) beeinflusst. Die Übergänge zur psychoanalytischen Orientierung sind fließend (Albrecht 1995, Atanasiu 1996, Dirks 1997, Otterbein 1996, Reinhard 1991, 1994, Spliethoff 1995). Die Rolle der Musik ist hier meist stark in das gesamte Handlungsgeschehen eingebettet. Das Achten auf übergreifende Gestaltbildungen und das Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehen kann gerade hier eine wesentliche Hilfe sein. Auch für dieses Arbeitsfeld wären – neben den bisherigen eher psychotherapeutisch orientierten Praxisfeldern auch heilpädagogische Arbeitsformen konzeptualisierbar. Es liegen dafür aber bisher noch keine Ausführungen vor.

Weitere Ansätze morphologischen Nachdenkens liegen aus den folgenden Praxisbereichen vor:

- Onkologie (von Hodenberg 1993, Ratzel 1997),
- Arbeit mit Strafgefangenen (Bossmann 1994),
- Neurologie (Senn-Böning 1993).

4. Forschungsaspekte

In der Morphologischen Musiktherapie ist die qualitative Forschung vorrangig. Dazu wurden verschiedene Untersuchungsmethoden entwickeln und erprobt: so die im Kapitel 3 verkürzt dargestellte Systematisierung von 4 Behandlungsschritten (Versionen). Eine ausführliche Darstellung dieser Forschungsmethodik findet sich – auch anhand einer längeren Fallstudie – in Tüpker 1996b, sowie unter den entsprechenden Stichworten in Decker-Voigt 1996. In einer modifizierten Form findet sich diese Systematisierung auch als Grundlage von 13 Einzelfallstudien und zwei Gruppenverläufen in Grootaers 2000, sowie in zahlreichen Einzelfallstudien (u.a. Funke 1994, Irle 1996, Müller 1996, Schäfer 1996, Gebauer 1995, Reinhard 1994, Tüpker 1996c).

Ein weiteres Untersuchungsverfahren liegt mit der „Beschreibung und Rekonstruktion“ vor (Tüpker 1996b), mit dem einzelne Improvisationen aus Musiktherapien psychologisch untersucht werden können. Auch dieses Verfahren wurde in zahlreichen Fällen angewandt, die an unterschiedlichen Stellen veröffentlicht sind (u.a. Grootaers 1994, Kunkel 1996, Weymann 1990, Tüpker 1992a, 1996c) oder in Form von Diplomarbeiten (u.a. Almodt 1995, Fischer-Rückleben 1992, Gebauer 1995, Kühn 1989, Otterbein 1997, Plum 1991 Schäfer 1997, Senn-Bönning 1993), sowie Abschlussarbeiten des IMM und Praktikumsberichten vorliegen. Eine Modifikation der Untersuchungsmethodik für den Arbeitsbereich mit geistig-behinderten Menschen legt Spliethoff 1994 vor. Eine vergleichende Untersuchung zu den Beschreibungstexten, die im ersten Schritt dieses Verfahrens entstehen findet sich in Mömesheim (1999). Zurzeit werden an der Universität

Münster Arbeiten vergleichende Untersuchungen bezüglich der Erstimprovisationen von PatientInnen mit bestimmten Krankheitsbildern durchgeführt.

Vorgelegt und häufig angewandt wurde ferner ein Leitfaden zur Protokollierung musiktherapeutischer Behandlungen (Tüpker 1992b).

Ergänzend sind Arbeiten zu erwähnen, die mit Hilfe qualitativer Interviews musikpsychologischen und musiktherapeutischen Fragestellungen nachgehen (z.B. Leikert 1990, Meyer 1992, Mönter 1998, Wachwitz-Homering 1993, West 1992).

LITERATUR

Ahren, Yizhak (1996): Psychoanalytische Behandlungsformen. Untersuchungen zur Geschichte und Konstruktion der analytischen Kurzpsychotherapie. Bouvier, Bonn

Albrecht, Sabine (1995): Selbstentwicklung und narzißtische Störung bei geistig Behinderten. Erfahrungen aus der Musiktherapie. Diplomarbeit, Studiengang Musiktherapie Universität Münster

Almodt, Beate (1995): Musiktherapie und das Krankheitsbild Depression bei Kindern und Jugendlichen. Diplomarbeit, Studiengang Musiktherapie Universität Münster

Atanasiu, Joana (1996): Ausdrucksformen des Seelischen und Möglichkeiten der Musiktherapie bei Menschen mit schwerer geistiger Behinderung. Diplomarbeit, Studiengang Musiktherapie Universität Münster

Blechschmidt, Erich (1968): Wie beginnt das menschliche Leben? Vom Ei zum Embryo. Christiana-Verlag, Stein am Rhein, 6. neubearb. Aufl. 1989

Bossmann, Annette (1994): Selbstdarstellung und Gruppengeschehen in der musiktherapeutischen Arbeit mit Strafgefangenen. Diplomarbeit, Studiengang Musiktherapie Universität Münster

Decker-Voigt, H.-H. et. al. (Hrsg.): Lexikon Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen

Decker-Voigt, H.-H. (Hrsg.): Spiele der Seele. Trialog, Bremen

Deuter, Martine (1996): Beziehungsformen in der musiktherapeutischen Arbeit mit psychotischen Patienten. „Wo treffen wir uns, wenn wir uns nicht treffen?“ 38-60 In: Tüpker 1996a

Dirks, Maria M. (1997): Gegenübertragung als hilfreiches Konzept in der Musiktherapie. Diplomarbeit, Studiengang Musiktherapie Universität Münster

Esch, Anke (1993): Der süße Brei – Die Musik und was sie gestaltet. 70-78 In: Decker-Voigt/Mahns. Kindermusiktherapie. Hamburger Jahrbuch zur Musiktherapie und intermodealen Medientherapie. Bd. 3 Eres, Lilienthal/Bremen

Esch/West (1996): Strukturierungsprozesse in der offenen musiktherapeutischen Gruppenarbeit. 115-127 in Tüpker 1996a

Fischer-Rückleben (1992): Musiktherapie mit verhaltensauffälligen Kindern. Diplomarbeit, Studiengang Musiktherapie Universität Münster

Fitzek, Herbert (1994): Der Fall Morphologie. Biographie einer Wissenschaft. Bouvier, Bonn

Funke, Christine (1994): Ein Weg zur Einzelmusiktherapie mit Kindern. Diplomarbeit, Studiengang Musiktherapie Universität Münster

Gebauer, Elisabeth (1995): Spiel-Raum entdecken – Eigenes finden. Musiktherapie mit einem schizophrenen Menschen. Diplomarbeit, Studiengang Musiktherapie Universität Münster

Goethe, J.W. (1987ff): Das naturwissenschaftliche Werk, 4 Bände. Hrsg. Dorothea v. Kuhn. Deutscher Klassiker Verlag

Grootaers, Frank G. (1985): Gruppenmusiktherapie aus ganzheitlicher Sicht. Musiktherapeutische Umschau 6/1, 37-67

Grootaers, Frank G. (1994): Fünf Vorträge über Musiktherapie und Morphologie in der Psychosomatik. Materialien zur Musiktherapie und Morphologie. IMM, Münster

Grootaers, Frank G. (1996): Grundverhältnisse in Figurationen. 128-138. In Tüpker 1996a, 128-138

Grootaers, Frank G. (2000): Bilder behandeln Bilder. Musiktherapie als angewandte Morphologie. Eine Entwicklungsuntersuchung. Erschienen 2001, 2. Auflage 2004, LIT, Münster

Grootaers, F. G., Rosner, U. (1996): Kunst- und Musiktherapie. Kombinierte Gruppenpsychotherapie im stationären Aufenthalt. 139-157 In Tüpker 1996a

Hodenberg, Frederike von (1993): Aktiv . rezeptiv – ein morphologischer Werkstattbereicht aus der Onkologie. 317-326 in Musiktherapeutische Umschau, 14/4, 317-326

Irle, B.; Müller, I. (1996): Raum zum Spielen – Raum zum Verstehen. Musiktherapie mit Kindern. LIT, Münster

Kühn, Manfred (1989): Frag‘ mich nicht nach meinem Leib, frag‘ mich lieber etwas anderes. Versuch einer morphologischen Rekonstruktion. Studiengang Musiktherapie Hochschule für Musik und darstellende Kunst Hamburg

Kunkel, Sylvia (1996): „Sein oder Nicht-Sein“ – Musiktherapie mit einem schizophrenen Patienten. In: Tüpker, R. (1996a): Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis und Forschung. LIT, Münster, 8-37

Leikert, Sebastian (1990) Die Lust am Zuviel. – Der Wirkungsraum der Instrumentalimprovisation. In: Zwischenschritte. Bouvier, Bonn

Lenz, M., Tüpker, R. (1998): Wege zur musiktherapeutischen Improvisation, LIT, Münster

Maurer, Ulrike (1992): Möglichkeiten und Grenzen der Gruppenmusiktherapie mit verhaltensauffälligen Kindern. Diplomarbeit, Studiengang Musiktherapie Universität Münster

Meyer, Brigitte (1992): Instrument und MusikerIn. Psychologische Aspekte einer Beziehung. Diplomarbeit, Studiengang Musiktherapie Universität Münster

Mömesheim, Elke (1999): „Wer verschweigt das letzte Wort?“ Vergleichende Untersuchung von Beschreibungstexten aus der Morphologischen Musiktherapie. Diplomarbeit, Studiengang Musiktherapie Universität Münster

Mönter, Ulrike (1998): Das Gespräch in der Musiktherapie. Diplomarbeit, Studiengang Musiktherapie Universität Münster

Müller, Irene (1996: ein Junge spricht nicht – Auf der Suche nach Verstehen in der Kindermusiktherapie 104-191. In Irle/Müller 1996, 104-191

Niedecken, Dietmut (1989): Namenlos. Geistig Behinderte verstehen. Piper, München. Neuaufl. 1993 dtv, Hamburg

Niedecken, Dietmut (1994): Musiktherapie mit einer Gruppe schwer geistig behinderter Erwachsenen. Musiktherapeutische Umschau 15, 3, 174-186

Niedecken, Dietmut (1997): Die „Organisation“ von geistiger Behinderung. In Heinemann/de Groef: Psychoanalyse und geistige Behinderung. Grünewald, Mainz, 101-111

Otterbein, Anne (1997): Seelische Störungen bei geistig behinderten Kindern und Jugendlichen. Drei Falldarstellungen aus der Musiktherapie. Diplomarbeit, Studiengang Musiktherapie Universität Münster

Plum, Franz-Josef (1991): Re-Organisation von Beziehungsfähigkeit – Musiktherapie und Magersucht. Diplomarbeit, Studiengang Musiktherapie Universität Münster

Ratzel, Elke (1997): Leben mit Krebs – Musiktherapie als Beitrag zur psychosozialen Begleitung Krebskranker. Diplomarbeit, Studiengang Musiktherapie Universität Münster

Reinhard, Wendi (1991): Der Weg zur Musiktherapie in einer Langzeiteinrichtung für geistig behinderte Menschen. Musiktherapeutische Umschau, 12/3, 192-197

Reinhard, Wendi (1994): Felix, 38 Jahre. Falldarstellung mit Hilfe der 4 Behandlungsschritte der morphologischen Musiktherapie. Musiktherapeutische Umschau 15/3, 194-208

Salber, Wilhelm (1965): Morphologie des seelischen Geschehens. Neuaufl. Bouvier, Bonn 1986

Salber, Wilhelm (1973) Entwicklungen der Psychologie Sigmund Freuds. 3 Bd., Neuaufl. Bouvier, Bonn 1987

Salber, Wilhelm (1980): Konstruktion psychologischer Behandlung, Bouvier, Bonn

Salber, Wilhelm (1985): Anna Freud. Bildmonographie. Rowohlt, Reinbek

Salber, Wilhelm (1987): Psychologische Märchenanalyse. Bouvier, Bonn

Salber Wilhelm (1991): Gestalt auf Reisen. Bouvier, Bonn

Salber, Wilhelm (1997): Trauma und Tag. Bouvier, Bonn

Schäfer, Annette (1996): Die zerschlagene Trommel. Musiktherapie mit einem zwangsneurotischen Jugendlichen. Diplomarbeit, Studiengang Musiktherapie Universität Münster

Senn-Böning, Claudia (1993): Vergessen haben – vergessen sein. Auf der Suche nach Erinnerungsspuren … Eine musiktherapeutische Begleitung eines neurologisch-psychiatrisch erkrankten Menschen. Diplomarbeit, Studiengang Musiktherapie Hochschule für Musik und darstellende Kunst Hamburg

Spengler, Oswald (1918): Der Untergang des Abendlandes. Umrisse zu einer Morphologie der Weltgeschichte. Wien, München 1972

Spliethoff, Gabriele (1995): Untersuchung seelischer Gestaltbildung auf dem Hintergrund musiktherapeutischer Erfahrungen mit geistig Behinderten, Diplomarbeit, Studiengang Musiktherapie Universität Münster

Steiner, Rudolf (1992): Goethes naturwissenschaftliche Schriften. Verlag Freies Geistesleben, Stuttgart

Straus, Erwin (1956): Vom Sinn der Sinne. Reprint Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York

Thiele, Angela (2000): Märchen können verwandeln – Märchen in der Psychotherapie und Musiktherapie unter besonderer Berücksichtigung der morphologischen Psychologie. Diplomarbeit, Studiengang Musiktherapie Universität Münster

Tüpker, Rosemarie (1987): Ist Theorie praktisch? In: Materialien zur Morphologie der Musiktherapie, Heft 3, IMM Münster

Tüpker, Rosemarie (1992a): Zur Bedeutung künstlerischer Formenbildung in der Musiktherapie. In: H.-H. Decker-Voigt: Spiele der Seele. Trialog, Bremen

Tüpker, Rosemarie (1992b): Leitfaden zur Protokollierung musiktherapeutischer Behandlungen. In Einblicke, DBVMT (BVM) Berlin

Tüpker, Rosemarie (1993): Musiktherapie: Hören und Verstehen. In Petersen et. al.: Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe, Springer, Heidelberg/New-York, 105-112

Tüpker, Rosemarie (Hrsg.) (1996a): Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis und Forschung. LIT, Münster

Tüpker, Rosemarie (1996b): Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie. 2. überarb. u. erw. Auflage, LIT, Münster

Tüpker, Rosemarie (1996c): Nichts ist ohne Grund. Musiktherapie bei funktionellen Störungen. In Tüpker (1996a), 38-37

Wachwitz-Homering, Hanna (1993): Untersuchung zur Wirkungseinheit des Singens. Diplomarbeit, Studiengang Musiktherapie Universität Münster

Wältring-Mertens, Birgt (1999): Zur Bedeutung der Musik in der Musiktherapie mit Kinder. Diplomarbeit, Studiengang Musiktherapie Universität Münster

West, Ulrich (1992): Psychologische Untersuchung über Einübungsprozesse beim Musizieren. Diplomarbeit, Psych. Inst. II, Universität Köln

Weymann. Eckhard (1990): Anzeichen des Neuen. Improvisieren als Erkenntnismittel und Gegenstand der Forschung. In Petersen, Peter (Hrsg.): Ansätze kunsttherapeutischer Forschung, Springer, Heidelberg/New-York, 42-47

Zwicky, Fritz (1959): Morphologische Forschung – Wesen und Wandel materieller und geistiger struktureller Zusammenhänge. Winterthur

Zwicky, Fritz (1966): Entdecken, Erfinden, Forschen im Morphologischen Weltbild. Zürich

Zwischenschritte. Beiträge zu einer morphologischen Psychologie ab 1981, halbjährlich, Bouvier, Bonn

Musik bis ins hohe Alter[32]

BUCHBEITRAG

2.10

Zusammenfassung Der Beitrag begründet ein Plädoyer für eine musikalische Arbeit mit alten Menschen von der Instrumentalpädagogik über die Erhaltung musikalischer Aktivitäten und die Förderung sozial-therapeutischer Aktivitäten bis hin zur Psychotherapie.

Keywords music and music therapy, elderly people, psychotherapy

Vier Impulse bildeten den Rahmen für die Vorträge und Arbeitsgruppen der Tagung. Sie sind auch zu verstehen als Standortbestimmung und persönliche Stellungnahme derer, die sich zur Entstehung der Tagung wie auch dieses Buches zusammengefunden haben.

- Es ist nie zu spät, ein Instrument zu lernen.
- Jeder hat das Recht auf Kultur. In jedem Alter und auch unter den Bedingungen von Krankheit, altersbedingten Einschränkungen und Desorientiertheit. Jeder kann Musik machen.
- Es gibt kein Alter, in dem eine Psychotherapie – allein aufgrund des Alters – nicht mehr indiziert, nicht mehr möglich, nicht mehr sinnvoll ist. Musiktherapie kann eine geeignete Form der Psychotherapie für alte Menschen sein.
- Musiktherapie mit alten Menschen sollte methodisch flexibel und individuell sein. Sie darf nicht weniger professionell und reflektiert sein als jede andere Musiktherapie.

---

[32] In: Musik bis ins hohe Alter. Fortführung, Neubeginn, Therapie (Hg. Mit Hans Hermann Wickel), LIT-Verlag, Münster 2001, 6-19

1. Es ist nie zu spät, ein Instrument zu lernen.

Als ich mit 18 Jahren bei meinem Eintritt ins Kölner Konservatorium Gambe als Zweitinstrument wählen wollte, bekam ich die Auskunft, dafür sei ich zu alt. Leider war ich damals zu jung – und zu unerfahren – um zu widersprechen. Wenn heute jemand mit sechzig oder siebzig zu einer Musikschule kommt und Gambe lernen will, dann hoffe ich, dass man ihm nicht sagen wird, er oder sie sei dafür zu alt. Und falls man es tut, so kann ich nur empfehlen, es nicht zu glauben, sondern auf einem anderen Wege einen Lehrer zu suchen.

Die Musiktherapie hat uns als MusikerInnen hier einen neuen Begriff von Musik eröffnet: Sie hat uns gezeigt, oder uns daran erinnert, dass Musik *für* Menschen ist und dass sie etwas *zwischen* Menschen sein kann, eine zusätzliche Möglichkeit der Verständigung, des Miteinanders, des Beisammenseins, in der modernen Sprache: der menschlichen Kommunikation (vgl. Tüpker 2001). Das ist im Musikleben unserer Zeit in vielen Bereichen verloren gegangen. Die TeilnehmerInnen der Tagung konnten diese Art des Musizierens in den Workshops ausprobieren, auch wenn sie zuvor noch nie ein Instrument in der Hand hatten oder nie „mitsingen durften" – eine Erfahrung, die doch erschreckend vielen Menschen aus der Schulzeit in Erinnerung ist.

Es ist nie zu spät ein Instrument zu lernen, wenn wir nicht den Leistungsgedanken in den Mittelpunkt der Musik stellen, sondern uns fragen, was die Musik einem Menschen geben kann, wobei sie ihm helfen, was sie ihm ermöglichen kann, wozu er sie braucht. Denn Musik ist für den, der sie macht, aber auch für den, der sie hört, sich mit ihr beschäftigt, eine Form der Selbstbehandlung im Alltag.

> Mit Selbstbehandlung im Alltag ist psychologisch gemeint, dass wir alle ja uns im Alltag immer schon selbst behandeln – vor aller Therapie (vgl. Salber [1980] 2001. S. 17f). Behandlung ist ja zunächst nicht gleichzusetzen mit Therapie, sondern meint unser Handeln in der Welt, unseren Umgang mit ihr. Alltagsbehandlung meint die Art, wie wir uns auf die Welt einlassen und sie in uns einlassen: Wir *behandeln* uns, unsere Mitmenschen, aber auch unsere Möbel, unser Geschirr oder unseren Hund. Die Umgangssprache nutzt hier Begriffe, die auf durchaus interessante psychologische Zusammenhänge verweisen: So sprechen wir davon, dass manche Menschen ihr Werkzeug mit großer Sorgfalt *behandeln,* ihre Mitmenschen aber eher oberflächlich, manche *pflegen* ihre Beziehungen, andere ihre Möbel. Und umgekehrt behandelt unser Umgang mit den Dingen, den Mitmenschen und der Welt wiederum uns selbst, prägt uns, verwandelt uns, macht uns zu dem, was wir sind. Wir *widmen* uns einer Sache, *beschäftigen* uns mit ihr und ehe wir uns versehen, hat sie uns im Griff, raubt uns *unsere* Zeit oder schenkt uns Momente des Glücks oder der Zufriedenheit oder hat uns über etwas hinweggeholfen, was mit dieser Sache gar nichts zu tun hatte.

Über Formen der Selbstbehandlung mit Musik (auch) in lebensgeschichtlichen Krisen berichten in diesem Band Doris Brandt-Eschenbach, Lieselotte Elfering und Susanne Noltenius in Zusammenarbeit mit Hans Hermann Wickel (s. S. 198).

In der Vorbereitung der Tagung wie auch in den musiktherapeutischen Gruppen in der Klinik habe ich von vielen (älteren) Menschen gehört, dass sie *immer schon* die Sehnsucht hatten, selbst Musik zu spielen, zu lernen. Und dass dies eine alte und tiefe Sehnsucht ist. Doch oft war das Geld zu knapp, dann kam der Krieg, vielleicht die Flucht, der Aufbau,

der Beruf, die Kinder.... Aber nun, nun ist dies vielleicht die Zeit, dieser Sehnsucht nachzugehen? Mit der Tagung sowie diesem Buch wollen wir ermutigen, dies zu tun, sich auf Musik einzulassen, auch aktiv, und nicht zu denken, nun sei es zu spät. Musik, gehörte wie selbst gespielte, kann – auf jedem „Niveau" – dazu dienen die eigenen Stimmungen, Sehnsüchte, Wünsche und Sorgen zu behandeln. Natürlich, so heißt es an dieser Stelle oft, kann man kein Musiker mehr werden.

Dabei haben die meisten Menschen dann Bilder im Kopf von einem Menschen (Musiker) auf der Bühne, der mit seiner Musik die Gefühle derer, die da im Publikum sitzen, beeinflussen kann, der sie froh oder traurig stimmen, sie tief bis ins Innerste berühren kann. Und wenn wir uns nach der Musik sehnen, so sind dies oft auch solche Träume des Bewegens- und Bewirken-Könnens. (Etwas auf die männliche Seite verengt, aber auch auf den Punkt gebracht ist dies in dem Liedtext: „Man müsste Klavier spielen können, wer Klavier spielt hat Glück bei den Frau'n ...") Aber Musiker-Sein bedeutet auch noch etwas anderes, eher die umgekehrte Seite: nämlich sich bewegen *lassen*, sich verwandeln *lassen*. Wenn jemand täglich ein Instrument spielt, übt, wenn er dies vielleicht sogar mehrmals am Tag tut, dann macht das etwas mit ihm. Wir finden dies in den Karikaturen über Musiker, in denen der Flamencogitarrist ein Knäuel von Fingern hat, der Geiger zum Triller oder der Cellist zu einem Teil seines Cellos geworden ist: Musik „bildet" – denjenigen, der sie macht *um*, bisweilen nicht nur in den Karikaturen bis ins Leibliche hinein. Musik machen, aber auch Musik hören, sich auf Musik einlassen, die zunächst fremd erscheint, sie sich vertraut zu machen, verwandelt den, der das tut, der sich darauf einlässt. In diesem Sinne möchte ich daran zweifeln, dass man im fortgeschrittenen Alter kein Musiker mehr werden könne.

„Musik bis ins hohe Alter" als Motto meint die Ermutigung, sich immer wieder – ohne Alterbegrenzung – auf solche Verwandlungen durch Musik einzulassen und für sich in der Musik neuen Sinn zu entdecken.

Für diesen Band hat Barbara Walsleben aus instrumentalpädagogischer Sicht dargestellt, welche Aspekte beim Musikunterricht im fortgeschrittenen Alter zu berücksichtigen sind (S. 36ff). Die Darstellung Michael Schmuttes zum Singen im Alter berührt sowohl den Chorbereich, der vielleicht von den meisten älteren Menschen in der aktiven Musikausübung genutzt wird wie auch den Übergang zur Musiktherapie (S. 20ff). Auch die Ausführungen zur Improvisation von Natalie Hippel und Friedemann Laabs sind ebenso für den therapeutischen wie auch den Bereich der allgemeinen Musikausübung im hohen Alter zu verstehen (S. 51ff).

2. Jeder hat das Recht auf Kultur: In jedem Alter und auch unter den Bedingungen von Krankheit, altersbedingten Einschränkungen und Desorientiertheit. Jeder kann Musik machen.

Mit diesem Impuls wenden wir uns an die Verantwortlichen der Altenheime, der Altenpflege und vor allem an diejenigen, die verantwortlich sind dafür, wie diese Gesellschaft mit alten Menschen und insbesondere mit schwer kranken, altersverwirrten, sozial isolierten alten Menschen umgeht. Damit natürlich auch an uns selbst als Teil unserer Gesellschaft in eben dieser Verantwortung.

Die Musiktherapie hat Methoden entwickelt, mit denen es möglich ist, mit Hilfe von Musik auch schwer kranken alten Menschen Erleben, Ausdruck und Kommunikation zu

ermöglichen. Dazu findet sich Genaueres in einzelnen Beiträgen dieses Buches. (Wickel S. 70ff, Tüpker S. 87ff, Dehm-Gauwerky S. 143ff, Herrlich S. 156ff)

Dass Musiktherapie mit alten Menschen in Deutschland aber dennoch ein Stiefkind ist, liegt daran, dass es bisher außerhalb von Kliniken, das heißt außer des Bereichs der Gerontopsychiatrie, kaum Stellen für MusiktherapeutInnen gibt. Und auch dort betreut meist ein Musiktherapeut mehrere Stationen einer großen Psychiatrie und kommt vielleicht ein- oder zweimal in der Woche für ein oder zwei Stunden auf die „Altenstation". In der ambulanten Pflege hat sich eine musiktherapeutische Arbeit fast überhaupt noch nicht etablieren können, weil sie in keinem der Sozial- und Gesundheitssysteme vorgesehen ist. (Das gleiche gilt auch für andere Formen wie Kunsttherapie etc.) Und in stationären Alteneinrichtungen (dem klassischen Altenheim wie auch in neueren Formen), finden musiktherapeutische Angebote fast ausschließlich als „Studentenjob" oder in vergleichbaren „Beschäftigungsverhältnissen" statt, die in Wirklichkeit keine sind. Das führt dazu, dass Erfahrung sich nicht etablieren und weiterentwickeln kann, da die von Studierenden begonnene Arbeit für sie selbst mit dem Examen und der Notwendigkeit, eine realistische Stelle suchen zu müssen, endet. Konkret heißt das für die betroffenen alten Menschen natürlich auch, dass therapeutische Kontakte immer wieder abgebrochen – und bestenfalls vom „nächsten Studenten" weiter geführt werden.

> Anfragen von Alteneinrichtungen nach musiktherapeutischen Angeboten, die ich in meiner Funktion als Studiengangsleiterin erhalte, bewegen sich ausschließlich auf diesem Niveau und häufig mit „Honorarangeboten", die man gewerkschaftlich nur als Schwarzarbeiterlöhne bezeichnen könnte. Auch Räume und Instrumentarium sind eher selten vorhanden. Dass sich dennoch immer wieder Studierende für diese Arbeit finden, hat wirklich viel mit Engagement und Idealismus zu tun, was schön ist – einerseits. Zugleich zeigt diese Situation aber auch das zu geringe gesellschaftliche Interesse an den hier betroffenen hilfsbedürftigen alten Menschen. So lobenswert Idealismus oder Altruismus Einzelner sein mag, das hier propagierte Recht auf Kultur hieße für die Betroffenen wie ihre Familien auch, nicht auf Barmherzigkeit angewiesen zu sein.

Musiktherapie mit alten Menschen darf kein Studentenjob bleiben. Es muss möglich sein, dass MusiktherapeutInnen langfristig und gezielt, d.h. auch indikationsspezifisch mit alten Menschen arbeiten können (s. auch Tüpker, S. 95f). Daneben müsste es selbstverständlich werden, dass Alteneinrichtungen – möglicherweise im Verbund – eine Kulturarbeit leisten die nicht dem Zufall überlassen bleibt, sondern die gewährleistet, dass die Teilhabe an der Kultur ebenso selbstverständlich wird wie eine ausreichende körperliche Ernährung und Pflege. Das schließt ehrenamtliche Kräfte nicht aus, sondern hier ist eine gute Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppe und den Ehrenamtlichen gefragt, wie auch Wickel dies in diesem Band darstellt (S. 70ff). Das meint übrigens natürlich nicht, dass alten Menschen Musik oder anderes „aufgezwungen" werden darf. Auch in jüngeren Jahren geht nicht jeder ins Konzert und es ist wichtig, sich immer wieder bewusst zu machen, dass Individualität im Alter nicht weniger wird. Kultur, wie sie hier gedacht ist, meint immer auch persönliche Wahl, auch eigener „Geschmack", wie immer der sein mag, freie Teilhabe, Vielfalt und Selbstbestimmung.

3. Es gibt kein Alter, in dem eine Psychotherapie – allein aufgrund des Alters – nicht mehr indiziert, nicht mehr möglich, nicht mehr sinnvoll ist. Musiktherapie kann eine geeignete Form der Psychotherapie für alte Menschen sein.

Eng mit dem vorigen Gesichtspunkt hängt auch die gesamte Frage der Psychotherapie mit alten Menschen zusammen. Denn auch hier gibt es einen fachlich nicht länger zu vertretenden Bruch, durch den eine schwerwiegende Lücke in den psychotherapeutischen Hilfsangeboten ab einem gewissen Alter in unserem Gesundheitssystem entsteht.

Dazu möchte ich zunächst eine kleine Therapiegeschichte erzählen: Als ich vor einigen Jahren in der psychosomatischen Klinik Frau Hein aufgenommen hatte, fragte mein Chef gleich zu Beginn der Behandlung: „Was machen Sie denn nun mit *der*?" „Sie kommt mit in die Gruppe und begleitend bekommt sie Einzelgespräche!" war meine Antwort. Das entsprach genau dem, was für die meisten unserer PatientInnen üblich war. Amüsiertes Erstaunen bis Skepsis war die Reaktion, auch bei verschiedenen KollegInnen. Was war an Frau Hein so besonderes, dass das Übliche hier auf eine solch erstaunte bis kritisch-ironische Reaktion stieß? Eigentlich gar nichts, außer dass sie 76 Jahre alt war. Damit war sie zu dieser Zeit die erste Patientin höheren Alters in dieser Klinik. Das Durchschnittsalter derer, die aufgrund seelischer Erkrankungen in unsere Klinik kamen, lag rechnerisch um die 40 Jahre, wobei jeweils eher wenige sehr junge Patienten kamen und kaum solche, die über 60 waren. (Das lag an den Rahmenbedingungen der Zuweisung durch die BfA. Die sog. psychosomatischen „Kuren" dienen offiziell der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit.)

Die Reaktion in der Klinik spiegelte genau das wieder, was über Psychotherapie und ältere Menschen damals üblicherweise gedacht wurde, dass Psychotherapie ab einem gewissen Altern einfach nicht mehr geht, weil man „dafür" irgendwann zu alt ist, sich nicht mehr verändern kann oder will, keine seelischen Wandlungen mehr möglich sind. Freud, der Vater aller Psychotherapie, meinte noch, bis 45 wäre Psychotherapie sinnvoll, später ging das hier angegebene Alter etwas rauf. Aber 76?

Frau Hein konnte überhaupt nur zu uns kommen, weil sie bei einer der wenigen Kassen versichert war, die uns – neben der BfA – PatientInnen schickte. Wie sie es genau geschafft hat, trotz ihres Alters zu uns zu kommen, weiß ich nicht. Zu mir kam sie, weil ich damals für die Kassenstation zuständig war und in dieser Woche „dran war", neue PatientInnen aufzunehmen. Also alles Zufall. Auch ich war natürlich neugierig und gespannt, ob es möglich wäre, Psychotherapie mit einem Menschen zu machen, der älter ist als wir es gewohnt waren und wie es mir, ich war damals 34 Jahre alt, mit einer Patientin gehen würde, die ich innerlich der Generation zwischen meinen Eltern und Großeltern zuordnen würde. Bevor ich dann Frau Hein selbst kennen lernte, hörte ich schon von den Schwestern, dass sie „total süß", eine „richtige Oma" sei, aber auch Schwierigkeiten verspreche, einen Gehstock mithabe, sich aber weigere, ihn zu benutzen, worüber es schon eine wohl heftige Auseinandersetzung zwischen ihr und dem Chefarzt, der übrigens im Rollstuhl saß und der sie kurz begrüßt hatte, gegeben hatte.

In der ersten Begegnung traf ich dann eine wütende ältere Dame, die gar nicht süß war, sondern offen und grimmig mit Suizid drohte. Anstelle irgendwelcher „süße-Oma-Assoziationen" verlangte das nun sofort und unmittelbar etwas ganz anderes von mir, nämlich meine ganz normale, aber auch meine *ganze* Professionalität. Vor allem auch, weil ich sie für ernsthaft suizidgefährdet hielt und die hinter ihrer Aggressivität verborgene Depression und Verzweiflung spüren konnte. Vielleicht war es gerade die Heftigkeit und

das Tempo dieser ersten Begegnung, was mir half erst einmal jenseits aller Vorurteile zu reagieren: Ich „kämpfte“ mit ihr – um ihr Leben, ihr Im-Leben-Bleiben – auch nicht anders als ich dies sonst eher von sehr jungen suizidalen PatientInnen gewohnt war. Sie verließ mich nach diesem Gespräch eher noch wütender, aber ihre Wut war nicht mehr diffus und gegen sich selbst gerichtet, sondern richtete sich nun auf einen konkreten anderen Menschen, nämlich auf mich. So ging sie zornig, aber mit dem persönlichen Versprechen „in die Hand“, sich nicht umzubringen, sondern sich zu melden, wenn diese Gefühle, wieder stärker würden.

Das vielleicht auffälligste an der weiteren Behandlung war, dass sie sich ziemlich wenig von anderen Behandlungen unterschied. Zumindest konnte ich einen generellen Unterschied aufgrund des fortgeschrittenen Alters nicht ausmachen. Frau Hein nahm an der zu diesem Zeitpunkt beginnenden neuen Gruppe teil, die zweimal in der Woche bei mir Musiktherapie hatte und – immer im Wechsel – zweimal Kunsttherapie. Mehrmals in der Woche sah ich Frau Hein ferner bei der zweimal wöchentlichen Visite, beim Stationstreffen, zu einem Einzelgespräch einmal in der Woche und wenn sie es drüber hinaus wünschte. An der Gruppe nahmen sieben PatientInnen teil, wobei die meisten von Frau Hein aus gesehen eine Generation jünger waren, eine sehr junge Patientin ihre Enkelin hätte sein können.

Zu Beginn meinte übrigens auch Frau Hein, dass sie nicht in die Gruppe passe. Im Grunde hatte sie die gleichen Vorurteile umgekehrt: Die seien alle zu jung und könnten ihre Probleme sowieso nicht verstehen. Im Laufe der zur Verfügung stehenden Zeit entstand aber dann eine sehr intensive Gruppenarbeit und es zeigte sich, dass Frau Hein auch mit dem Gebrauch der beiden Medien, nämlich der freien musikalischen Improvisation in der Musiktherapie und dem Malen und Plastizieren nicht mehr und nicht weniger Schwierigkeiten hatte als alle anderen auch. Eindrucksvoll für alle in der Gruppe war es, dass gerade die Jüngste und die Älteste im Laufe der Zeit das Gefühl bekamen, einander aufgrund verwandter Kindheitserfahrungen zu verstehen. Über einen Altersunterschied von 54 Jahren hinweg hatten sie den Eindruck, gleiche Gefühle grenzenloser Einsamkeit als Kind erlebt zu haben, sich ausgeschlossen zu fühlen, nutzlos und nicht gewollt.

Einsamkeit, sich ausgeschlossen fühlen, nutzlos, nicht gewollt und zusätzlich nicht in der Lage, durch eigene Aktivität etwas daran ändern zu können. Das ist eine Empfindungsgestalt, wie wir sie durchaus als eine soziale Situation kennen, die im Alter entstehen kann. Das ist schlimm genug. Noch einmal schlimmer aber ist es, wenn eine solche Empfindungsgestalt *reaktiviert* wird, wenn sie also als eine frühkindliche Konstellation den Lebensanfang geprägt hat und nun *noch einmal* auftaucht. Dann steigern sich die alten Empfindungen und neuen Erlebnisse wechselseitig und es besteht die Neigung, dass das Unbewusste alle Erfahrungen, die nur entfernt mit dieser Gestalt zu tun haben, in dieser alten Form erlebt, in gewissem Sinne auch *in* diese Form bringt. Bei Frau Hein war dies so: Reale Situationen der Einsamkeit im Alter warfen sie in die bodenlose Einsamkeit ihrer Kindheit zurück.

Mit dem Ende dieser Kindheit, genauer mit der Begegnung mit ihrem Mann, war für sie eine traurige Zeit überwunden und beendet. Sie erlebte eine lange glückliche Zeit der Gemeinsamkeit. Die Kindheit war in der Ehe nicht vergessen, eher aufgehoben. Sie erzählte, dass sie mit ihrem Mann oft stundenlang über ihre Kindheit gesprochen habe. Mit dem Tod ihres Mann vor anderthalb Jahren war sie – psychologisch gesehen – wie in einer üblen, nicht gewollten Zeitreise, zurückgerutscht in die Empfindungswelt ihrer Kindheit. Und dies in aller Heftigkeit und ohne Möglichkeit der distanzierenden Reflexion. Damit meine ich, dass sie nicht das Gefühl hatte, jetzt erlebe ich etwas, das fühlt sich an *wie in*

meiner Kindheit, sondern sie erlebte *dieselben kindlichen Gefühle als etwas Aktuelles*, als heutige Situation. (Das ist es, was wir psychoanalytisch mit den Begriffen der Übertragung bzw. des Wiederholungszwanges bezeichnen.)

Wie diese Kindheit aussah, lässt sich mit einer Szene ins Bild rücken, die Frau Hein einmal erzählte: Sie war Einzelkind und bis auf Schule und ähnliche Pflichtveranstaltungen war ihr kaum ein Kontakt zu anderen Kindern erlaubt. Sonntags nachmittags gingen die Eltern aus und sie blieb alleine zurück. Und das auch noch mit einer an die elterliche Herrschaft bindenden Aufgabe: Sie musste die ganze Zeit häkeln und bei Rückkehr wurde die Anzahl der Reihen gezählt. Psychologisch spürt man hier eine Art diktatorischen Bann: Ihr wird sowohl der Kontakt als auch die Entwicklung eines Eigenen verwehrt. Sie wird verlassen, darf sich aber zugleich nicht entfernen, nicht trennen. In ihrer Erzählung in der Gruppe führt sie aus, wie sie da sitzt, mit verkrampften Fingern häkelnd und sich die Nase plattdrückt an der immer mehr von ihrem Atem beschlagenen Fensterscheibe und weinend zusieht, wie die anderen Kinder da draußen, wo das Leben ist, spielen.

Die psychotherapeutische Aufgabe bestand hier darin, bewusst und erlebbar werden zu lassen, was am heutigen Erleben aus dieser schrecklichen und einsamen Kindheit stammt und wie die Selbstwerdung damit behindert wurde. Damit versuchen wir in der Psychotherapie das alte Leiden vom neuen zu trennen, es als innewohnende Vergangenheit zu erkennen und aus der Gegenwart zu lösen. Neu war für mich daran die Erkenntnis, dass gerade auch bestimmte Erlebnisse des höheren Alters geeignet sein können, frühkindliche Schädigungen und Mängel wieder zu beleben, die in den *besseren Zeiten dazwischen* ruhen, nicht ins Erleben dringen. Wenn man das Seelische und seine Nöte *so* ansieht, wie es hier angedeutet wurde, dann gibt es keinen Grund, weshalb das in irgendeinem Alter oder ab irgendeinem Alter anders sein sollte. Auch nicht dafür, dass das gemeinsame einfühlende Verstehen solcher Prozesse etwas ist, was hilft.

Inzwischen ist die Psychotherapie mit älteren Menschen[33] stärker zu einem Thema der Fachdiskussion geworden (vgl. Radebold 1983, 1992, 1997, Radebold, Schweizer 1996, 1997; Heuft 1998), auch wenn die Erfahrungen immer noch in den Anfängen stecken. Auch ist das Gesundheitssystem sicherlich noch nicht auf diese Veränderungen eingestellt. Es stellt sich die Frage, welche Aussichten ein normaler Antrag auf Psychotherapie hat, wenn der Patient über 60, 70 oder 80 Jahre ist.

Die Praxis in den Kliniken hat inzwischen gezeigt, dass Musiktherapie mit ihren über das Wort hinaus erweiterten Möglichkeiten eine besonders geeignete Form der Psychotherapie auch mit alten Menschen sein kann, wie Markus Münsterteicher dies an einem weiteren Fallbeispiel darlegt (S. 168ff).

Damit diese Eignung der Musiktherapie sich aber auch mit den alten Menschen realisiert, die dement sind, einen Schlaganfall erlitten haben, von anderen schweren Erkrankungen des Alters betroffen sind oder am Ende ihres Lebens stehen, gilt es als vierten Gedanken eine Forderung an die Musiktherapie zu stellen.

---

[33] Weil es in manchen Zusammenhängen fast schon zum Fachterminus geworden ist, benutze ich, wie hier, bisweilen auch den Terminus „ältere Menschen". Dass ich demgegenüber häufiger unverblümt von „alten Menschen" spreche, wird hoffentlich nicht als unhöflich empfunden. Es scheint mir aber ein eher unwirksames Mittel (und sprachlich ein Ideologem) gegen ein negatives gesellschaftliches Bild des Alters zu sein, wenn man lediglich das Wortes „alt" durch neu geschaffene Begriffe ersetzt (wie vielleicht auch Senioren?). Bezüglich des Begriffes der „Älteren" zeigt sich dies m.E. besonders frappierend, weil hier das, was sprachlich eine Steigerung ist, vorgibt eine Abschwächung zu sein: So ist eine ältere Frau jünger als eine alte Frau? Oder erklärt sich der Begriff „die Älteren" als Abweichung von der Durchschnittsnorm, also: älter als üblich, älter als vorgesehen, älter als wir selbst, die wir „normal alt" sind? – Das macht es auch nicht besser.

4. Musiktherapie mit alten Menschen sollte methodisch flexibel und individuell sein und darf nicht weniger professionell und reflektiert sein als jede andere Musiktherapie.

Mit der Tagung und diesem Buch möchten wir auch Studierende der Musiktherapie wie KollegInnen für den Bereich der Altenarbeit interessieren und zur methodischen Reflexion anregen.

Wir möchten aufzeigen, dass wir bei Musiktherapie mit alten Menschen nicht nur an das Singen vertrauter Lieder denken dürfen und nicht dem Phantasma verfallen sollten, dass die Arbeit mit Menschen ab einem bestimmten Alter immer ganz anders zu sein hat als wir es sonst kennen.

Während der Planung der Tagung wurde deutlich, welch vielfältige Themen in der Musiktherapie mit alten Menschen berührt sind, so z.B. die Frage der Hörschädigungen im Alter (s. Prause S. 177ff), die in der musiktherapeutischen Arbeit zu berücksichtigen sind oder die Arbeit mit aphasischen PatientInnen (vgl. Schmutte S. 27 u. Tüpker S. 110), Fragen der Arbeit mit alten geistig behinderten Menschen (s. Herrlich S. 156ff) oder mit alten Menschen, die aus einem anderen Kulturkreis stammen. Nicht alle Themen konnten Eingang in die Tagung bzw. in dieses Buch finden. Wichtig schien es uns auch, einerseits zu verdeutlichen, was Musiktherapie im engeren Sinne sein kann, aber ebenso die Übergangsbereiche darzustellen.

Mit meinem eigenen zusätzlichen Artikel für dieses Buch habe ich versucht, diesen vierten Impuls nun detaillierter in der Konzeptentwicklung der Musiktherapie aufzuzeigen (Tüpker, S. 87ff) Mit der folgenden Fallszene aus der Arbeit mit einer dementen Patientin wurde diese Einführung in die Tagung abgeschlossen.

Sie stellt dar, wie es möglich ist, Musiktherapie auch im Sinne einer Krisenintervention einzusetzen. Auch wenn ich die Arbeit von Susanne Schneberger-Nowitzky, der dieses Beispiel entnommen ist, im Folgenden (S. 114) noch ausführlicher darstellen werde, soll dem Leser, der Leserin diese eindrucksvolle Fallvignette an dieser Stelle nicht vorenthalten werden. Wie so oft wirkt das Geschehen einer solchen gelungenen Kommunikation ebenso einfach wie gekonnt. (dargestellt nach Schneberger-Nowitzky 2001, S. 50ff)

Fallbeispiel Frau T.

Frau T. leidet an Alzheimer Demenz. Sie wird von der Autorin als körperlich noch recht mobil, aber zeitlich, örtlich und situativ völlig desorientiert beschrieben. Sie spricht fast nicht mehr. „Auffällig ist, dass Frau T. sehr häufig, mit durchdringender, hoher Stimme laut und langgezogen „aahhh“ schreit, was Mitbewohner der Station sowie auch das Pflegepersonal immer wieder an die Grenzen ihrer Belastbarkeit stoßen lässt. Es ist des öfteren auf Grund ihres unablässigen Schreiens sogar zu physischen Angriffen von Seiten verschiedener Mitbewohner auf Frau T. gekommen.“ Es wird vereinbart in einer solchen Situation den Versuch einer musiktherapeutischen Intervention zu unternehmen.

„Eine Mitarbeiterin führte Fr. T., die seit ca. 20 Min. unablässig geschrieen, und so wieder einmal den Zorn vieler Mitbewohner auf sich gezogen hatte, in ihr Zimmer“. Die Musiktherapeutin betritt das Zimmer, Frau T. schreit in diesem Moment nicht mehr, sitzt in ihrem Sessel, sieht traurig und verängstigt aus.:

- Die Musiktherapeutin begrüßt sie freundlich lächelnd. Sie hockt sich vor sie hin und schaut ihr in die Augen: „Guten Tag Frau T., ich sehe, dass sie traurig sind." Sie streckt Frau T. die Hand entgegen.

- Fr. T. ergreift ihre Hand, verzieht das Gesicht und schreit.

- Die Musiktherapeutin singt in ihren Schrei hinein, etwas leiser, aber in der gleichen Tonhöhe. Sie streichelt ihre Hand, sagt: „Es ist schlimm!"

- Fr. T. blickt die Therapeutin an, hält ihre Hand fest umklammert und sagt dann leise und einfühlsam: „Kuckuck".

- Die Musiktherapeutin erwidert ihr Kuckuck lächelnd in der gleichen Art und Weise und ergänzt singend: „Kuckuck, Kuckuck, ruft's aus dem Wald."

- Fr. T. lächelt. Sie scheint sich etwas zu entspannen und lässt die Hand der Therapeutin los.

- Die Musiktherapeutin singt nun die erste Strophe des Kuckucksliedes und spielt dazu auf der Handtrommel: „ – lasset uns singen, tanzen und springen, Frühling, Frühling wird es nun bald."

- Fr. T. hört ihr aufmerksam zu und strahlt über das ganze Gesicht. Dann steht sie auf, geht ans Fenster und schaut hinaus.

- Die Therapeutin stellt sich neben sie und schaut ebenfalls hinaus. Sie sagt: „Das dauert aber wohl noch, bis der Frühling kommt." Dann stimmt sie ein neues Lied an: „Winter ade ...".

- Fr. T. summt nun leise mit und klopft dazu den Takt auf ihrem Oberschenkel mit. Danach seufzt sie laut und setzt sich wieder in ihren Sessel. Sie lächelt jetzt und sieht zufrieden und glücklich aus.

- „Ich freue mich, dass es Ihnen wieder besser geht, Frau T.", sagt die Therapeutin.

- Fr. T. antwortet seufzend: „Ja, ja"

- „Ja, ja, wir haben schön gesungen", sagt die Therapeutin.

- Fr. T:„Ja, gesungen"

- Die Musiktherapeutin wiederholt und ergänzt: „Ja, gesungen und gespielt"

- Fr. T. nickt.

- Die Therapeutin nickt ebenfalls.

- Fr. T. lehnt sich zurück, seufzt und schließt die Augen.

- Die Therapeutin streichelt noch einmal ihre Hand mit den Worten: „Ich lasse sie jetzt allein" und verlässt dann das Zimmer.

Nach Aussagen des Pflegepersonals war Frau T. im weiteren Verlauf des Vormittags viel entspannter und schrie nicht mehr.

LITERATUR

Heuft, Gereon (1998): Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. In: PPmP Psychotherapie, Psychosomatik, med. Psychologie 48, Thieme Verlag, Stuttgart, 232-242

Radebold, Hartmut (1983): Gruppenpsychotherapie im Alter. Erfahrungen mit unterschiedlichen Ansätzen, einschließlich der therapeutischen Gruppenarbeit mit alten Menschen und ihren Angehörigen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Radebold, Hartmut (1992): Psychodynamik und Psychotherapie Älterer. Springer Verlag, Berlin

Radebold, Hartmut (1997): Die therapeutische Beziehung zwischen Jüngeren und Älteren. In: Musiktherapeutische Umschau 18, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 114-120

Radebold, Hartmut; Schweizer, Ruth (1996): Der mühselige Aufbruch – über Psychoanalyse im Alter. Geist und Psyche S. Fischer, Frankfurt a. M.

Salber, Wilhelm [1980] (2001): Konstruktion psychologischer Behandlung. Bouvier, Bonn

Schneberger-Nowitzky, Susanne (2001): Die Anwendbarkeit von Musiktherapie in Abhängigkeit vom Fortschreiten dementieller Erkrankungen. Diplomarbeit Studiengang Musiktherapie Universität Münster

Tüpker, Rosemarie (2001): Zum Musikbegriff der musiktherapeutischen Improvisation. In: Einblicke. Beiträge zur Musiktherapie ISSN 1615-0686; Berlin. Hrsg. BVM c/o Hanna Schirmer, Weinmeisterhornweg 105, 13593 Berlin. Heft 12, 44-69

Musiktherapeutische Konzepte mit alten Menschen[34]

BUCHBEITRAG

2.11

Zusammenfassung Konzeptualisierung einer Musiktherapie mit alten Menschen, die auf der Untersuchung von Diplomarbeiten der Musiktherapie an der Universität Münster beruht sowie einem Projekt der Autorin mit Studierenden des Studiums im Alter: Musik und Lebenserfahrung. Dem älteren defizit-orientierten Denkmodell in der musiktherapeutischen Arbeit mit älteren Menschen wird ein neues entwicklungsoffenes Modell gegenüber gestellt, welches auch die Erfahrungen der Validation einbezieht und für die musiktherapeutische Arbeit nutzbar macht. Der Artikel beihaltet zahlreiche Praxisbeispiele.

Keywords music therapy, elder people, validation, music and experience of life

Im Studiengang Musiktherapie der Universität Münster wurden – im Rahmen von Seminaren und Diplomarbeiten[35] – verschiedene musiktherapeutische Konzepte diskutiert, entwickelt und erprobt, die sich der Arbeit mit alten Menschen widmen oder angrenzende Bereiche berühren. Einige wesentliche theoretische Auffassungen dieser Arbeiten sollen hier zusammenfassend diskutiert werden. Des Weiteren sollen Ausschnitte aus dem reichhaltigen Fallmaterial der Diplomarbeiten unter Kategorien dargestellt werden, die eine bestimmte Entwicklung aufzeigen.

Die Richtung dieser Entwicklung ist zum einen gekennzeichnet durch eine zunehmende Berücksichtigung eines Individuum-bezogenen psychotherapeutischen Zuganges und das Bemühen um das *Verstehen* des Erlebens und Verhaltens der behandelten alten Menschen. Andererseits zeigen die Arbeiten, dass einige behandlungstechnische Aspekte, die sich in der Entwicklung der Musiktherapie zunächst als gegensätzliche methodische Ansätze darstellten, als solche aufgegeben und eher als sich ergänzende Polaritäten erkannt und integrierend genutzt werden.

Abschließend soll mit dem Bericht über das Projekt ‚Musik und Lebenserfahrung', welches bisher zweimal im Rahmen des Studiengangs Musiktherapie mit Studierenden des Studiums im Alter durchgeführt wurde, eine Gruppenarbeit dargestellt werden, mit der im

---

[34] In: Musik bis ins hohe Alter. Fortführung, Neubeginn, Therapie (Hrsg. mit Hans Hermann Wickel), LIT-Verlag, Münster 2001, 87-142

[35] Wynhoff 1990, Hagemann 1992, Buchert 1995, Holtermann 1995, König 1996, Jorden 1997, Adams 1998, Küppers 1998, Stark 1999, Schneberger-Nowitzky 2001

außerklinischen Bereich gerade den so genannten „jungen Alten“ eine neue Form des aktiven Umgangs mit Musik eröffnet werden kann. Diese Art des Musizierens ist, wie in der Musiktherapie selbst, an keine musikalischen Vorerfahrungen gebunden und kann daher für all diejenigen, die „immer schon“ einmal Musik machen wollten, auch im Alter eine Chance sein, sich diesen Wunsch zu erfüllen.

1. Das Bild des Alters in der Musiktherapie

Schon in der Arbeit von Wynhoff (1990) findet sich eine Auseinandersetzung mit dem „Bild des alten Menschen in der Gesellschaft“ (S. 26ff) und verschiedenen Modellen des Alterns (S. 19ff), vor allem in der Medizin. Holtermann (1995) gibt dann fünf Jahre später einen ausführlichen Überblick über das psychologische und gesellschaftliche Bild vom Alter und untersucht genauer, wie dieses sich auch in verschiedenen musiktherapeutischen Konzepten widerspiegelt.

Im Wesentlichen werden dabei zwei polare Tendenzen herausgearbeitet: Alter als zunehmend defizitäre Lebensphase wird einem offenen Bild gegenüber gestellt, welches Alter nicht endgültig bestimmt, sondern nach der Erfassung des individuellen Leidens, den Verarbeitungsnotwendigkeiten und Entwicklungschancen unter unterschiedlich veränderten körperlichen, seelischen wie auch sozialen Bedingungen fragt.

1. 1. Defizit-orientierte Ansätze

Dem ersten Bild entsprechen Ansätze, in denen die MusiktherapeutInnen dem Fähigkeitsabbau und der beobachteten Apathie, Passivität und dem Rückzug z.B. dementer PatientInnen mit einem stark strukturierten musiktherapeutischen Angebot zu begegnen suchen (Blanckenburg 1992, Baum 1993, Latz 1995, zit. nach Holtermann S. 31f [36]). Ähnlich ausgerichtet sind verschiedene lerntheoretisch orientierte angloamerikanische Beiträge wie auch die daran anknüpfende Forschung, die untersucht, welche kognitiven, aber auch sozialen Fähigkeiten sich durch Musiktherapie verbessern oder erhalten lassen (Olderag Millard/Smith 1989, Clair/Bernstein 1990, Pricket/ Randell 1991, Pollack/Namazi 1992, Groene 1993, Lord/Garner 1993, Gerdner/Swanson 1993, zit. nach Holtermann, S. 40ff).

> Auch eine der Diplomarbeiten beschäftigt sich mit dem Verlust von Fähigkeiten: Hagemann untersuchte die Frage der Erinnerungsfähigkeit bezogen auf zwei deutsche Volkslieder an 10 PatientInnen der Gerontopsychiatrie. Neben individuellen Unterschieden zeigte sich, dass die Betroffenen große Defizite hatten, wenn sie ein Lied selbständig erinnern und produzieren oder den Text ohne die Melodie erinnern sollten. Diese Defizite traten in den Hintergrund, wenn dieselben Lieder musikalisch angestimmt wurden und es unaufgefordert die Möglichkeit gab, von sich aus mit einzustimmen. (Hagemann 1992, S. 128ff).

Holtermann hingegen, die in ihrer Arbeit ebenfalls besonders den gerontopsychiatrischen Bereich betrachtet, kritisiert die einseitige Ausrichtung der defizitorientierten Ansätze, in denen „Gefühle wie Trauer und Verdruß (...) in der Musiktherapie fehl am Platz“ zu sein

[36] Da die Diplomarbeiten nur sehr eingeschränkt zugänglich sind, wurde die dort verarbeitete, besser zugängliche Originalliteratur entgegen dem sonstigen Usus hier im Literaturverzeichnis mit aufgeführt. Diese Literaturangaben sind zur Kennzeichnung kursiv gesetzt. Da es sich bei den Diplomarbeiten um nicht redaktionell überarbeitete Texte handelt, wurden – ebenfalls anders als üblich – Tippfehler in zitierten Stellen korrigiert und gelegentlich geringfügige redaktionelle Veränderungen vorgenommen.

scheinen (ebd. S. 42). Sie spricht hier eine Tendenz an, die sich für viele vorschnell gefasste Therapieziele wie „Aktivierung", „Steigerung von ..." „Erhalt von ..." zu überdenken lohnt. Auch wenn diese Ziele zunächst offensichtlich erscheinen, weil Passivität, Verminderung der Leistungsfähigkeit oder Rückzug als Problem ins Auge zu springen scheinen, müssen wir uns zunächst kritisch fragen, wer es ist, der hier leidet: Der Betroffene selbst oder die anderen? Was ist die Ursache des Leidens? Die Demenz selbst oder eine unangepasste Umgebung? Ist es eine leidvolle Passivität des Patienten oder *unser* Ohnmachtsgefühl, welches mit einem Mehr an Bewegung behandelt werden soll? Wird mit fröhlichen Liedern die Stimmung der BewohnerInnen eines Altenheimes verbessert oder werden damit delegierte gesellschaftliche Schuldgefühle behandelt? Solche Fragen müssten stärker in jedem einzelnen Fall bedacht werden, bevor ein für alle gültiges „Programm" entwickelt wird. Forschung, die allein das Erreichen vorgegebener Ziele eines solchen Programms misst, kann hier naturgemäß nicht weiterhelfen, sondern wird im schlimmeren Fall dazu beitragen, die Ursachen des Leidens zu verschleiern und zu kritisierende Verhältnisse zu perpetuieren.

Erkennbar ist in defizit-bezogenen musiktherapeutischen Ansätzen die Orientierung an einer Norm. Dadurch wird im Falle der Demenz ohne weitere Reflexion der kognitive Abbau selbst als das angesehen, was es zu behandeln gilt. Dies muss aber nicht notwendig dem *musiktherapeutischen* Behandlungsauftrag[37] entsprechen. So besteht durchaus die Gefahr, dass eine solche Zentrierung eher Leiden erhöht als vermindert, wie dies etwa durch kognitive Trainingsprogramme oder das sog. Realitätsorientierungstraining zu befürchten ist, die dem dementiellen Abbau entgegen wirken sollen. Wenn dies aber aufgrund des organischen Prozesses nicht mehr möglich ist, stellen solche Verfahren letztlich nur eine Konfrontation der Betroffenen mit ihren schwindenden Fähigkeit und dem Verlust an Orientierung in *dieser* Welt dar (vgl. Feil 1999, 2000). Auch Schneberger-Nowitzky kritisiert Vorgehensweisen (wie etwa noch bei Bright 1984 empfohlen) als „kontraproduktiv", die auf eher naive Weise der Desorientiertheit durch simple „Richtigstellungen" therapeutisch begegnen zu können glauben: „Als Ergebnis eines solchen Vorgehens ist nach meinen Erfahrungen eher Aggressivität, Widerstand oder Trauer zu erwarten als eine Verbesserung der Orientierung" (2001, S. 9). „Die Klienten werden m.E. durch diesen Ansatz in ihrem Sein und ihrer Würde verletzt, (...) und der dementielle Prozess des Rückzugs in die Vergangenheit und der Verschlechterung der Kommunikation wäre vorprogrammiert." (ebd. S. 102)

1. 2. Entwicklungsoffene Ansätze

Unter der Überschrift „Rückerinnerung und Loslassen" fasst Holtermann eine andere Gruppe musiktherapeutischer Ansätze zusammen. Diese verstehen – als ein verbindendes Merkmal – Rückzug als eine angemessene Form „abschiedlicher Existenz" (Jochims 1992, zit. nach Holtermann S. 34). Dies geschieht allerdings stets in Abwägung zu der Tatsache, dass Rückzug *auch* eine Reaktion darauf sein kann, dass sich „keine Möglichkeit mehr zum Austausch von Erinnerungen, Gefühlen und Gedanken bietet" (Scheu 1990, S. 144, zit. nach Holtermann S. 33).

Zum anderen folgen diese Konzepte mit den vielen Möglichkeiten der Musik dem Bedürfnis der Betroffenen nach Rückerinnerung und Bezugnahme zur Vergangenheit (Lohse-Blohm 1990, Jochims 1992, 1993, Muthesius 1990a, b, 1993, Schwabe 1991). Dies *kann* Trauerarbeit, Abschied-Nehmen wie auch Wiederanknüpfung an Ressourcen sein oder auch das aktuelle Geschehen und die gegenwärtige Beziehung in ihrem

[37] Zur näheren Erläuterung des hier mehrfach verwendeten Begriffs des musiktherapeutischen Behandlungsauftrags vgl. Tüpker 1993

schöpferischen und heilsamen, tröstenden oder belebenden Potential in den Mittelpunkt der therapeutischen Arbeit stellen. Es *kann* auch Vorbereitung auf das Sterben beinhalten und in konkrete Sterbebegleitung übergehen, wie dies bereits von Munro 1986 beschrieben wurde.

> Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang auch die später erschienene umfangreiche Arbeit von Grümme (1998), auch wenn die Konkretisierung des dargestellten Konzeptes als „biographieorientiert" letztlich enttäuscht, da in den praktischen Beispielen kaum eine Orientierung an den individuellen Biographien der einzelnen PatientInnen stattfindet, sondern vielmehr fast ausschließlich auf generationsspezifische Aspekte rekurriert wird.

Schneberger-Nowitzky diskutiert die Frage, wie weit Demenzerkrankungen als Sterbeprozess angesehen werden dürfen und kommt – anders als Dehm-Gauwerky (vgl. S. 143ff in diesem Band) – für sich zu dem Ergebnis, sie eher als (unbewusste) Überlebensstrategie zu begreifen, insofern „als dass hier, durch Regression in eine »innere Welt«, die negativen Aspekte der Gegenwart (...) sukzessiv ausgeblendet werden können und Freiraum entsteht für die Beschäftigung mit Erinnerungen und Bildern, sowie unverarbeiteten Konflikten aus der Vergangenheit, im Bestreben (...) im Alter Integrität erreichen zu können." (Schneberger-Nowitzky 2001, S. 8)

Inzwischen gibt es etliche weitere Veröffentlichungen (z.B. Dehm-Gauwerky 2000, Loos 1997, s. auch Reader der Tagung „Musiktherapie für alte Menschen" in Rendsburg 2000, hrsg. von Bruhn, Muthesius), die an tiefenpsychologische Konzepte anknüpfen und denen gemeinsam ist, dass sie den Blick auf den Einzelnen richten und *vor* der Behandlung ernst genug die Frage nach dem individuellen Leiden stellen, anstatt sich unreflektiert auf eine Norm zu beziehen, die von sich aus keine Auskunft darüber geben kann, was hier seine eigene Richtung und Entwicklung nimmt. Bezogen auf die Demenz verbindet solche Ansätze, dass sie nicht versuchen *gegen* die Demenz anzugehen, sondern das seelische Erleben unter dem Einfluss des hirnorganischen Abbauprozesses zu verstehen und die daraus entstehende Not, Verzweiflung und Verwirrung psychotherapeutisch zu beantworten suchen. Gemeinsam ist ihnen auch, dass sie weder aufgrund des Alters eine Möglichkeit ausschließen noch bestimmte Themen vorgeben: Also weder befürworten, jeder *müsse* sich bewusst mit dem eigenen Tod, erlittenen Verlusten, nicht integrierten Erlebnissen auseinandersetzen noch jemandem aufgrund des Alters die Möglichkeit absprechen, traumatische Erlebnisse noch zu bearbeiten, sich mit aktuellen Konflikten auseinander zu setzen, sexuelle Wünsche zu haben oder Angst vor der Zukunft.

Die gesellschaftliche Wertung der beiden dargestellten Pole spiegelt sich auch in den mit ihnen verbundenen Forschungsaspekten. Während sich der erste Ansatz gut nach den derzeit gängigen Forschungsmethoden messen lässt und damit seine Finanzierbarkeit in einem Gesundheitssystem, welches ausschließlich an diesem Wissenschaftsbild orientiert ist, vermutlich eher erreichen wird, werden die letzteren eher dazu führen, dass sie das Erleben in der Demenz besser verstehen lernen. Das aber ist im herrschenden Wissenschaftskonzept unseres Gesundheitssystems kaum ein anerkanntes Ergebnis, kaum ein „Erfolg", da es schwerlich messbar sein wird, ob ein alter Mensch, der keine Fragebögen mehr ausfüllen kann und vielleicht auch nicht mehr spricht, sich verstanden fühlt, Resonanz erlebt oder eine innere Entwicklung abschließen kann.

2. Das Bild der Musiktherapie im Altenheim

König führte im Rahmen ihrer Arbeit: „Die Institution Altenheim – ein Praxisfeld der Musiktherapie?“ (1996) u.a. eine Befragung in einem Altenheim durch. Sie wollte damit Chancen und Problemfelder bei der Etablierung von Musiktherapie in Altenheimen erkunden, die sich jenseits der Frage, wie Musiktherapiestellen finanziert werden können, aus dem ergeben, was BewohnerInnen und MitarbeiterInnen mit dem Begriff Musiktherapie verbinden. Auf welche Wünsche, Erwartungen oder Befürchtungen wird man noch vor der Etablierung einer solchen Arbeit treffen? Mit welchen Widerständen hat man zu rechnen? Wie lässt sich die eigene Arbeit sinnvoll organisieren und integrieren?

Vom Methodischen her wurde die Befragung in Form von Leitfadengesprächen durchgeführt und qualitativ ausgewertet. Befragt wurden 11 BewohnerInnen eines Altenheimes im Alter von 76 bis 95 Jahren, die zwischen einigen Monaten und 20 Jahren in der Institution lebten, sowie 7 Mitarbeiterinnen (5 Personen aus dem Pflegedienst und 2 Mitarbeiterinnen des Sozialen Dienstes). Gerade bei den Interviews mit den BewohnerInnen war eine hohe Flexibilität in der Gesprächsführung notwendig, um sich ein Bild davon zu machen, welches ihre Wünsche, Bedürfnisse und Ansprüche an die Musiktherapie sein könnten, zumal ein Wissen oder eine Vorstellung davon, was Musiktherapie überhaupt ist oder für sie persönlich sein könnte, natürlich nicht vorausgesetzt werden konnte.

Inhaltlich drehten sich die Gespräche daher um drei Themenkomplexe: „Zum einen sollte die Rolle von (gehörter bzw. selbstgemachter) Musik im Leben der einzelnen Gesprächspartner erfaßt werden (...). Weiterhin wollte ich erfahren, ob und an welchen Stellen Musik im Alltag der Institution eine Rolle spielt und ob Musik auch im weitesten Sinne therapeutisch eingesetzt wird. Schließlich interessierten mich Vorstellungen, Wünsche und Ideen von Mitarbeitern und Bewohnern in bezug auf die Arbeit eines Musiktherapeuten in ihrem Altenheim sowie die mögliche Stellung eines Musiktherapeuten im Team aus der Sicht der Mitarbeiter.“ (König 1996, S. 49)

In leicht gekürzter Form sei hier die Zusammenfassung der Ergebnisse wiedergegeben, die naturgemäß nicht den Anspruch erheben, repräsentativ oder allgemeingültig zu sein. Dennoch enthalten sie durch ihren ungewöhnlichen Befragungsansatz m.E. wesentliche Gesichtpunkte vor allem auch hinsichtlich der Widerständigkeiten, auf die der Musiktherapeut im Altenheim stoßen kann: etwa auf Abwehr seitens der Bewohner, deren Ursachen näher verstanden werden müssten oder auf Interessenkonflikte mit den anderen Berufsgruppen, die die Befürchtung haben können, ihnen würde ein weiterer als positiv erlebter zwischenmenschlicher Bereich ihrer Tätigkeit entzogen und es verblieben ihnen nur die eher unangenehmen oder belastenden Anteile ihres Berufsalltages; bis hin zu Überschneidungen, die ohne weitere Reflexion und Klärungen vermutlich zu unaufgelösten Rivalitäts- und Verdrängungskonflikten führen würden.

2. 1. Ergebnisse aus der Befragung der Bewohner

- „In der Institution Altenheim leben verschiedene Menschen mit unterschiedlichem Grad von altersbedingten (...) Einschränkungen. Gerade den nicht dementen Bewohnern ist es wichtig, sich von den [dementen RT] Mitbewohnern abzugrenzen.

- Die meisten Bewohner (...) haben während ihres Lebens verschiedene Berührungspunkte mit der Musik gehabt: beim Singen, beim Spielen von Instrumenten, beim Besuch von Konzerten oder beim Hören von Musik aus Tonwiedergabegeräten. Davon geblieben ist in der Gegenwart (...) noch in erster Linie das Hören über Tonwiedergabegeräte, zusätzlich – aber nicht bei allen – das Singen.

- Vielen (...) ist es wichtig, selbst über ihre Teilnahme an Angeboten zu entscheiden und sich zu nichts verpflichtet zu fühlen.

- Die meisten (...) verbinden mit dem Begriff „Musiktherapie" keine inhaltlichen Vorstellungen.

- Musiktherapeutische Angebote (...) stoßen zunächst auf Zurückhaltung bzw. Abwehr (...)." (ebd. S. 72f)

2. 2. Ergebnisse aus der Befragung der Pflegekräfte und der Mitarbeiterinnen des Sozialen Dienstes

- „Die Pflegekräfte wissen um die Bedeutung der Musik sowohl für das seelische Wohlbefinden der Bewohner als auch für Kommunikation zwischen Bewohnern und Mitarbeitern. In ihrem Alltag auf der Station setzen sie Musik hauptsächlich in Form von Singen und Musikhören unterschiedlich intensiv (abhängig von der eigenen Einstellung zur Musik und von der jeweiligen eigenen Stimmung) ein.

- Trotz eines recht geringen Vorwissens können (...) die Pflegekräfte die Bedeutung musiktherapeutischer Angebote (...) ermessen.

- Einige Pflegekräfte halten sich (...) grundsätzlich für kompetent, musiktherapeutische Angebote selbst durchzuführen. Zum Teil wird die Kompetenz an erforderliche Weiterbildungsmaßnahmen (...) geknüpft.

- Aus zeitlichen Gründen können die Pflegekräfte in der Regel nur die Grundpflege leisten, eine Situation, unter der viele Pflegekräfte leiden.

- Die Mitarbeiterinnen des Sozialen Dienstes bieten viele verschiedene musikalische Veranstaltungen für die Bewohner an.

- Musik findet (dabei) (...) hauptsächlich in Form des (...) Singens statt.

- In einem Gruppenangebot (...) wird auch mit Rhythmus-Instrumenten gespielt. (...)

- (Eine) Mitarbeiterin (...) ist der Meinung, daß musiktherapeutische Angebote von den Pflegedienst- bzw. Sozialdienst-Mitarbeitern durchgeführt werden können. Für die anderen (...) ist das Durchführen musiktherapeutischer Angebote an eine entsprechende Ausbildung gebunden." (ebd. S. 73f)

Es spiegelt sich hier eine Unschärfe und Weite des Begriffs Musiktherapie, die sich auch in anderen Befragungen zeigt. Bei der Etablierung von Musiktherapie in Altenheimen gilt es daher, eine für die jeweilige Institution angemessene Konzeption herauszuarbeiten, welche

die fachliche Entwicklung und Kompetenz der Musiktherapie für die Bewohner zu nutzen weiß und für welche es dennoch keinen absoluten Maßstab geben kann.

2. 3. Mögliche Stellenbeschreibungen der Musiktherapie

Das Bild der Musiktherapie im Altenheim wird sich bewegen zwischen dem einen Extrem, alles, was musikalisch in einem Altenheim geschieht, als Musiktherapie zu bezeichnen und dem anderen, den Begriff für die Bereiche zu reservieren, in denen eine präzise Indikation vorliegt, ein mit diesen Mitteln behandelbares Leiden, ein Behandlungsauftrag und seine klar abgegrenzte Erfüllung.

Dazwischen liegen mögliche musiktherapeutische Stellenbeschreibungen, die je nach den Gegebenheiten und auch in Abwägung mit den Interessen der Mitglieder anderer Berufsgruppen wie der ehrenamtlichen HelferInnen ausgehandelt werden müssen. Eine solche konkrete Stellenbeschreibung kann z.B. die Organisation kultureller Veranstaltungen beinhalten oder sie in anderen Fällen, in denen diese Aufgabe bereits von anderen erfüllt wird, ausschließen. Sie wird meist die Leitung von Sing- oder Spielgruppen einschließen, aber als Kern auch die an einen individuellen *„Auftrag"* gebundene musiktherapeutische Behandlung altersspezifischen oder biographisch mit ins Alter(sheim) getragenen Leidens beinhalten. In diesem engeren Behandlungsbereich kann diesem Auftrag nur dann nachgekommen werden, wenn es den Freiraum gibt, nach fachlichen Aspekten zu entscheiden, ob *dieses* spezielle Leid *dieses* Menschen in einer Einzeltherapie oder in der Gruppe (oder in einer Kombination von beidem) zu behandeln ist. (Der Terminus „nach fachlichen Aspekten" schließt hierbei ein „Mitspracherecht" des einzelnen Betroffenen selbst übrigens eher ein als aus!) Zur Kooperation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen sei auch auf den Artikel von Wickel in diesem Band verwiesen (S.69ff)

Erwarten können sollte ein Altenheim von „seinem" Musiktherapeuten auch psychologische Kriseninterventionen, die Mitberatung von Angehörigen und die Mitarbeit in der Begleitung eines Sterbeprozesses. Hinsichtlich der Sterbebegleitung liegen inzwischen weitere Erfahrungen, die teilweise auch anderenorts – z.B. im Hospiz – gewonnen wurden. Eine Zusammenfassung, die Auswertung einer Befragung von MusiktherapeutInnen, die mit Sterbenden arbeiten sowie eigene Erfahrungen wurden in einer Wiener Diplomarbeit von Susanne Heinze dargestellt (vgl. Heinze 2002)

Für den Musiktherapeuten ergeben sich im Unterschied zu anderen musiktherapeutischen Arbeitsbereichen auch andere Zeitstrukturen. So werden oft kürzere, aber dichtere Behandlungszeiten angemessen sein, wie z.B. eher täglich eine Viertelstunde als einmal in der Woche eine Stunde. Auch können Vereinbarungen sinnvoll sein wie: „Bis zu 50 Minuten, aber wenn Sie nach 5 Minuten müde sind, ist es auch in Ordnung".

Da die Altenheime zunehmend mit dem Problem konfrontiert werden, Menschen zu beherbergen, die aus Sicht der Institution und ihrer ursprünglichen Funktion als „Fehlbelegungen" anzusehen sind, werden auch hier besondere Erwartungen an den Musiktherapeuten herangetragen werden: Etwa in der Betreuung eigentlich „viel zu junger" Patienten, die im Wachkoma liegen und „woanders nicht unterzubringen waren" (vgl. Küppers 1998) oder Patienten nach einem Schlaganfall, die (zu früh?) aus den zuständigen Rehabilitationseinrichtungen abgeschoben werden.

Auch für vorhandene depressive Erkrankungen oder depressive Reaktionen auf den Verlust der Selbständigkeit oder geliebter Menschen, wie sie häufig vorkommen, ist im

Rahmen des Altenheimes selten ein Behandlungsangebot vorgesehen. Die Gruppe der Mitarbeiter und Ehrenamtlichen muss – jenseits der Frage nach besseren sozial- und gesundheitspolitischen Regelungen, die hier zu fordern sind, – mit den dadurch entstehenden Situationen und den von der „Fehlbelegung" betroffenen Menschen und ihren Angehörigen konkret umgehen. Der Erwartung, dass durch die Musiktherapie hier eine Behandlungschance für diese PatientInnen besteht, ist berechtigt.

3. Musiktherapie in der Praxis

Aus den entstandenen Diplomarbeiten möchte ich nun im Folgenden Aspekte der dort dargestellten Fallberichte hervorheben, die sich durch einen individuellen und psychologischen Umgang mit kranken alten Menschen auszeichnen. Als gemeinsame Merkmale fielen mir auf:

3.1 die Wahrnehmung des Individuellen und Gewordenen, welches sich dann auch in der aktuellen Begegnung zeigt,

3.2. eine therapeutische Haltung, die eher fragend und suchend ist, als dass sie davon ausgeht zu wissen, was für den anderen gut sei, was er brauche, wohin die Entwicklung ginge sowie

3.3. eine methodische Flexibilität, welche die Bedürfnisse des Einzelnen über eine vermeintliche Reinheit stellt.

Mit der in den Fallbeispielen spürbaren Haltung der Wertschätzung und des Respekts kommen die hier beschriebenen Beispiele der Grundhaltung der Validation[38] (Feil 1999, 2000) nahe, auch wenn erst Schneberger-Nowitzky (2001) sich explizit auf die Darstellung und Ausführungen Naomi Feils bezieht. Gemeinsam erscheint mir hier die Auffassung,

- dass es möglich ist zu verstehen,
- dass Verstehen der Hilfe zum Ausdruck von Empfindungen bedarf,
- dass Verstehen selbst eine heilende Wirkung entfalten kann und
- dass die Integration unverarbeiteter vergangener Erlebnisse und Konflikte eine wichtige Entwicklungsaufgabe auch im hohen Alter ist.

Es stellt sich für mich deshalb die Frage, ob es nicht sinnvoll und angemessen wäre, hier von einer „validierenden Musiktherapie" zu sprechen und zu überprüfen, ob nicht auch viele der konkreten behandlungstechnischen Hinweise, die die Validation vor allem auch für den verbalen Teil der Kommunikation ausgearbeitet hat, in das Methodenrepertoire der Musiktherapie mit alten Menschen integrierbar wären, zumindest dort, wo sie mit verwirrten, resignierten oder vereinsamten alten Menschen arbeitet und mit denen, die durch ungünstige institutionelle Bedingungen geschädigt sind. Auch könnten die von Feil entwickelten „Stadien der Desorientiertheit" (Feil 1999, S.49ff) vielleicht für die

[38] Zum Begriff der Validation: Validieren bedeutet bei Feil – im etwas verwirrenden Unterschied zu vielen anderen Bedeutungen dieses Begriffes (etwa in der Testpsychologie) – einen (alten) Menschen bestätigen, seinen Wert erkennen, seine Gefühle anerkennen. Die bei Feil nicht zu findende Wortableitung vom lat. validere ist insofern interessant als sie drei Bedeutungszusammenhänge kennt: „stark, kräftig, gesund sein, wohlauf sein, sich wohl befinden" und „können, vermögen, imstande sein", aber auch: „wert sein, gültig sein" (von Wörtern).

Musiktherapie eine diagnostische Hilfestellung sein, die durch spezifisch musiktherapeutische Erkundungsmöglichkeiten ergänzt werden könnten, da sich in der Musik bisweilen ein anderes Bild ergeben wird, welches den sonstigen Eindruck dann erweitern kann.

3. 1. Wahrnehmung des Individuellen

Vielleicht ist es einer der Vorteile der Falldarstellungen von „AnfängerInnen", dass der Einzelfall in seiner Besonderheit so stark erlebt wird und noch nicht in der Routine des Wiedererkennens von – scheinbar – Gleichem versinkt. So fallen in den Diplomarbeiten besonders die detaillierten Beschreibungen der einzelnen PatientInnen auf, die das Moment der unwiederholbaren menschlichen Begegnung oft eindrucksvoll spürbar werden lassen.

Beispiel Frau Menzel

Dazu soll hier das Beispiel der ersten Begegnung mit einer 76jährigen Patientin in der Gerontopsychiatrie aus der Arbeit von Holtermann zitiert werden. Frau Menzel leidet an einer fortgeschrittenen vaskulären Demenz und wurde von dem Altenheim, in dem sie lebt, nun zum dritten Male wegen Unruhezuständen und aggressiven Verhaltens in die Psychiatrie überwiesen.

„Ich treffe Frau Menzel so an, wie ich sie in Zukunft fast immer antreffen werde: Sie sitzt im Aufenthaltsraum an einem Tisch, leicht eingesunken, vor sich ein Getränk. Es sitzen noch andere Damen am Tisch, doch findet kein Gespräch statt, jede starrt vor sich hin. Im Hintergrund läuft das Radio mit irgendwelchen aktuellen Hits und Nachrichten. Frau Menzel schaut mich mit großen blauen Augen an, als ich mich ihr vorstelle und zeigt keinerlei Zeichen eines Erkennens. Ihr Blick scheint von weit her zu kommen, er bleibt merkwürdig unjustiert, obwohl sie, wie ich später bemerke, klar sehen kann.

Auf meinen Vorschlag, mit mir gemeinsam Musik zu machen, zu singen, reagiert sie positiv, macht aber keinerlei Anstalten, aufzustehen, bis ich ihr die »Anweisung« gebe: »So, trinken Sie jetzt bitte aus, wir gehen«. Sie »befolgt« sofort und ist bereit. Wir gehen in ihr Zimmer, um Mantel und Schuhe zu holen, doch suche ich vergebens nach Schuhen, auch das Personal kann mir nicht weiterhelfen. Das Ganze dauert fast zehn Minuten. Frau Menzel bleibt derweil dort stehen, wo ich sie »abgestellt« habe.

Schließlich nehme ich sie in Pantoffeln mit. Sie geht kleinschrittig und langsam, fest bei mir untergehakt.

Auf dem Weg fällt mir ihre Empfänglichkeit für die Schönheiten des Klinikparks, die Frühlingsblumen und blühenden Bäume auf.

Im Musikraum angekommen, entwickele ich spontan Galanterie: »Darf ich Ihnen aus dem Mantel helfen?« Sie läßt sich gern helfen, »ganz Dame«.

Doch reagiert sie plötzlich mit großer Unruhe, als ich ihren »guten« Mantel an die Garderobe hängen und mit ihr in den Nebenraum gehen möchte. Ohne daß sie es in Worte fassen kann, ist mir klar, daß sie Angst hat, der Mantel könne entwendet werden. Ich hänge ihn betont ordentlich auf und erkläre, daß hier nichts abhanden käme.

Damit scheint sie beruhigt und wechselt sofort zu freudiger Neugierde, als sie im Durchgang zum Musikraum ein Instrument entdeckt, das sie kennt: »Tamburin!«

Ich zeige ihr zunächst die vorhandenen Instrumente.

Sie schaut wach umher und hat keine Berührungsängste mit den Instrumenten. Dennoch wirkt sie verloren in dem großen Raum, ich empfinde es so, als wäre sie nicht wirklich persönlich präsent.

Während ich für sie weitere Instrumente hervorhole, bleibt sie mitten im Raum regungslos stehen, eine kleine zierliche Gestalt mit leicht zerzausten Haaren, die Arme leicht vom Oberkörper abgehoben – wie zwei Flügel – ein Vogel, der aus dem Nest gefallen ist, schießt es mir durch den Kopf.“ (Holtermann 1995, S. 54f)

Die Falldarstellung insgesamt zeigt auf, warum es sinnvoll ist, ungefiltert und ohne Schematisierung offen für alle Eindrücke zu sein, die wir gerade in der ersten Begegnung mit einem Patienten gewinnen. Das sollte auch das einschließen, was der Patient in uns an Empfindungen, Gedanken und Mitbewegung auslöst. Stärker noch als in den Fällen, in denen eine „normale“ verbale Kommunikation möglich ist, wird sich später erweisen, dass die entstehenden Szenen nicht zufällig sind, sondern zu Schlüsselszenen des Verstehens werden können. Seit Argelander (1970) wissen wir, dass gerade den ersten Beziehungsszenen eine hervorragende Bedeutung zukommt. Deshalb lohnt es sich, es hier mit der Aufmerksamkeit wie mit der Protokollierung möglichst genau zu nehmen.

Im Sinne Lorenzers (1973) können wir davon ausgehen, dass der Patient mit der entstehenden Übertragung dem Therapeuten seine Rolle zuweist. In der Gegenübertragung ergänzt der Therapeut die gemeinte Szene, die anders als mit Hilfe dieser unbewussten Beziehungssituation nicht erzählt werden kann. Aus Supervisionen und Falldarstellungen der Arbeit mit alten, verwirrten Menschen habe ich dabei zum einen den Eindruck gewonnen, dass diese Übertragungsinszenierungen sich hier auffällig spontan – ohne eine längere Beziehung zu benötigen – einstellen und die eingeschränkte sprachliche Kommunikation ergänzen. Zum anderen fällt auf, dass nicht nur frühkindliche Szenen auf diese Art kommuniziert werden, sondern dass die Re-Inszenierungen sich aus bedeutsamen und unbearbeiteten, nicht integrierten Erlebnissen aus allen Lebensspannen speisen. Die Auflösung der zeitlichen Ordnung scheint hier ein freies Flottieren, eine Art Gleichzeitigkeit und Gleichheit aller Lebenseindrücke zu begünstigen. Freuds Aussage, das Unbewusste sei zeitlos, zeigt sich hier nicht nur besonders deutlich, sondern trifft vielleicht bei einem zunehmenden Abbauprozess der kognitiven Strukturen mehr und mehr auch auf das Bewusstsein zu.

Im vorliegenden Fall lässt sich die Szene der Suche nach den Schuhen, dem Mitgenommen-Werden ohne bereit zu sein („in Pantoffeln“), auf die biographische Situation der Vertreibung aus Ostpreußen, russische Kriegsgefangenschaft und Verschleppung nach Sibirien beziehen. Möglich wird diese Deutung dadurch, dass die Szene sich im Laufe der insgesamt viermonatigen therapeutischen Beziehung in Variationen wiederholt und so verstanden werden kann. Unter dem Begriff „Deutung“ ist hier nicht primär das bewusstmachende Aussprechen gemeint, sondern die Tatsache, dass das Verhalten der Patientin für die Therapeutin eine verstehbare Bedeutung gewinnt, dadurch Folgen für ihr Verhalten hat und somit verändernd in die Beziehung kommt. („In Zukunft achte ich darauf, das Verlassen des Hauses vorzubereiten. Oft reicht es aus, die

Möglichkeiten, sich noch fertigmachen zu können, kurz anzusprechen." Holtermann, S. 63)

Auch ein weiterer sich wiederholender szenischer Zusammenhang, der sich um „die Sorge rankt, etwas könne abhanden kommen", bezieht sich vermutlich zum Teil auf diese Lebensphase des dritten Lebensjahrzehntes. („Der Mantel ist es, doch frage ich mich, ob sie eine grundlegendere Sorge umtreibt, für die der Mantel nur Repräsentant ist." (ebd. S. 56)

Die Szenen der Galanterie und der respektvollen Höflichkeit hingegen, auch diese wiederholen sich und gestalten die Beziehung mit, lassen sich – im Sinne positiver Übertragung – auf spätere Lebensphasen beziehen, in denen Frau Menzel verheiratet ist, später Witwe wird, aber anerkannt und weiterhin in gute soziale Beziehungen eingebettet ist.

Die sich ebenfalls wiederholenden Bilder der Verlorenheit (aus dem Nest gefallener Vogel; „zarte, hilflose Erscheinung"; „sobald ich mich ihr nicht direkt zuwende, wirkt sie verloren") hingegen lassen sich vermutlich auf frühere kindliche Szenen beziehen, was allerdings in diesem Falle Vermutung bleiben muss. Auch die Bedeutung der ebenfalls charakteristisch wirkenden Szenen des Stehen-Bleibens und „sich nicht rühren, bis sie wieder abgeholt" wird, erhellen sich trotz Wiederholungen nicht.

Insgesamt erscheint mir bei solchen Deutungsversuchen wichtig, immer auch die mögliche Mehrfachdeterminiertheit bedeutsamer Szenen zu berücksichtigen. So kann etwa das Motiv der Sorge, etwas könne verloren gehen, ja durchaus Beziehungen zu frühen Erfahrungen haben *und* zu Kriegserfahrungen *und* zu der Erfahrung des relativ frühen Verlustes des Ehemannes. Und es wird vermutlich darüber hinaus auch das Bewusstsein bzw. das Erleben des aktuellen Verlorengehens von Zusammenhängen durch die Demenz widerspiegeln. So wie Daniel Stern davon ausgeht, dass das Selbst sich in seinem Entstehen zugleich erlebt und deshalb vom „Auftauchenden Selbst" spricht (1992, S. 61ff), können und müssen wir m.E. davon ausgehen, dass auch der Verlust der kognitiven Strukturen und der Orientierung in dieser Welt und in sich selbst vom Selbst erlebt und erfahren wird. So gesehen ist Frau Menzels Sorge, etwas könne verloren gehen, vermutlich auch eine aus dem Aktuellen gespeiste realistische Wahrnehmung ihrer selbst. Auch die Verlorenheit gehört ja nachvollziehbar als Empfindung in dieses Geschehen.

Dass trotz allen Verloren-Gehens aber auch Strukturen bleiben, im Sinne des Selbst und der Person, zeigt der Zusammenhang zwischen diesem Erstkontakt und dem späteren Verlauf allerdings ebenso. Charakteristische Züge wie der Humor, die Empfänglichkeit für Eindrücke und auch der leichte Zugang zur Musik, die hier schon durchklingen, ziehen sich durch. Auch sie lassen sich auf Früheres beziehen und sind zugleich schlicht Charakteristika *dieses* Menschen.

Beispiel musiktherapeutischer Gruppenarbeit

Dass Wahrnehmung des Individuellen auch in der Gruppenarbeit möglich ist, zeigt für mich eine eindrucksvoll geschilderte Szene einer musiktherapeutischen Gruppe von Andreas Stark (1999).[39] Es handelt sich hier um eine Gruppe chronisch-schizophrener und dementer

[39] Die Arbeit von Stark hat eigentlich ein anderes – theoretisches – Thema. Die hier wiedergegebene Beschreibung stellt nur einen Nebenaspekt dar und wird (leider) nicht weiter ausgeführt. Die geschilderte Gruppe hatte Andres Stark im Anschluss an sein Praktikum von der zu diesem Zeitpunkt erkrankten Mentorin (Heidi Buchert) in dieser Form übernommen. Die Form der Gruppenarbeit war von der Mentorin initiiert und seit etwa zwei Jahren kontinuierlich durchgeführt worden.

Patienten der Pflegestation einer großen psychiatrischen Klinik, in der die meisten Patienten sich schon lange und vermutlich auch für immer befinden.
„Einen ersten Eindruck von den Patienten bekomme ich, wenn ich sie ins Therapiezimmer (das Wohnzimmer der Station) hole. Einige kommen selbständig, andere müssen etwas überredet werden, manche wirken erschöpft, ich muß sie am Arm führen, einer scheint heute gut gelaunt zu sein und lacht die ganze Zeit. Die Situation ist jedes Mal anders, das wird auch in der Musik hörbar.

Herr Peschel (...) sitzt schon im Sessel. Seine Haltung ist sehr gekrümmt, er starrt abwesend auf den Fernseher. Er ist an Morbus Pick erkrankt, wirkt ängstlich, verwirrt und körperlich schwach. Herr Peschel hat kein Sprachvermögen mehr. Ich gebe ihm das Becken, und er fängt sofort an zu spielen. Dabei ändert sich seine Körperhaltung, sein Blick wird präsenter. Was er auf dem Becken spielt, hat Kraft und Form. Er spielt crescendo und decrescendo in einem großen Bogen. Manchmal gibt er einen langgezogenen Laut von sich, ich kann aber nicht einschätzen, was der zu bedeuten hat.

Frau Lemp bekommt die Schlitztrommel. Es ist »ihr« Instrument, ein anderes würde sie nicht spielen. Sie sorgt für einen kontinuierlichen Rhythmus und hält die eher »verinselte« Musik zusammen. Wenn sie nicht da ist, wirkt das Ganze »löchrig« und noch schwebender.

Frau Volkert ist der Gegenpart. Nachdem sie lange das Becken gespielt hat, will sie seit kurzem das Xylophon. Ihr Beckenspiel wirkte eher schüchtern, zurückhaltend, auf dem Xylophon scheint sie sich dagegen so richtig ausbreiten zu können. Sie beginnt mit Tonleiterspiel, rauf und runter. Macht dann kleine Glissandi, die immer größer werden und an Intensität zunehmen. Schließlich bricht sie ab und lacht den heute mitspielenden Krankenpflegeschüler an. Ihr Gesichtsausdruck hat dabei etwas Freches, aber auch etwas Verlegenes, als wolle sie sich von diesen musikalischen Ausschweifungen distanzieren.

Frau Volkert ist seit vierzig Jahren auf einer geschlossenen Station und ich frage mich, *wo »nimmt« sie diese frische Musik her?* Frau Lemp hat unterbrochen und blickt etwas mürrisch in Richtung von Frau Volkert. Schließlich beginnt sie wieder mit ihrem Spiel, das sehr an irgendeine Arbeit, die getan werden muß, erinnert. Als wolle sie sagen, *so ist das Leben aber nicht, das Leben ist ernst!*

Auch Frau Seelers Spiel erinnert sehr an Arbeit. Lange wollte sie nur zuhören, dann hat sie sich für die Klanghölzer interessiert. Sie hält sie wie Stricknadeln, was bei ihr sehr elegant wirkt. Einmal lächelt sie mich kurz an, das erste Mal, nachdem sie mich am Anfang auch manchmal beschimpft hat. Wenn Frau Lemp nicht da ist, nimmt sie deren Rolle als »Rhythmushalterin« ein.

Herr Moritz, der sich nie aktiv beteiligt und grundsätzlich alles schlecht findet, singt doch manchmal ein paar Töne dazu.

Herr Mühlenbach, der meistens desinteressiert und apathisch wirkt, beginnt plötzlich mit Fistelstimme mitzusingen. Ist es wirklich Singen oder eher ein Jammern? Ich kann es nicht einschätzen.

Meistens frage ich eine Schwester oder einen Pfleger nach der Stunde, ob so etwas auch außerhalb der Musiktherapie zu beobachten ist. Auch das Personal hat Interesse daran, wie sich die Patienten in der Musiktherapie geben. Eindrücke werden verglichen, Ideen entstehen.“ (Stark 1999, S. 96f)

3. 2. Suchbewegungen

Auch Suchbewegungen mögen ein Charakteristikum des Anfangens in einem neuen Arbeitsfeld sein und sind von daher vielleicht in Diplomarbeiten besonders häufig anzutreffen. Aber auch sie können m.E. zugleich als ein Gut angesehen werden, welches bei aller Erfahrung nicht der Illusion eines endgültigen Gefunden-Habens weichen sollte. Sowohl für die Psychotherapie überhaupt als auch besonders für die Arbeit mit Menschen, die den HelferInnen im Alter voraus sind, scheint mir eine allgemeine Haltung des Suchens besonders geeignet, ein unangemessenes bevormundendes Verhältnis zu vermeiden.

Beispiel: „Brücken zur Welt"

Udo Küppers (1998) beschreibt und untersucht in seiner Arbeit „Brücken zur Welt" seine musiktherapeutischen Erfahrungen mit einem Patienten, der seit zwei Jahren mit der Diagnose „apallisches Syndrom mit Tetraspastik aufgrund eines hypoxischen Hirnschadens nach Reanimation infolge Kammerflimmerns" in einem Altenheim gepflegt wird. Übersetzt heißt dies, dass ***Herr L.,*** in einem Alter von Mitte fünfzig durch eine Herzattacke aus dem Leben gerissen wurde, in gewissem Sinne unglücklich reanimiert und dann nach scheinbar erfolgloser Rehabilitation in einem Altenheim „untergebracht" wurde. Dort liegt er nun, die Augen meist geschlossen, nicht wach und nicht schlafend, nicht ansprechbar, kaum Reaktionen zeigend, irgendwo zwischen Leben und Nicht-Leben und dennoch Nicht-Tod. Seine Frau ist seither vor die immer wieder quälende Frage gestellt, was er denn nun merkt und hört und was nicht, ob er empfindet und erlebt und wie sich das wohl anfühlen mag. Seit gut zwei Jahren besucht sie ihren Mann, wann immer ihre berufliche Arbeit es zulässt. Sie fragt sich ebenso, wo er sich seelisch eigentlich befindet, wie auch, ob sie ihn mit nunmehr 59 Jahren im Altenheim lassen will/darf/soll oder ob sie ihn mit nach Hause nehmen und dort wieder in irgendeiner Form mit ihm leben kann.

Auch wenn dieser Fallbericht von einem jüngeren Patienten handelt, sagt er dennoch etwas über die hier angesprochenen Fragen aus. Zum einen, weil eben auch jüngere Menschen nach „erfolgloser" (oder zu früh aufgegebener?) Rehabilitation häufiger in Alteneinrichtungen anzutreffen sind und der besonderen Aufmerksamkeit bedürfen, damit nicht Chancen einer weiteren Wiederherstellung versäumt werden. Zum anderen ist auch hier im relativen Sinne das fortgeschrittene Alter des Patienten von Bedeutung, wird doch in der eigentlichen Rehabilitation ein Mensch mit Ende 50 wesentlich schneller „aufgegeben" als ein Patient in jüngerem Alter. Ob das prognostisch wirklich berechtigt ist, kann letztlich nicht wirklich in Erfahrung gebracht werden, eben *weil* es die Behandelnden in ihren Bemühungen mit beeinflusst.

Berichtet wird hier aber nun leider nicht von einem erfolgreich abgeschlossenen Fall, der sich zum Beweis des Gegenteiles eignet, sondern vielmehr von einer anderthalbjährigen Suche (mit rund 100 Therapiestunden), die auch nach Abschluss der Diplomarbeit nicht aufgegeben wird. Berichtet wird auf einer tieferen Ebene von der Suche nach Herrn L., nach der Wirklichkeit seines seelischen Erlebens, nach der Bedeutung der wenigen Zeichen, die er von sich gibt – wenn es denn Zeichen sind. Berichtet wird von verschiedenen methodischen Versuchen: die Arbeit mit wiedererkennbaren und ritualisierenden Formen, z.B. einem bestimmten Lied zur Begrüßung und zum Abschied; die verschiedenen Versuche der Kontaktaufnahme durch das freie Singen in Bezug zur Atmung und anderen unwillkürlichen Äußerungen des Patienten; die Gespräche mit Frau L., ihre Entlastung (auch zeitliche), aber auch ihre direkte Einbeziehung in die musiktherapeutischen Kontaktversuche. Berichtet wird von dem Versuch, ein

Forschungsdesign zu entwickeln, welches Veränderungen und Entwicklungen im Verhalten von Herrn L. (Blick, Lidschlag, Augenbrauenbewegung, Mundbewegungen, Atmung, Laute) objektivierbar macht.

Aber gelegentliche Veränderungen nehmen keine Richtung, es gibt in diesem Sinne keine Entwicklung, keine Besserung. Berichtet wird also streng genommen – und in der Literatur äußerst selten – von einer erfolglosen Therapie. Berichtet wird aber auch davon, – und dies mehr noch in den damaligen Supervisionen im Studium – wie man es macht, nicht aufzugeben und immer wieder einen Sinn im eigenen Tun zu finden: ‚Auch wenn er nicht wieder aufwachen wird, hat es sich gelohnt, wenn das Singen ihm für kurze Zeit vielleicht wohltuende Wahrnehmungen ermöglicht.' – ‚Besser wir haben etwas versucht, was ihn nicht erreicht hat, als wir hätten etwas unversucht gelassen, was ihm seine Lage hätte erleichtern können.' Das schließt die zugewandten und ebenfalls offenen Pflegekräfte ein und vor allem Frau L. Die Ehefrau wird zwar in der Vorüberlegung zur Art des Behandlungsauftrages von Anfang an berücksichtigt, aber die Formen der Zusammenarbeit müssen erst gefunden werden: Wo braucht sie einmal Abstand und die Entlastung, mal wieder etwas für sich tun zu dürfen, in dem Wissen, dass ein anderer bei ihm ist. Wo braucht Herr L. eine zugewandte Person, ohne dass seine Frau dabei ist? Wo braucht der noch unerfahrene Therapeut die Ruhe der unbeobachteten Kontaktaufnahme zum Patienten? Wie kann er Frau L. helfen in *ihrer* Kommunikation mit ihrem Mann? Vermischen sich da nicht private, eheliche Beziehung und Therapeutisches, Professionelles? Wie kann er sie beraten, ohne sich einzumischen, auch in der schwierigen Entscheidung, ob sie ihn mit nach Hause nehmen kann oder nicht?

Gefunden wird – neben der Entwicklung therapeutischer Kompetenzen und der Unterstützung von Frau L. und neben dem, was nur Herr L. weiß – auch eine Haltung, eine Position: „Zum Schluß dieser Arbeit möchte ich eindeutig Stellung **gegen** die (...) zu verabschiedende sogenannte *Bioethik-Konvention* beziehen, welche u.a. in Erwägung zieht, Forschung an Menschen auch ohne deren Zustimmung zu erlauben. So forscht etwa schon der Berliner Neurologe Karl Max Einhäupl an apallischen Patienten mit dem Ziel »Kriterien zu finden, die uns erlauben zu sagen, daß der Patient keine Chance mehr hat, zu einem kommunikativen Leben zurückzukommen. (...) Sollten wir zu dem Resultat kommen, durch die Untersuchung von (...) 100 Patienten, daß bei allen 100, bei denen dieser Befund vorlag, keine Chance einer Restitution besteht, dann würden wir in Zukunft Patienten, bei denen wir den Befund erheben, von einer weiteren Therapie und Behandlung ausschließen«" (Küppers 1998, S. 111).

Bestätigt findet Küppers demgegenüber die eigenen Erfahrungen in einer Forderung des sog. Kasseler Dokuments: „Menschen im Wachkoma leben ihr besonderes Leben in einer zur Antwort bereiten Aufmerksamkeit, die sie sogar in unsere Gegenwart zurückziehen kann. Uneingeschränkter Schutz ihres Lebensrechts und ihrer Würde durch Hilfe und Förderung ist unabdingbar." (Kongress von Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen 1998; s. Internet: www.selbsthilfe.seiten.de, zit. nach Küppers S. 112)

Beispiel: Schwerpunkt Stimme

In den sieben Einzelfallstudien von Katharina Adams (1998) zentrieren sich die Suchbewegungen methodisch auf den Gebrauch der Stimme. Adams schildert die Arbeit mit BewohnerInnen eines Altenheimes, die zwischen 80 und fast 100 Jahren alt sind. Viele von ihnen sind körperlich schwer leidend, einige vereinsamt, viele depressiv und

resigniert. Auch die Beschreibungen dieser Arbeit zeichnen sich nicht durch spektakuläre Erfolge aus, sondern zeigen im Kleinen, wie Erleichterung, Trost und beistehender Kontakt möglich sind. Auch hier entsteht eine therapeutische Haltung, durch die versucht wird, auch in schwierigen Fällen offen für Entwicklungen zu bleiben: „Die resignierte Haltung von Frau T. konnte bis jetzt nicht gelöst werden. Hier dennoch selbst nicht aufzugeben und zumindest weiterhin Begleitung, Zuwendung und Verständnis anzubieten, ist wichtig, auch wenn sich keine sichtbare »Besserung« zeigt." (ebd. S. 59)

Adams geht stets von den Wünschen der einzelnen Patientin aus, soweit diese in der Lage ist, Wünsche zu äußern. Dass selbst dies, auch bei noch vorhandener Möglichkeit zu sprechen, oft nicht der Fall ist, ist charakteristisch. Oft scheint es, als sei das Wünschen selbst verloren gegangen zu sein.[40] Leichter fällt es dann, wenn die Therapeutin konkret etwas vorschlägt oder aus nur zwei Alternativen wählen lässt.

Das gemeinsame Singen von bekannten Liedern ist häufig der Ausgangspunkt des Kontaktes. Aber oft sind die BewohnerInnen auch dazu zu schwach, zu sehr von Schmerzen beeinträchtigt oder sie ziehen es vor zu klagen. Auch dies findet Gehör und bisweilen ist es möglich, das weiterzuführen und zu verwandeln: z.B. in Atemübungen, die Schmerzen lösen oder in Singen übergehen können. Singen kann dabei tonvolles Ausatmen sein, Vokale, Laute, dem Stöhnen, Jammern und Klagen verwandt und dennoch im Übergang zum musikalischen Ausdruck und vor allem: nicht mehr allein, sondern im stimmlichen Kontakt mit der Therapeutin.

Durch die Kontinuität der Arbeit entstehen dabei sehr individuelle Traditionen, auf die dann beide im Kontakt zurückgreifen können und woraus dann weitere Formen des Ausdrucks gefunden werden: „***Frau B.*** wirkt wieder bedrückt, der Atem ist festgehalten. Wieder beginne ich mit lösendem Ausatmen, allmählich in Klang übergehend. Frau B. kennt die »Übungen« schon und macht mit. Ihre Stimme klingt heute sehr gequält und leidend, als wolle sie sagen: »Ich kann nicht mehr«, dabei sehr leise, schwach, zurückgenommen, resigniert. (...) Aus den gesungenen Einzeltönen entwickelt Frau B. allmählich ein Dreiton-Motiv, das sie immer wiederholt (...), dann sequenziert von verschiedenen Tonhöhen aus (...)" (ebd. S. 78). Es entsteht dann ein kleines Lied mit einem irgendwie gemeinsam gefundenen Text: „Ich möchte froh sein. Wenn's mir nur besser ginge, dann wär' ich froh".

Gehört werden und sich selbst, die eigene Stimme, wieder zu hören, scheint hier das zu sein, was zu einer Belebung des Selbstausdrucks führt. Adams hat herausgefunden, dass das Aufnehmen der Stimme der PatientInnen auf Tonträger und die anschließende Wiedergabe hilfreich sein können. Dies erweist sich auch hier als weiterführend: „Wie ich es sehr oft auch bei anderen Bewohnern erlebt habe, singt Frau B. sofort spontan mit, als sie ihre Stimme hört. Wir wechseln das Hören mit erneutem Singen ab. Die Stimme von Frau B., die anfangs sehr mühsam, gequält und kraftlos geklungen hatte, wird plötzlich stärker. Noch nie habe ich sie mit solch einer kräftigen Stimme singen hören wie heute." (ebd.)

> Dass dies im beschriebenen Fall weiter ausgebaut werden kann, hängt sicherlich nicht unwesentlich mit dem zusammen, was bei Adams wie nebenbei in Klammern aufgeführt wird: „Auch in der nächsten Sitzung (am nächsten Tag) ..." (ebd.) Tatsächlich ist anzunehmen, dass die zeitliche Dichte eines solchen Behandlungs- oder Begleitungsangebotes ein entscheidender Faktor für solche Ergebnisse ist, da bei schwer kranken, sehr alten und wenig aktiven Menschen davon auszugehen ist,

[40] Eine eindruckvolle Beschreibung dieses „Syndroms" findet sich in dem ersten Roman Peter Handkes: „Wunschloses Unglück", der die Lebensgeschichte seiner Mutter erzählt.

dass die Unausgefülltheit der Zeit zu einem inneren Formverlust beiträgt, durch den eine neue Beziehung, die nicht dicht genug aufeinander bezogen bleibt, nicht mehr verinnerlicht wird und dadurch nicht wirksam werden kann. Wenn es dann heißt, Frau X. nehme zu neu auftauchenden Personen keinen Kontakt mehr auf oder erkenne Personen nicht wieder, so ist dies vermutlich oft ein Artefakt, welches etwa der falschen Auffassung entspricht wie sie früher in Bezug auf Kinder im Krankhaus angenommen wurde. Es hieß ja früher, dass es gerade bei sehr kleinen Kindern besser sei, wenn Eltern sie im Krankenhaus nicht besuchen. Denn nach den elterlichen Besuchen weinten die Kinder und machten Probleme, während sie ansonsten nach zwei, drei Tagen keine Anzeichen des Vermissens der Eltern mehr zeigten. Wie wir inzwischen wissen, ist das Fehlen des Weinens, Schreiens oder aggressiven Protestierens allerdings durchaus ein Zeichen, welches auf völlige Resignation, Hoffnungslosigkeit und Aufgabe verweist. Und wir wissen, dass diese zeitweisen Verluste der Eltern durch so gestaltete Krankenhausaufenthalte eine Traumatisierung sind, die lebenslange weitreichende Beeinträchtigung des Urvertrauens und der Beziehungsfähigkeit zur Folge haben können. Aus diesen historischen Erfahrungen heraus ist es im Hinblick auf alte Menschen und besonders auf demente alte Menschen m.E. unabdingbar zu fragen und zu erforschen, welche Beziehungsstrukturen (Dichte, Häufigkeit, personelle Kontinuität etc.), welche Auswirkungen auf das Erleben haben und daraus Konsequenzen zu ziehen.

Psychoanalytisch betrachtet geht es in beiden Fällen darum, festzustellen, welcher äußeren Bedingungen es zur Entstehung und Erhaltung innerer Objektrepräsentanten bedarf. Wie wir davon ausgehen, dass dies in den Entwicklungsphasen des Säuglings und Kleinkindes anders ist als beim Erwachsenen, so können wir vermuten, dass dies wiederum anders ist unter den Bedingungen der Demenz, also des Verlustes der körperlichen Voraussetzungen für das Ergreifen, Sammeln, Bewahren und Verknüpfen von Erfahrungen.

Bei einer anderen Bewohnerin, ***Frau E.,*** ist es das rhythmisch skandierte Sprechen eines Wortes, das Schlagen des Tamburins dazu, welches aus dem kontaktlos gewordenen „Jammern“ herausführt: „Schließlich beginnt sie alleine ganz leise von sich aus eine kleine Melodieformel mit den Tönen cis - a - gis - gis zu singen und wiederholt sie mehrmals. Ich summe leise mit, wir wiederholen das Motiv viele Male, auch mit unterschiedlichem Text (...) Hinzu kommt leichte Begleitung mit dem Tamburin, wobei Frau E. diesmal vor allem die Schellen mit den Fingern im Rhythmus leicht anschlägt. Frau E. ist sichtbar konzentriert, spielt selbst immer wieder weiter auf dem Tamburin, wenn wir aufgehört haben. Die Stimme ist durchgehend äußerst leise.

Schließlich beginnt Frau E. wieder in ihrem gewohnten Jammern zu sprechen (Tonhöhe h). Es ist eine Erinnerung von früher, die sie plötzlich beschäftigt. Sie sagt, sie möchte so gerne im Wald spazieren gehen, früher seien sie sonntags immer spazieren gegangen, und das war so schön.

Gleichzeitig hat sie sich damit wohl daran erinnert, das sie jetzt nicht mehr laufen kann, die Traurigkeit hierüber drückt sich in der Stimme aus. Leise beginnt sie schließlich in einer Art Sprechgesang zu singen: »Ich möchte im Wald spazieren geh'n.“ (ebd. S. 87f)

Auch hier übernimmt die Therapeutin den Selbstausdruck der Patientin und es kommt zu einer gemeinsamen musikalischen Gestaltung, die das Leid ausdrückt und zugleich aus der Stimmung des Rückzugs hinausführt: „Da müßten noch mehr Leute dazukommen“ (zum Mitsingen), sagt Frau E., die sonst wegen ihrer Kopfschmerzen nur Ruhe und Stille sucht,

am Schluss dieser Stunde. Auch hier wird mit diesem Zugang ein dieser Frau eigener Weg gefunden, der wieder auffindbar ist. In einer nächsten Begegnung findet sie einen kurzatmigen, schnellen, gebetsähnlich klingenden Sprechgesang mit dem Text „Mach, daß ich nach Hause kann." (ebd. S. 88) Als auch hier die Therapeutin musikalisch reagiert und textlich und melodisch mit Frau E. improvisiert, die ihrerseits wieder dazu trommelt, fragt die Patientin nach einer Weile, welcher Tag es sei. Nach Erhalt der korrekten Angabe sagt sie in plötzlich ruhigem Ton, dass an diesem Tag niemand zu Hause sei: „Lassen wir es, machen wir es wann anders."

Dass es bei solchen Entwicklungen aber nicht vorrangig um eine Aufbesserung der Stimmung geht, was sich natürlich als Wunsch auch beim Therapeuten zunächst einstellt, zeigt der Fortgang, der eher der Tendenz zu folgen scheint, weiteres Leid in dieser Form zu bearbeiten: Das Jammern setzt wieder ein, eine weitere Erzählung folgt, die wiederum in ein auf dieses Leid bezogenes Lied übergeht, dann in Weinen.

Auffällig ist in den Berichten Adams auch, dass fast alle so betreuten BewohnerInnen die Möglichkeit des Sprechens nutzen. Gerade der hier sehr vielfältige Gebrauch der Stimme scheint auch das Erzählen zu begünstigen, so dass die Therapeutin mit der Zeit vieles aus dem Leben der BewohnerInnen erfährt und damit eine individuelle und verstehende Beziehungsgestaltung intensiviert wird.

Auch in einer Diplomarbeit der Hochschule für Musik und Darstellende Kunst Hamburg bildet die Stimme den Schwerpunkt der musiktherapeutischen Arbeit. Jungblut (1999) gibt einen Überblick über Ansätze der Musiktherapie mit Menschen, die nach einem Schlaganfall an Aphasie leiden. Obwohl auch jüngere Menschen einen Schlaganfall erleiden können, so sind hier doch in der Mehrzahl ältere Menschen betroffen, insbesondere in der dargestellten eigenen Praxis, die sich auf die Zusammenarbeit mit Aphasiker-Selbsthilfegruppen bezieht. Die stimmlich-therapeutische Arbeit Jungbluts mit diesen Gruppen gründet zum einen in den physiologischen und neuropsychologischen Zusammenhängen von Sprache, Sprechen und Stimme, die das Singen als therapeutische Hilfe beim Verlust der Sprache nahe legen, zum anderen in der emotionalen und kommunikativen Bedeutung der Stimme. Jungblut betont an dieser Schnittstelle, dass die Stimme im Unterschied zur Sprache in ihren Grundfunktion nicht erworben ist, „sondern eine instinktive und angeborene Funktion dar[stellt], die aus ihrer engen Verbindung zu den evolutionär älteren Teilen des Gehirns begriffen werden muss. Als Träger der Sprache vermittelt sie zwischenmenschliche Bedeutung in der Kommunikation, und sie verleiht als primäres Eindrucks- und Ausdrucksorgan den Aussagen eine psychische und emotionale Wertung." (Jungblut 1999) Neu ist bei Jungblut daher die Verknüpfung einer übenden stimmlichen Arbeit mit einem eher psychotherapeutischen Verständnis, welches Spielräume eröffnen und über den freieren Umgang mit der Stimme und improvisatorischen Arbeitsformen eine unbefangenere Kommunikation in der Gruppenarbeit fördern will. Jungblut geht es darum, dass die Betroffenen „in einer Atmosphäre ohne Leistungsdruck die Erfahrung machen [...] können, dass sie durchaus »etwas zu sagen« haben. [...] Unter dem Eindruck, dass weder die Defizite noch die Leistung im Vordergrund stehen, wird Leistung möglich, was sich etwa in gesteigerter verbaler Aktivität zeigt." (ebd.)[41] Es geht ihr auch um die Verbesserung der Befindlichkeit

[41] Mich erinnern die Erfahrungen Jungbluts an die Funktion des Singens als „Sprachanbahnung" in einem psychologischen Sinne, wie ich sie im Falles des jungen Mann erlebte, der mit dem spontanen Satz „Ich singe, was ich nicht sagen kann", ausdrückte, wie die musiktherapeutische Arbeit ihm zum sprachlichen Ausdruck des Unsagbaren

der Einzelnen und bisweilen auch um Ansätze zu einer Verarbeitung des Einbruchs in das Leben, den der Schlaganfall bzw. die anderen Gründe der Aphasie darstellen.

3. 3. Methodische Flexibilität

Begreift man Suchbewegungen nicht als ein Anfangsphänomen, sondern als eine wesentliche Geste zur Schaffung dessen, was (Psycho-)Therapie kennzeichnet, nämlich die Entstehung und Erhaltung eines offenen Raumes, so führt sie langfristig zu einer methodischen Flexibilität. Die verschiedenen methodischen Polarisierungen, die sich in einem neuen Fach oder Arbeitsgebiet stets entwickeln, werden damit nicht überflüssig und können auch nicht übergangen werden. Eher sind sie so etwas wie Markierungen eines dennoch jeweils individuell zu schaffenden Weges mit dem Patienten.

In der Musiktherapie mit alten Menschen bewegen zwei Pole die Fachdiskussion, die sich vereinfacht und zugespitzt formuliert um die Frage drehen: Kann man mit alten Menschen nur Lieder singen, weil sie nichts Neues mehr aufnehmen können und wollen oder ist ebenso das Mittel des gemeinsamen musikalischen Improvisierens ein Weg, der auch mit alten Menschen die Möglichkeiten des persönlichen Ausdrucks und der Beziehungsaufnahme ermöglicht? Es lässt sich zeigen, dass beide Positionen uns auf wichtige Möglichkeiten des Verfehlens der therapeutischen Begegnung hinweisen. So macht Muthesius als Vertreterin der ersten Auffassung auf die Gefahr aufmerksam, dass der Musiktherapeut möglicherweise aus eigenen professionellen Interessen oder persönlichen Vorlieben heraus das Mittel der Improvisation bevorzugt und somit gegen die Bedürfnisse alter Menschen anzuwenden versucht. (vgl. Muthesius 1990a, S. 139 u. 1997, S. 87) Auf der anderen Seite finden sich – auch in der veröffentlichten Literatur – eindrucksvolle Beispiele dafür, dass eine Verengung auf das Singen alter Lieder ebenfalls dazu führen könnte, Zugangswege nicht zu finden (z.B. Loos 1997, Dehm 1997, Grün 1997, Dehm-Gauwerky 2000). Eine Tendenz in der Literatur scheint mir zu sein, dass sich vor allem in geschilderten Einzelsituationen mit einem alten Menschen eher auch improvisatorische Zugänge finden lassen, während die soziale Situation der Gruppe eher auf das Singen von Liedern zentriert.

Die AutorInnen der hier betrachteten Arbeiten zeigen hinsichtlich dieser Frage, dass ein Entweder-Oder hier weder erwünscht noch notwendig ist. Das Singen von Liedern wird ebenso selbstverständlich gehandhabt wie andere Arbeitsformen. Lieder werden gemeinsam gesungen oder auch vorgesungen. Aus ihnen entstehen Gespräche, die wiederum in ein stilles gemeinsames Summen übergehen können oder in etwas Improvisiertes, mit der Stimme und/oder mit Instrumenten münden, auch ins Tanzen oder in Bewegungs- oder Atemübungen. Ebenso können Übungen oder Gespräche in Lieder übergehen, in bekannte wie in solche, die im Moment aus der Beziehung heraus entstehen. Wie geschildert kann es zur Wieder-Gabe der eigenen Musik kommen und diese kann erneut zum Singen anregen. Wie in anderen psychotherapeutischen Bereich kann dies alles auch in Schweigen übergehen, welches viele Farben, viele Bedeutungen und Beziehungsformen beinhalten kann. Als eine Besonderheit der Arbeit mit alten Menschen, wie auch mit anderen Schwerkranken oder Sterbenden ist zusätzlich der Übergang in den Schlaf zu nennen, wie Dehm-Gauwerky dies eindruckvoll schildert (s. S. 143ff in diesem Band).

verhalf. In der Verfassung der gesprochenen Sprache unterlag das Seelische hier einer fundamentalen Spaltung, die u.a. mit Hilfe des freien Singens allmählich überwunden werden konnte. (Tüpker 1988/1996, S. 110ff)

Auch die ältere methodische Unterscheidung von rezeptiver und aktiver Musiktherapie erweist sich als nicht mehr sinnvoll, wie dies Friederike von Hodenberg auch für die Arbeit mit jungen todkranken Patienten ausgeführt hat (1993). Stärker als in anderen Bereichen singen oder spielen die TherapeutInnen in diesem Bereich auch *für* ihre PatientInnen, ohne dass dies als ein gesondertes Verfahren abgegrenzt wird. Auffällig – und im Gegensatz zu dem, was früher meist unter rezeptiver Musiktherapie verstanden wurde – ist dabei allerdings, dass die TherapeutInnen hier selbst („live") für die PatientInnen singen und spielen. (Auch Heinze stellt in ihrer Befragung fest, dass MusiktherapeutInnen, die mit Sterbenden arbeiten, eher selbst Musik vorspielen als von Tonträgern, 2002, S. 24) Dass dies eine völlig andere Art des Hörens und der Beziehung schafft als das Hören vom Tonträger, wird vermutlich jedem nachvollziehbar sein, der es erleben durfte, dass ein Mensch (nur) für ihn oder für sie spielt oder singt. Es ist eben nicht (nur) „die Musik", die so oder so wirkt, sondern das Mittel der Musiktherapie ist die musikalische Beziehung.

Womit ich nun keinesfalls ein neues Tabu bezüglich des therapeutischen Umgangs mit Musik vom Tonträger aufstellen will. Wohl aber erscheint mir die unreflektierte Musikberieselung in Altenheimen oder auch auf Stationen, womöglich durch „Laufen lassen" eines Radiosenders, nicht förderlich, sondern eventuell sogar eine Verletzung, der die Betroffenen ausgesetzt sind, ohne dass sie sich dessen erwehren können.

Auch in einer Diplomarbeit des Berliner Studiengangs Musiktherapie (Löwe 2000) zeigt sich eine im Verlauf der Arbeit mit der 89-jährigen vereinsamten Frau Anton zunehmende methodische Flexibilität, die aus der Resonanz auf die Bedürfnisse der schwächer werdenden Frau entsteht.

Methodische Flexibilität meint nicht Beliebigkeit und ist kein bunter Laden an Angeboten. Sie meint nicht Standortunabhängigkeit, denn sie ist eben auch methodisch, das heißt: bedacht, Regeln folgend, bezogen auf ein Grundverständnis seelischen Geschehens. Sie meint Aufmerksamkeit, Formbarkeit und Mitbewegung. Sie ist eine aus der Beziehung und der augenblicklichen Situation heraus entstehende Plastizierbarkeit des Therapeuten für das, was sich vom Patienten aus entwickeln will – ohne dass dies erschwert oder behindert wird etwa durch das, „was der Therapeut sich für diese Sitzung vorgenommen hat" oder was er meint, was dem Patienten „gut tut". Musiktherapie mit alten Menschen ist eben kein verspäteter Musikunterricht und auch keine Mildtätigkeit. Sie ist eine Hilfe zum Selbstausdruck durch Resonanz und Interesse, ist ein richtungsoffenes Angebot der Begegnung, die der Patient nutzen kann oder auch verweigern.

Beispiel Frau F.

Zur Veranschaulichung und Konkretisierung seien hier einige längere Ausschnitte aus der Arbeit von Schneberger-Nowitzky (2001) wiedergegeben:

Die 82-jährige **Frau F.** ist Patientin einer gerontopsychiatrischen Station. Sie leidet an einer Demenz gemischter Genese mit paranoider Symptomatik sowie an Störungen der Wahrnehmung und der Orientierung. (Sie hält sich selbst für weit über neunzig, erinnert auch bedeutsame Ereignisse der jüngeren Vergangenheit nicht, verläuft sich auf der Station etc.) Auf die Therapeutin macht sie einen „sehr gepflegten, fast vornehmen Eindruck" und sie „hat eine sehr freundliche, liebevolle Art (...), ist überaus höflich, zurückhaltend und dankbar, wenn sie Hilfe erhält." (ebd. S. 89)

Frau F. hat seit ihrer Jugend Gitarre und Laute gespielt und lange Zeit im Chor gesungen. Der Musiktherapie gegenüber ist sie sehr aufgeschlossen. „Singen möchte sie allerdings nicht so gerne, da sie sehr unter der Veränderung ihrer Stimme leidet (...). Sie probiert jedoch mit großer Neugierde alle Instrumente im Musiktherapieraum aus und hat bald ihre Lieblingsinstrumente gefunden: Chimes[42] und Trommeln. (...)." (ebd. S. 89f)

Ausschnitt aus einer Stunde nach dreimonatiger Einzeltherapie:

„Frau F. ist heute schlecht orientiert und immobil. Darum entscheide ich mich für eine Musiktherapiesitzung auf dem Zimmer. Als Instrumente habe ich eine Handtrommel, eine Oceandrum[43] und ein kleines Glockenspiel mitgebracht.

Mt	Guten Morgen Frau F., ich möchte gerne mit Ihnen Musik machen. (Gebe ihr die Hand, lächele sie an und setze mich ihr gegenüber.)
Frau F.	Früher, da hab ich ja Gitarre gespielt.
Mt	Gitarre ist ein sehr schönes Instrument.
Frau F.	Mein Gott, das hab ich alles verlernt.
Mt	Sie sind traurig, dass sie nicht mehr Gitarre spielen können.
Frau F.	Ja nun, dass ist sehr schade. Und im Chor, da hab ich auch gesungen, ich hatte immer eine sehr schöne Stimme.
Mt	In einer Gruppe zu singen, macht viel Spaß. Welche Stücke haben Sie denn im Chor gesungen?
Frau F.	Nun ja, Choräle. Aber wenn ich jetzt singe, dann nur alleine.
Mt	Sie singen nicht mehr gerne mit anderen
Frau F.	Nein, aber ich hab heut morgen Instrumente ausprobiert. Nur ganz leise. Ich hab mich nicht getraut laut zu spielen.
Mt	Sie haben auf den Instrumenten gespielt, welches hat Ihnen denn am besten gefallen?
Frau F.	Nun ja, die Trommel, die mochte ich, aber nur ganz leise.
Mt	Schauen Sie mal, ich habe Ihnen heute auch eine Trommel mitgebracht. (Halte ihr die Handtrommel und Schlägel hin.)

Frau F. nimmt den angebotenen Schlägel und beginnt vorsichtig auf die Handtrommel zu schlagen. Ich nehme den anderen Schlägel und indem ich auch vorsichtig auf der Handtrommel spiele, spiegele ich ihr Spiel. Nach einiger Zeit werde ich lauter, halte jedoch

[42] Chimes sind kleine hängend angebrachte Metallstäbe (Vollmetall: Messing oder Aluminium), die tonal gestimmt sind und so angeschlagen werden, dass die Klänge ineinander verschwimmen. Sie klingen – wenn man sie nicht abdämpft – sehr lange nach. Sie können sehr zart klingen, vergleichbar einem Glockenspiel. Schlägt man sie heftiger, kann man allerdings auch einen ziemlichen Krach damit machen.

[43] Geschlossene Rahmentrommel, in deren Hohlraum sich viele kleine Metallkugeln befinden, so dass sie das Rauschen des Meeres zu imitieren scheint. Auch bei kleinen Spielbewegungen – man schlägt sie weniger als dass man sie sanft hin und her bewegt – entsteht schon viel Klang.

den von ihr vorgegebenen Rhythmus bei. Frau F. geht gut mit und spielt nun auch lauter. Als nächstes variiere ich den Rhythmus. Dadurch geht unser Spiel plötzlich in eine Art Dialog über. Plötzlich laufen Frau F. Tränen über ihre Wangen.

Frau F. Früher, da hab ich immer mit den anderen musiziert.

Mt Sie vermissen sie so sehr. (Ergreife ihre Hand.)

Frau F. (Schaut mich traurig an.) Ich will Ihnen ein Lied vorsingen, aber ich weiß den Text nicht.

Mt Ist es ein trauriges Lied?

Frau F. (Beginnt zu singen) „Alles hat ein Ende nur die Wurst hat zwei, es ist vorbei, es ist vorbei." Ne, ich kann den Text nicht. Ach ja, alles geht zu Ende. (Schaut mich an und beginnt zu lächeln.)

Mt (Streichele Frau F.s Hand)

Frau F. Na, Sie sind eine Liebe, wie meine Enkeltochter.

Mt Sie haben eine nette Enkeltochter. Die besucht Sie oft.

Frau F. Ja sicher. (Lächelt mich an und streichelt meine Hand.)

Mt Es ist schön, eine nette Familie zu haben.

Frau F. lächelt mich an. Ich schlage vor, noch ein Lied zu singen. Frau F. wählt „Ännchen von Tharau" und wir singen gemeinsam die erste Strophe.

Frau F. So, jetzt will ich mal nach den anderen sehen. (Sie steht auf und verlässt das Zimmer.)" (ebd. S. 90ff)

Auch in den weiteren Stundenprotokollen dreht es sich viel um Verlorenes, was betrauert werden darf, wozu die Therapeutin ermutigt – entgegen der Selbstbeurteilung von Frau F. „Ach, ich bin eine Heulsuse." Der Verlust der schönen Stimme, der immer wieder beklagt wird, scheint auch für anderes zu stehen und es ist interessant, wie die akzeptierende und nicht zum Singen drängende Haltung der Therapeutin sich hier auswirkt. Die Therapeutin bringt jeweils zum Ausdruck, dass sie die Trauer verstehen kann und bietet später alternativ Instrumente an, womit sie ja zugleich die Weigerung zu singen anerkennt. Die Patientin greift das auf, es kommt zu einem Zusammenspiel und *in* diesem Vorgang hebt sich die selbstkritische Hemmung auf, so dass Therapeutin und Patientin dann überraschenderweise immer wieder mit Freude und großer Zufriedenheit auch miteinander singen können. Es scheint mir offensichtlich, dass hier mit der Wiederholung dieser Szenen zugleich andere Verluste durchgearbeitet werden, ohne dass diese noch benannt werden können: Frau F. hat nicht nur als Kind ihre Mutter verloren, sondern später durch Krankheit bzw. Unfall zuerst ihren Mann und später beide Kinder. Auf der Ebene der verbalen Kommunikation wirkt es so, als erinnere sie die Tode des Ehemannes und der Kinder nicht. Hier fällt die umgangssprachliche Formulierung ein, dass einem ein solches Schicksal schon die Stimme verschlagen kann. Wenn dann dieser Schmerz in angemessenen, verkraftbaren „Portionen" *sein* darf und in der Beziehung Resonanz findet, dann kann auch die eigene Stimme wiedergefunden werden – wie auch die hier deutlich spürbare positive Grundgestimmtheit als ein Wesensmerkmal. Frau F. formuliert ihr

Erleben dieser therapeutischen Begegnung mit den Worten: „(...) Aber jetzt ist es genug für heute. Es ist schön, dass man immer noch auf Menschen wie Sie trifft, die einem was zu sagen haben." (ebd. S. 95)

3. 4. Methodische Probleme

Frau F. weiß das therapeutische Angebot auch in seiner Begrenztheit zu nutzen. Sie teilt etwas von ihrer Trauer mit der Therapeutin, fühlt sich verstanden, nutzt die angebotenen Möglichkeiten der Musik, ihre Stimmung hellt sich auf, sie findet zu sich zurück – und dann geht sie. Sie braucht die Therapeutin dann nicht mehr, kann sich anderen Beziehungen zuwenden. So ist es idealiter gedacht. In vielen anderen Fällen ist das aber nicht so einfach und klar zu begrenzen. Vielmehr stellt gerade das Finden und Halten einer professionellen therapeutischen Beziehung eines der methodischen Probleme dar, welches sich in den Fallberichten häufiger zeigt.

Gemeint ist mit dem Begriff der Professionalität der therapeutischen Beziehung hier nicht emotionale Steifheit, Teilnahmslosigkeit, oder gar Gleichgültigkeit, Desinteresse oder Abgestumpftheit – auch nicht lediglich ein bestimmtes Maß an Distanz, welches sich wie ein fester Abstand einhalten ließe. Professionalität wird missverstanden oder diskreditiert, wenn sie in Gegensatz zu Menschlichkeit, Natürlichkeit oder Echtheit gestellt wird. Eine therapeutische Beziehung ist per definitionem eine *menschliche* Beziehung, die auch eine ihr eigene Echtheit und Natürlichkeit gewinnen kann. Sie ist aber ein Spezialfall menschlicher Beziehung, die sich von den Alltagsbeziehungen unseres Lebens unterscheidet: von der Beziehung zwischen Eltern und Kindern, Großeltern und Enkeln, geschwisterlichen Beziehungen, Liebesbeziehungen, Freundschaften oder Kollegialität. Vom Patienten aus kann und darf zwar all das an der Person des Therapeuten erlebt werden (das ist es, was wir Übertragung nennen), aber die therapeutische Beziehung bedarf auch des Beziehungsraumes, in dem es – nicht zu jedem Zeitpunkt, aber grundsätzlich – möglich ist, die Differenz zwischen Übertragung und Alltagsbeziehung auszumachen. (Auch in der Kindertherapie kann das Kind die Empfindungen zur Mutter mit der Therapeutin reinszenieren, aber ebenso wichtig ist es, dass es nicht zu einer Adoption – auch nicht im Kopf – kommt.) Die therapeutische Beziehung ist darauf ausgerichtet, dass der Patient *nach* der Therapie in seinen Alltag zurückkehrt, in die Wirklichkeit seiner Alltagsbeziehungen. Sie ist primär eine Beziehung, die über sich hinaus gehen und auf andere Beziehungen verweisen will.

Genau dies ist aber in der Arbeit mit alten Menschen manchmal schwierig und muss zum Teil auch neu definiert werden. Die eine Ursache dafür ist in der defizitären Umgebung zu finden: Wenn – aus welchen Gründen auch immer – keine Kinder, Enkel oder Freunde mehr zu Besuch kommen, so ist die Tendenz zur inneren Adoption der jungen Musiktherapeutin als liebenswürdige und zugewandte (Ersatz-)Enkelin nicht schwer nachzuvollziehen – aber durchaus schwer zu handhaben. Insbesondere bei dementen Menschen ist zusätzlich die Ebene bzw. Ursache der „Verwechslung" letztlich nicht mehr auszumachen. Wenn es – für einen bettlägerigen Menschen – keine anderen Kontakte mehr gibt als die Pflegekräfte, die noch dazu durch verschärfte Abrechnungssysteme („Module" – ein Begriff aus dem Bereich technisch-ökonomischer Normierung!) an der Beziehungsgestaltung mehr und mehr gehindert werden, so gibt es keinen Alltag und keine Alltagsbeziehungen, auf die hin Therapie ausgerichtet sein kann. So beklagt Holtermann in Bezug auf ihr Erleben des Heimes, in das Frau Menzel im letzten Teil der Zusammenarbeit zurückgezogen ist: „Ich habe allerdings weiterhin Schwierigkeiten damit, ohne Resignation

zu akzeptieren, (...) dass (...) ich (..) jedes Mal neu mit den Auswirkungen einer in ihrem (Frau Menzels) Gefühl häufig feindlichen und befremdlichen Umgebung konfrontiert bin." (2001, S. 87)

Besonders in der Berliner Arbeit von Löwe (2000) wird anhand der ersten Begegnung mit ***Frau Anton*** eine Situation geschildert, der mit musiktherapeutischer Methodik allein nicht begegnet werden kann: „Sie saß in einem Rollstuhl allein an einem einzelnen Tisch im Gang des Pflegeheimes. Frau Anton war an den Rollstuhl geschnallt und dieser so zwischen Tisch und Wand verkeilt, dass er nicht wegrollen konnte. Sie hatte unaufhörlich den Impuls aufzustehen, ihr ganzer Körper war in ständiger, unruhiger Bewegung. Oftmals schon, so die Erklärung meiner Kollegin, war es ihr geglückt, sich aus dieser Lage zu befreien." (S. 39) Später heißt es: „Frau Anton ist seit eineinhalb Jahren in diesem Pflegeheim. Sie wurde aus einem Krankenhaus in die jetzige Einrichtung überwiesen. Warum sie dorthin gelangt war, aus welchem Lebenszusammenhang heraus und in welchem körperlichen und geistigen Zustand, ist nicht übermittelt worden. Zu ihrer persönlichen Lebensgeschichte, zu Beruf, Wohnort, familiären Verhältnissen sind weder in Kranken- noch in Sozialakte Anmerkungen zu finden. Nicht einmal der Geburtsort ist dort vermerkt gewesen und erst kürzlich (...) hinzugefügt worden. Von Bekannten und Angehörigen gibt es keine Kenntnisse, auch nicht vom früheren sozialen Umfeld." (S. 41)

Es ist konsequent, dass Löwe angesichts dieser erlebten Realität in ihrer Diplomarbeit nicht nur die Entwicklung der eigenen musiktherapeutischen Methodik untersucht und darstellt, sondern auch mit einem Forderungskatalog (S. 111) endet, der aus der sogenannten Milieutherapie kommt, aber im Grunde auch als Forderung der Umsetzung der Menschrechte für alte Menschen in einer solchen Pflegeeinrichtung gelesen werden kann.

Eine weitere Ursache der methodischen Probleme in der Rollenabgrenzung liegt in der Veränderung des Seelischen durch dementielle Erkrankungen oder anders begründete Abbauprozesse selbst begründet. Es ist anzunehmen, dass bestimmte Unterscheidungen seelisch nicht mehr verfügbar sind, auf die ein klassischer Umgang mit Übertragungsphänomenen beruht. Durch die Lockerung der kognitiven Strukturen heben sich auch wirklichkeitsstrukturierende Zusammenhänge auf. Bezogen auf die Zeit z.B. sind Erfahrung und Erleben des dementen Menschen in fortgeschrittenem Stadium nicht mehr in ein gewohntes „Früher – Jetzt – Demnächst" gegliedert. Die liebevolle Zuwendung einer Pflegerin in einer gelingenden Kommunikation ist nicht *wie* die Zuwendung der pflegenden Mutter der frühen Kindheit, sondern sie knüpft direkt an diese an. Ebenso ist es, wenn Härte, Kälte oder Grobheit den Umgang prägen. Sie können einen Menschen, der ähnliches als Kleinkind erlebt hat, zurück in die Grobheit und Härte der frühen Kindheit stoßen oder in die Kälte in der Gefangenschaft, die harten Bedingungen der Flucht etc. Der geistig geschwächte Patient (dies gilt in bestimmten Fällen auch für jüngere Schwerstkranke) ist seiner Umgebung nicht nur körperlich ausgeliefert, sondern eben auch dadurch, dass die aktuellen von außen kommenden Erfahrungen sich widerstandslos – nicht durch die Trennschärfe eines funktionstüchtigen Ichs gefiltert – mit früheren Erfahrungen assoziativ verknüpfen. Dies gilt im Guten wie im Schlechten. Diese seelische Wirklichkeit gilt es im pflegerischen wie im therapeutischen Kontakt stets zu bedenken und zu berücksichtigen.

Eine wiederum andere Konstellation liegt dann vor, wenn es das „nach der Therapie“ (auch wenn es nur den Rest dieses Tages, der Woche etc. meint) kaum noch gibt. Dies kann in der Arbeit mit sterbenden oder siechenden Menschen der Fall sein, wenn die Person des Therapeuten tatsächlich zu (einer) der wichtigsten Personen dieses letzten Abschnittes geworden ist. Dann ist da – zumindest auf die Gegenwart und Zukunft bezogen – kein Anderes, auf das die Therapie hin ausgerichtet sein kann. Hier ist diese Beziehung zwischen Therapeut und Patient dann – wie sonst in Therapien manchmal auch, aber nicht in dieser Absolutheit – Begegnung dieser beiden Personen, die weit über das Professionelle hinaus geht. Häufen sich solche Situationen, so kann dies leicht zu einer Überforderung des Therapeuten führen und es ist wichtig, außerhalb des direkten therapeutischen Kontaktes nach Entlastung und Ausgleich zu suchen.

Ein weiterer methodischer Problemkreis rankt sich um die Frage der Zusammenarbeit mit Angehörigen und den anderen Mitarbeitern auf der einen Seite und dem üblichen Schweigegebot für das, was in einer therapeutischen Beziehung geschieht. Was darf der Therapeut mitteilen, was nicht? Ähnliche Konfliktlagen stellen sich in der Arbeit mit Kindern oder mit geistig Behinderten, die an Betreuungspersonen gebunden sind.

Es gibt für diese besonderen methodischen Probleme keine allgemein gültigen Lösungen. Wichtig ist es aber zunächst – soweit dies möglich ist – zu unterscheiden, welches jeweils die Gründe für auftretende Schwierigkeiten sind. Insbesondere im Hinblick auf die defizitäre Umgebung kann es nämlich z.B. wichtig sein, diese nicht durch methodische Veränderungen innerhalb der Therapie zu ändern zu suchen – etwa indem man mehr „Distanz“ aufbaut. Vielmehr gilt es hier, die Grenze der therapeutischen Beeinflussbarkeit zu erkennen bzw. zu erkunden und im Team zu besprechen, wie die Defizite des Alltags der Betreffenden durch Veränderungen in der Arbeit des gesamten Teams, der Institution und mit Kräften außerhalb der Institution, gerade auch mit Ehrenamtlichen, zu erreichen wären. Auch deshalb ist es so wichtig, dass die (musik-)therapeutische Arbeit in all den Institutionen, in denen (kranke) alte Menschen betreut werden, mehr Kontinuität erfährt, damit Erfahrung sich umsetzen kann in Veränderung und eine Zusammenarbeit entstehen kann, wie sie nur dann möglich ist, wenn die verschiedenen Berufsgruppen lange und stabil genug als Team zusammenarbeiten. Zur Professionalität des Musiktherapeuten in der Altenarbeit gehört daher auch die Zusammenarbeit im Team und manchmal kann es sinnvoll sein, einen Teil der eigenen Arbeitskraft in die Verbesserung der Umgebung der Betroffenen zu investieren, sei es nun durch sozialpolitische Aktivitäten, Mitarbeit in der Organisation einer Institution oder durch die Zusammenarbeit mit Menschen, die bereit sind sich ehrenamtlich für alte Menschen zu engagieren. Ein zu eng gefasstes Berufsbild wird hier sonst letztlich auch die Wirksamkeit der musiktherapeutischen Arbeit beeinträchtigen.

3. 5. Entwicklung der therapeutischen Erfahrung

Die Praxisbeispiele der Diplomarbeiten sollen abgeschlossen werden mit einigen Zusammenfassungen, die noch einmal die Richtung der Entwicklung der hier dargestellten therapeutischen Erfahrungen aufzeigen. Diese hat dabei verschiedene Aspekte, die von der Veränderung des subjektiven Erlebens der Klientel über methodischen Aussagen bis hin zu der Veränderung der therapeutischen Haltung durch die reflektierte Erfahrung gehen.

Andreas Stark beschreibt die Veränderung des eigenen subjektiven Empfindens: „So hat sich mein Eindruck vom Statischen, Immergleichen und »Verinselten« inzwischen gewandelt. Was mir jetzt auffällt, ist ein Geflecht von Interaktionen, persönlichen

Ausdrucksformen, Eigenheiten und Beziehungen, von den Patienten untereinander, zwischen mir und den Patienten sowie dem Pflegepersonal und den Patienten. (...) Gerade bei diesen so verinselt wirkenden, ganz in ihrer eigenen Welt lebenden Menschen kann die Musik eine wichtige gemeinschafsbildende Rolle spielen. Und gerade die improvisierte Musik kann dazu beitragen, um sich in die fremd anmutende Welt dieser Menschen einzufühlen." (Stark 1999, S. 97)

Adams skizziert Entwicklungszüge aus Sicht der Bewohner des Altenheimes sowie unter methodischen Gesichtspunkten: „Für diese Menschen, die auf ihr Lebensende zugehen, müssen allerdings besondere Wege therapeutischer Arbeit gefunden werden. (...) Hier geht es darum, Hilfestellung, Erleichterung und Begleitung für den oft schmerzlichen Lebensabschnitt anzubieten und zu geben." (1998, S. 97) „Der Patient ist immer der Ausgangspunkt. Seine Äußerungen – durch Atem, Sprechstimme, Gestik, Mimik oder gesungene Töne – sind Anknüpfungspunkt für den Therapeuten in seinen Interventionen." (S. 98) Bezogen auf die dargestellte Stimmarbeit lassen sich verschiedene Wirkungsbereiche benennen: „Beruhigung und Lösung von Verspannung, aber auch Aufarbeitungs- und Bewältigungsansätze der Vergangenheit sowie Vertiefung emotionaler Erlebensqualität. Einen wichtigen Aspekt der Stimmarbeit stellt die stellvertretende Äußerung des Therapeuten dar. Seine innere Einstellung spielt hierbei eine ganz zentrale Rolle: So kann auch ein schwerkranker Mensch Zuwendung, Mitgefühl und Begleitung des Therapeuten in seiner Stimme wahrnehmen. Dieses Feld beinhaltet eine hohe Verantwortung des Therapeuten. Als mögliche Hilfe bietet sich die Einbeziehung von stärkender Imagination bei der Stimmimprovisation an. Hierbei ist eine Einfühlung in den Patienten und seine Bedürfnisse erforderlich." (S. 97)

Auch Schneberger-Nowitzky weist auf grundlegende methodische Ergebnisse durch die Verknüpfung von Validation und Musiktherapie hin. Sie betont zum einen, „dass das gesamte musiktherapeutische Setting auf die (...) Klienten, in der Einzel- wie auch Gruppentherapie, individuell zugeschnitten sein (muss)" (2001, S. 101). Dies erscheint mir persönlich eine besonders wichtige Aussage, da ich mich oft des Eindrucks nicht erwehren kann, dass die Frage der Indikation von Gruppen- oder Einzeltherapie kaum gestellt wird, weil die finanziellen Mittel für eine Einzelbetreuung nicht zur Verfügung gestellt werden, dies dann aber kaschiert wird mit schön klingenden Allgemeinplätzen wie ‚Gemeinschaftserlebnisse schaffen', ‚soziale Kontakte fördern' etc. Auch Wynhoff schreibt dazu für die Arbeit im Altenheim: „Es geht allerdings nicht um Aktivierung und Sozialkontakte um jeden Preis. Ausgangspunkt muß in jedem Fall die individuelle Befindlichkeit sein. Es darf nicht versucht werden, den alten Menschen ihre Gefühle und Sorgen auszureden. Der Wunsch nach Einsamkeit muß ebenso akzeptiert werden wie der Wunsch nach Kontakt." (1990, S. 52)

Zum anderen konkretisiert Schneberger-Nowitzky, dass immer sowohl der Grad der dementiellen Erkrankung zu beachten ist als auch die individuellen Ressourcen, Interessen und Vorlieben, die starken Schwankungen des Befindens und der Verfassung von Tag zu Tag, und „vor allem (zu achten ist) auf geäußerte Gefühle, die auch in weit fortgeschrittenem Stadium der Erkrankung (...) zum Ausdruck gebracht werden können." (2001, S. 101f)

Holtermann beschreibt die Richtung der eigenen therapeutischen Erfahrung durch die lange Behandlung der demenzkranken Frau Menzel zunächst vor allem als einen Abbau erhöhter Erfolgserwartungen. Dabei wird m.E. hier besonders gut deutlich, dass es aber nicht nur um ein „Weniger" geht, sondern dass daraus ein „Anders", eine andere Qualität der Arbeit und der Beziehung erwächst. „Sobald ich auch nur die kleinste Spur von

Ungeduld entwickelte, wurde sie unruhig und »sperrte« sich – Ungeduld ist auch nur eine Spielart der Aggression. Blieb ich ruhig, auch ohne viel »anzubieten«, kam sie offen auf mich zu und brachte Eigenes ein.“ (1995, S. 86) „Meine überhöhten Ansprüche an Frau Menzel im Anfang spiegelten ein idealisierendes Altersbild, das im Grund meine Angst vor einer realistischen Wahrnehmung der geschädigten Identität einer demenzkranken Frau verdeckte.“ (S. 87) Holtermann fasst die gewonnene Haltung in dem Motto zusammen: „erwarte nichts, trau alles zu und verschone nicht“ (S. 87) und stellt wie Schneberger-Nowitzky das „Grundbedürfnis nach Annahme und Respekt“ sowie die jedem Menschen zu gewährende „Möglichkeit (...) sich kreativ auszudrücken“ (S. 88) in den Mittelpunkt ihrer abschließenden Überlegungen.

4. Musik und Lebenserfahrung

4. 1. Das Projekt

Erstmals 1999 fand an der Universität Münster eine Veranstaltung mit dem Titel ‚Musik und Lebenserfahrung’ statt. Sie war mit folgendem Text im kommentierten Vorlesungsverzeichnis des Studiums im Alter angekündigt: „In dieser Gruppenarbeit können Sie musiktherapeutische Arbeitsmethoden in der eigenen Erfahrung kennenlernen. Diese bestehen in einem Wechsel zwischen dem gemeinsamen Spiel auf Instrumenten und dem Austausch im Gespräch. Dabei ist erfahrbar, dass es Musikinstrumente und Formen des Musizierens gibt, die jedem Menschen zugänglich sind. Deshalb ist es für diese Übung nicht erforderlich – aber ebensowenig hinderlich – ein Instrument erlernt zu haben. (Es hat sich gezeigt, daß die Zuschreibung »unmusikalisch« vielen Menschen den Weg zur Musik zu Unrecht versperrt hat – oft trotz großer Liebe zur Musik. Hier versteht sich diese Gruppenarbeit auch als Chance, diese Zuschreibung zu hinterfragen.) Inhaltlicher Bezug der musikalischen und außermusikalischen Arbeit dieser Gruppe soll die Lebenserfahrung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sein, ihre Höhen und Tiefen, Krisen und Weiterentwicklungen.“ Im Sommersemester 2001 fand eine zweite Gruppe dieser Art statt (vgl. Hippel, Laabs S. 56 in diesem Band).

Im Rahmen meiner eigentlichen Aufgabe als Leiterin des Studiengangs Musiktherapie sollte diese von mir geleitete Gruppe für die Studierenden der Musiktherapie eine Erfahrung innerhalb des Studiums schaffen, die uns dazu verhelfen sollte, einen Teil all der kleinen, aber wichtigen Fragen der musiktherapeutischen Gruppenarbeit durch die direkte Beobachtung aufzufinden und miteinander zu besprechen. Dazu sollte eine Gruppe von acht Studierenden durch eine Einwegscheibe den Gruppenprozess miterleben. Diese Studierenden hatten die Aufgabe, Protokolle der Stunden zu schreiben und wir trafen uns zwischen den Gruppenstunden zu ausführlichen Nachbesprechungen. Vorbedingung für die Teilnahme an der Beobachtungsgruppe war eine ausreichende eigene Lehrmusiktherapie und ein gewisser Stand im Studium. Eine Studentin, ein Student wirkte jeweils in der Gruppe selbst in der Funktion einer Co-Leitung mit.

> Die Studierenden im Alter waren auf diese Situation im Ausschreibungstext mit folgenden Worten vorbereitet worden: „Diese Veranstaltung stellt einen Versuch dar: Studierende des Zusatzstudiengangs Musiktherapie sollen – in angemessener Zahl – die Möglichkeit haben, der Gruppe von einem Beobachtungsraum aus beizuwohnen. Damit wollen wir einerseits die Qualität der musiktherapeutischen Ausbildung verbessern und andererseits anderen Studierenden ein Kennenlernen des neuen Faches Musiktherapie ermöglichen. Fragen wie z.B. die, ob und in welcher Form eine solche Situation des »Beobachtet-Werden« zumutbar ist, sollen in der

> Vorbesprechung geklärt werden. Es besteht außerdem die Möglichkeit der telephonischen Vorabklärung von Fragen (...)“

Zur Vorbesprechung erschienen zunächst 16 Personen, einige davon hatten sich zuvor telefonisch bei mir informiert. Die erste Gruppe wurde dann mit 12 Personen durchgeführt. In der zweiten Gruppe 2001 waren es etwas weniger – u.a. war dies eine Empfehlung aus der Auswertung der ersten Gruppe. Die Beobachtungssituation erwies sich für die TeilnehmerInnen der Gruppe als weitgehend unproblematisch, sie wurde im Verlauf gelegentlich angesprochen und reflektiert, auch spielerisch gehandhabt (z.B. beim Zu-spät-Kommen mal selbst in den Beobachtungsraum gehen und einen Augen-Blick von da aus nehmen). Für die Musiktherapiestudierenden war der Lerneffekt hoch, was mit ein Grund dafür war, das Projekt zu wiederholen. Da es an dieser Stelle nicht um die Ausbildungsaspekte geht, sondern um die Darstellung dieses Gruppenkonzeptes für ältere Menschen (also ohne eine solche Einbindung), werde ich im Folgenden nicht auf diese Fragen eingehen. Vielmehr konzentriert sich die Darstellung auf das hier entwickelte Konzept als eine Arbeitsform, die sich in all den Bereichen durchführen ließe, in denen es nicht um eine *Therapie* für alte (kranke) Menschen geht, sondern um ein selbsterfahrungsnahes Angebot, welches neue musikalische Erfahrungen in der Verknüpfung mit eigenen Lebenserfahrungen ermöglicht.[44] Es kann genutzt werden, bisher unerfüllte Wünsche in Bezug auf Musik zu verwirklichen, negative Erlebnisse mit Musik durch bessere Erfahrungen wieder gut zu machen sowie eine Erweiterung des Ausdrucks und der musikalischen Kommunikation in einer Gruppe zu erleben.

Aus Gründen der Vereinfachung beziehe ich mich in den folgenden Ausführungen meist auf die erste Gruppe, zumal diese Gruppe durch einen Fragebogen, den die Teilnehmerinnen nach Abschluss des Projektes beantworteten, nachuntersucht wurde.

4. 2. Zur Gruppe und Art der Gruppenleitung:

Vom Alter her gehörten die TeilnehmerInnen zur Gruppe der „jungen Alten“, wie die WHO in ihrer Einteilung die 55- bis 70-jährigen nennt. „Die sind doch gar nicht alt.” war denn auch die Empfindung der beobachtenden Studierenden. Fast alle waren – unterschiedlich lang – im Ruhestand und nahmen am „Studium im Alter” teil, dass die Universität Münster anbietet. Belegte Fächer waren Geschichte, Psychologie, Soziologie, Theologie, Musik, Niederländische Sprache und Literatur, Gerontologie und das spezielle Zertifikatsstudium zur Förderung der Sozialkompetenz, welches im Rahmen des Studium im Alter angeboten wird. Von den früheren Berufstätigkeiten und dem gesellschaftlichen Stand her war die Gruppe im mittleren bis höheren sozialen Milieu anzusiedeln. Charakteristisch waren auch die vielen anderen kulturellen und sozialen Aktivitäten, von denen innerhalb der Gruppen immer wieder erzählt wurde.

In der Vorbesprechung war erklärt worden, dass es sich nicht um eine Therapiegruppe handele, dass die Veranstaltung aber auch kein Seminar im üblichen Sinne sei, da es kein Programm gäbe, sondern die Gruppe selbst bestimme, welche Richtung das Ganze nähme; dass es um Persönliches und Privates gehen dürfe; dass die Gruppe und jeder Einzelne selbst hier das richtige Maß finden müsse. Dabei wurde die einmal gefallene Formulierung: „Das ist ein Experiment, was wir hier machen.“ später von den TeilnehmerInnen mehrfach

[44] Als ein Angebot, welches die aus der Musiktherapie gewonnenen Erfahrungen auf einen nicht therapeutischen Bereich überträgt, hat dieses Konzept eine Verwandtschaft zu dem von Manfred Kühn entwickelten Gruppenkonzept „Musik gegen den Alltag“, das für Menschen aus psycho-sozialen Berufen eine Möglichkeit schaffen soll, „die Schnittstelle zwischen persönlichem und beruflichem Anspruch spielerisch zu entlasten“ (Kühn 1993, S. 56).

wieder aufgegriffen und genutzt, wenn es darum ging, den Charakter der Zusammenarbeit erneut zu bestimmen. Dabei schwang auch das mit, was dieses Wort auch heißt: „Abenteuer", „Entdeckung". Und tatsächlich habe ich in meiner gesamten Kliniktätigkeit mit jüngeren Menschen nie eine Gruppe erlebt, die ein solches Maß an Experimentierfreudigkeit, gerade auch in der Musik, zeigte. Das hat sicherlich auch damit zu tun, dass *Anlass und Motivation* für die Teilnahme an der Gruppe eben keine aktuelle Erkrankung oder Lebenskrise war, auch wenn die TeilnehmerInnen durchaus Leiderfahrungen mitbrachten und eine Abgrenzung zwischen „krank" und „gesund" ja keine absolute ist.

In der Nachuntersuchung wurde noch einmal nach dem erlebten „Ort" der Erfahrung gefragt. In der Skala zwischen einem „üblichen Seminar/Musikunterricht, einer Selbsterfahrung und einer Musik*therapie"* empfanden die meisten TeilnehmerInnen die Gruppenarbeit etwa in der Mitte – also als Selbsterfahrung – bis hin zu einer leichten Gewichtung in Richtung Therapie. Auch der anzugebende *gewünschte* „Ort" auf dieser Skala wich nicht wesentlich davon ab. Wohl unterschieden sich Einzelne mit ihren Wünschen, dies aber in beide Richtungen, und zwar dergestalt, dass die gefundene Mitte als Kompromiss in der natürlichen Differenz einzelner Gruppenmitglieder verstanden werden kann.

Daraus – wie auch aus den eigenen Beobachtungen – lässt sich ein erster wichtiger methodischer Grundsatz ableiten: Von der Gruppenleitung ist eine Balance zu halten, die ein vertieftes und persönliches Erleben zulässt, aber „Probleme" nicht auf eine Bearbeitung in dieser Gruppe hin behandelt. Dabei hängt ganz vom Einzelnen und der jeweiligen Gesamtgruppe ab, über was gesprochen wird, was unausgesprochen bleibt und was in die Musik kommt. Das macht sich auch daran fest, was im Hören, Nachfragen und Kommentieren durch die jeweils anderen Gruppenmitglieder in welcher Weise beantwortet wird. So reguliert die Gruppe die ihr eigene Balance. Es gibt also keine Themen, über die nicht gesprochen werden darf, wohl ist der Umgang mit ihnen anders als in der Therapie. Von der Leitung wird auf all die Interventionen verzichtet, die im engeren Sinne der therapeutischen Arbeit angehören und es werden mehr Vorschläge und Ideen für die Vielfalt der musikalischen Kommunikationsformen gegeben als dies in einer Therapie üblich wäre.

Daraus entwickelte sich in den hier erlebten Gruppen, dass die Musik im Vergleich zum Gespräch wesentlich mehr Zeit einnahm als in Therapiegruppen, dass auch symbolisierende oder verallgemeinernde Formen der Mitteilung akzeptiert wurden, dass über andernorts gemachte therapeutische Erfahrungen berichtet wurde und dies aufmerksam gehört wurde, ohne dass die Tendenz einer Weiterführung entstand. Gelegentlich wurden auch aktuelle Konflikte berichtet und es konnte ein dieser besonderen Gruppenform gemäßer Umgang damit gefunden werden. Manchmal förderten Interesse, Nachfragen und Resonanz eine Vertiefung, dabei wurde immer darauf geachtet, ob jemand noch mehr erzählen *möchte*; manchmal verhinderten ablenkende Vorschläge oder Äußerungen aber auch eine Vertiefung oder Weiterführung. Auch wenn letzteres von dem Betroffenen selbst vermutlich eher als Abweisung erlebt wird, gehört es wohl eben auch zu den notwendigen Mitteln der Selbstregulierung in einer solchen Gruppe. (Es war nie nötig, dass wir als Leiterinnen in diesem letzteren Sinne regulierend eingreifen mussten.)

Dass dennoch diese Balance nicht immer für jeden einzelnen „richtig" sein konnte, zeigten die Antworten zu den Fragen nach dem Verhältnis von Musik und Gespräch[45] und der Art der Gespräche in der nachträglichen Befragung. Zwar sagte weit mehr als zwei Drittel der Antworten aus, dass das Verhältnis zwischen Musik und Gespräch sowie die Art der Gespräche im Hinblick auf Nähe und Distanziertheit subjektiv als ausgewogen empfunden wurden. Es gab aber auch sowohl ein Zuviel als auch ein Zuwenig, zum Teil übrigens bei derselben Person, wobei auch die Zusätze wie „nicht immer" u.ä. zeigten, dass eine solche Balance nicht immer für alle gleich gelingen kann. Auch in den Antworten auf die Frage nach einer „Situation in der Gruppe, die für Sie besonders wichtig, schwierig, schön oder ... oder ... war", wurde erkennbar, dass manche Beziehungssituationen in der Gruppe von einzelnen durchaus auch spannungsreich erlebt wurden, dies allerdings in großer Unterschiedlichkeit.

3. Die musikalischen Arbeit

Instrumente

Die besondere Experimentierfreudigkeit dieser Gruppe zeigte sich schon im Zugang auf die Instrumente: sowohl in der Fülle der genutzten Instrumente als auch in der Vielfalt der Erprobung einzelner Instrumente und ihrer musikalischen Nutzung. Gespielt wurden von den TeilnehmerInnen im Verlauf der Gruppe:

- Gong, große und kleine Klangschale, großes und kleines Becken,
- Oceandrum, Rainmaker, Glöckchenring, Chimes,
- Congas, Bongos, Rototoms, Holztrommeln in drei Größen,
- kleine Schlitztrommel, Bassschlitztrommel, Tempelblocks,
- Schellenring, Tamburin, Handtrommel, Maracas, Claves,
- Xylophon, Vibraphon, großer Bassklangstab, Metallklangstäbe,
- Röhrenglocken, schwingende Metallklangstäbe,
- Kontrabass, Streichpsalter, Fiedel, Hackbrett, kleine Leier,
- Mundharmonika, Reed-Horn („Nebelhorn"), Saxophon, Querflöte, Wasserflöte (Nachtigallenflöte),
- Klavier,
- Stimme: gesungen, gesprochen (auch Texte), experimentell genutzt.

[45] Gewählt werden konnte bei dieser Frage zwischen: „Ich hätte manchmal gerne mehr Gespräche gehabt. / Ich fand eher, dass zu viel gesprochen wurde. / Ich fand es so ganz ausgewogen."; bei einer zweiten Frage nach der Art der Gespräche: „Für mich hatten die Gespräche die Tendenz, zu persönlich zu werden. / Für mich hätten die Gespräche durchaus persönlicher, privater oder direkter sein können. / Für mich war es das richtige Maß an Nähe und Distanziertheit."

Im Fragebogen antworteten auf die Frage: „Gibt es ein Instrument, welches Sie – jetzt im Nachhinein – noch gerne gespielt hätten?“ ein Drittel der Befragten mit nein, die anderen nannten: Trommel, Hackbrett, Klavier, Klarinette. Eine Person, die tatsächlich auffällig wenige Instrumente erprobt hatte, schrieb: „viele“.

Als Leiterin nutzte ich dann das Klavier, wenn es darum ging, musikalische Prozesse zu bündeln und zusammenzufassen, die Querflöte als ein für mich erst kürzlich erlerntes Instrument, aber auch, häufiger als ich dies in Therapien tue, die übrigen Instrumente. Die Co-Leiterin spielte einerseits ein ihr eigenes Instrument, die Klarinette, wodurch sie zugleich auch ihre Person und Rolle markierte, (in der zweiten Gruppe spielte der Co-Leiter ebenfalls häufig sein „Hauptinstrument“ Geige) wie auch viele der anderen Instrumente. Auch an den stimmlichen Improvisationen beteiligten sich die LeiterInnen häufiger und bisweilen im Sinne der vorangehenden Ermutigung.

Das Erproben der Instrumente nahm einen großen Raum ein. Dabei ging es um unterschiedliche Aspekte: Wie geht das? Wie kann man, wie kann ich das spielen? Wie klingt das? Welche Wirkungen können damit erzielt werden? An was erinnert mich das? Was passt mit was zusammen und nicht zusammen? Was mag ich, was mag ich nicht? Ein Instrument kann gefallen, wenn ein anderer es spielt und im eigenen Spiel missfallen – und umgekehrt. Das schafft interessante Anknüpfungen.

Es gab (zeitweise) „Lieblingsinstrumente“, die dann ausgiebiger in ihren verschiedenen Möglichkeiten erprobt wurden, Neu-Entdeckungen und Wieder-Entdeckungen; Instrumente, die einem spontan zugänglich waren, solche, die man sich erst einmal spieltechnisch erobern musste und solche, mit denen man (an diesem Tag) gar nichts hinbekam. Mancher ließ sich durch das Vorbild eines anderen ermutigen, das eine oder andere auch einmal zu erproben. Die Frustrationstoleranz war dabei auffällig hoch, was natürlich den Spielraum erheblich erweiterte. Instrumente bekamen für die Einzelnen persönliche Bedeutung, standen für anderes und wurden von den anderen TeilnehmerInnen als zugehörig, passend oder besonders gut kennzeichnend für eine Person oder eine Stimmung, ein Thema erlebt. Sie bekamen damit „Charakter“ und (persönliche) Bedeutung. Das lässt sich anhand der Äußerungen aus der Nachbefragung konkretisieren, die darüber hinaus auch zeigen, dass sich durchaus unterschiedliche Erfahrungen mit einem Instrument verbinden. („Bitte beschreiben Sie ein oder zwei Instrumente, die Ihnen besonders wichtig waren und – wenn Sie mögen – warum sie das waren.“)

- „Der Gong. Mit ihm war es mir möglich, Lebensfreude und Lust Ausdruck zu verleihen. Sein Ton und mein Vibrieren konnten eins sein.“

- „Gong vermittelt Ruhe, Weite (wie das Meer). Läßt eintauchen in Geborgenheit, lädt ein zur Meditation.“

- „Meine erste Liebe galt dem Gong, sein archaischer Urton brachte mein Innerstes in Schwingungen, er unterlegte unsere Musik mit einer tiefen Klangfarbe, ruhig, ausgeglichen, fast konnte das auch der Kontrabaß erreichen.“

- „Ozeantrommel: Sie versetzt mich an den Strand von Norderney (mein zweites Zuhause – Erfahrung mit früher Kindheit.)“

- „Oceandrum, weil ich mit ihr das Rauschen des Meeres, das Fließen des Wassers als Urbild alles Lebendigen erlebt, gehört, erfahren, gefühlt habe.“

- „Der Kontrabaß hat einen beruhigenden Klang. Vergleichbar mit einem Großvater, der Ruhe, Erfahrung und Sicherheit ausstrahlt."

- „Klavier, weil man so viel damit machen kann und auch einfach draufhauen, schräge Klänge und (wenn man kann) wunderbare tiefe satte und ganz zarte Klänge erzeugen kann."

- „Die Trommel (Congas). Es macht unheimlich Spaß, ich kann so herrlich losgelöst sein, einfach lostrommeln."

- „Hackbrett: für mich indisch; es gibt für mich nichts »Tieferes«, »Höheres«, »Mittigeres« in solcher Zartheit."

- „Xylophon; ich mag den Klang und wichtig für mich ist Rhythmus."

Spielformen

Eine ganze Reihe von Spielformen ergab sich aus den verschiedenen formalen Möglichkeiten des Zusammenspiels. Durch sie konnten sich die Gruppe und die Musik gleichermaßen differenzieren: Spielen in Duos, Trios, Quartetten; der Reihe nach; ein musikalisches Motiv weitergeben; es spielen immer zwei, ein Dritter kommt hinzu, einer hört auf, ein neuer Dritter kommt hinzu usw.; Zweiteilung der Gruppe: die einen nehmen sich ein „Thema" vor, die anderen müssen raten ... …

Ausgewählte Instrumentenkombinationen konnten in diesen Formen in ihrer besonderen Wirkung erfahrbar und Feinheiten entwickelt werden. Durch das Zuhören, ohne selbst zu spielen, wurden besonders eindrucksvolle Beschreibungen und einfühlsame Rückmeldungen möglich, die denen, die gespielt hatten, gut taten. Im Wechsel dazu gewann aber auch das Spiel der Gruppe als Gesamtheit an Qualität, da es zum „Stimmungsbarometer" wurde, sich weiterentwickelte in Richtung auf eine stärkere Differenzierung und Präzisierung des Ausdrucks, aber auch zu wilden Befreiungsaktionen einlud (einen lange erwogenen Schrei endlich wagen; mal ganz aus sich herausgehen; ein Instrument in seiner ganzen Breite und Lautstärke erkunden etc.).

Eine weitere vom Musikalischen ausgehende Improvisationsform war: sich Einschwingen auf den Klang und Puls des Monochords, wodurch eine meditative Musik in einem schwingenden Rhythmus entstand. Später wurde das aufgegriffen und als Einstieg für den Gebrauch der Stimme genutzt.

Eine andere Kategorie von Spielideen ergab sich im Sinne der sogenannten assoziativen Improvisation jeweils aus den Themen der Gespräche oder aufkommenden und mitgebrachten Ideen der TeilnehmerInnen. Um nur einige dieser Improvisationstitel zu nennen: „Lebensfülle und Leichtigkeit des Seins", „Novemberstimmung", „Licht und Schatten", „Blumenstrauß mit etwas Tannengrün" (als „musikalisches Geschenk" für die Leiterin im letzten Dezembertreffen), „Klangmauer", „Tafelmusik zu einem Butterbrot".

Auf die Fragebogenfrage nach einer Improvisation, die noch im Gedächtnis ist, wurde aus dieser Gruppe mehrfach die „Inselimprovisation" genannt, die in der Entwicklung der Gruppe in der vorletzten Gruppenstunde eine wichtige Rolle einnahm. Aus der Gesamtgruppe waren zwei Gruppen gebildet worden, von denen die eine „Nordseeinsel",

die andere eine „Karibikinsel“ spielte, es sollte im Verlauf Kontakte von Insel zu Insel geben und erst durch die Improvisation selbst sollte sich herausstellen, was daraus werden wird.

Zur Verdeutlichung sei hier die subjektive Beschreibung dieser Improvisation aus der Seminararbeit einer Musiktherapiestudierenden wiedergegeben: „Es gibt fünf Phasen: – Die Nordseeinsel stellt sich vor. Die Stimmung entspricht der Vorstellung der Nordsee im Winter mit kaltem feuchtem Wetter, Nebelhörnern, Wellenbewegungen und Seemannsgarn bei heißem Tee (Novemberstimmung?). – In der Karibik klingt es von überall her, noch etwas orientierungslos und fremd. Was ist das für eine Kultur? Eine Melodie tänzelt über dem befremdlichen Klang, eine Leichtigkeit kommt zum Ausdruck. – Die Nordseeinsel erklingt wieder in voller Wucht und bildet einen deutlichen Gegensatz, aber auch sie wird tänzerischer und beweglicher im Ausdruck. Eine gewisse Melancholie ist zu hören. Andererseits sind jetzt auch Vögel auf der Insel. Ist der Winter vorbei? – Die Karibikinsel scheint sich der Nordsee angenähert zu haben. Die Übergänge sind nicht mehr so abrupt, die Klangunterschiede nicht so groß. – Ich fühle mich an Völkerverständigung erinnert, in der sich zwei ganz unterschiedliche Kulturen einander vorstellen und gegenseitiges Verständnis aufbringen. Im Zusammenspiel scheinen sich die Inselbewohner über ihre unterschiedlichen Kulturen zu verständigen und kommen sich näher, ohne daß die eigene Kultur aufgegeben wird.“

Leichtigkeit und Schwere, das im Eigenen vermisste und im Fremden (Karibik), im Neuen Gesuchte, die Wünsche nach ‚Mehr an Leben’ und die eigenen Begrenzungen: viele Themen der Gruppe fanden hier eine Bündelung und in ihrer gelungenen musikalischen „Versöhnung“ der jeweiligen Pole einen gewissen Höhepunkt. Das Besondere, was die Gruppe damit speziell auch *als Gruppe* bewerkstelligte, könnte darin gesehen werden, dass die jeweiligen Pole, die sich in „Nordsee“ und „Karibik“ symbolisierten, nicht an die jeweiligen SpielerInnen delegiert wurden, sondern vielmehr jede/r sich mit dem Gesamt zu identifizieren schien. Für die einzelnen heißt dies auch, dass in diesem Moment die Pole in den Einzelnen in einer Form integriert (musikalisch gefasst und seelisch erlebbar) sind.

Als besonders eindrucksvoll blieb außerdem die Improvisation „Klangmauer“ im Gedächtnis, die an eine aktuelle Schilderung einer Teilnehmerin anknüpfte. Diese hatte von ihrer bedrängenden Wohnsituation erzählt, in der besonders der Lärm durch die Nachbarn als unerträglich erlebt wurde. Nach einem längeren Gespräch war in der Gruppe die Idee entstanden, für sie eine Improvisation zu spielen. In der Erinnerung einer Teilnehmerin heißt es: „Aus unserem Kreis erging der Vorschlag, eine schützende Mauer aufzurichten. Langsam, tieftönend begann die Improvisation, nach und nach gesellten sich auch höher klingende Instrumente hinzu, wie ein Stein zum anderen. Der Aufbau erlebte einen dynamischen Verlauf, die Lautstärke steigerte sich, voll und kräftig wurde der Klang, energisch vom Gong zusammengehalten. Ich erinnere vor allem die Schlaginstrumente, die auf eine kräftige, unzerstörbare Mauer hinwiesen. Wir Teilnehmer entwickelten eine intensive Musizierfreude und im nachfolgenden Gespräch konnte ich erkennen, dass unsere Teilnehmerin richtig gestärkt und getröstet den extra für sie aufgerichteten Mauerbau verfolgt und miterlebt hatte.“

Die gespielte Musik wurde in der Regel auf Band aufgenommen und konnte auf Wunsch der TeilnehmerInnen noch einmal angehört werden. Diese Möglichkeit wurde viel genutzt, oft auch als Verknüpfung zur letzten Stunde. Das gab zum einen Anlass für weitere Gespräche über die Musik und daran Anknüpfendes. Zum anderen wurden damit auch Formen des Musik-Hörens thematisiert: Welche Bilder entstehen durch die Musik? Darf man, soll man Bilder haben? Wie ist meine Art, Musik zu hören? Sich selbst spielen zu

hören brachte Überraschungen, denn das klingt immer anders als beim Spielen und ließ oft eine große Lust entstehen, weiter zu spielen.

Ein weiterer von der Leitung eingebrachter Vorschlag bestand darin, Texte mitzubringen, die als Anregung zur musikalischen Weiterbehandlung dienen konnten. (Zum improvisatorischen Umgang mit Texten, auf den ich dabei zurückgriff: vgl. Tüpker 1998, S. 171ff) Dies wurde von beiden Gruppen mit einer für mich wirklich überraschenden Kreativität umgesetzt.

So hatte z.B. ein Teilnehmer nicht nur mit großem Engagement einen zum Thema der Veranstaltung passenden Text gesucht, sondern sich für den gefundenen Text „Das Alter" von Goethe auch schon eine musikalische Ausgestaltung zu Hause ausgedacht. Er ging zu den Rototoms (den Pauken ähnliche Instrumente) und spielte ganz allein und sehr eindrucksvoll im Wechsel mit einer Rezitation des Gedichtes:

„Das Alter ist ein höflich Mann:
Einmal übers andre klopft er an;
Aber nun sagt niemand: Herein!
Und vor der Türe will er nicht sein.
Da klinkt er auf, tritt ein so schnell,
Und nun heißts, er sei ein grober Gesell."

Gedicht und musikalische Interpretation wurden von der Gruppe aufgegriffen und es entstand ein längeres Gespräch darüber, wie man sich den „groben Gesellen" zum Freund machen könne.

Eine andere Idee hatten sich eine Teilnehmerin, die seit kurzer Zeit Saxophon lernte und ein Teilnehmer durch die neuen Anregungen des Seminars für eine Verabschiedungsfeier ausgedacht und dort und nun auch in der Gruppe vorgetragen: Sie spielte die Melodie aus Smetanas „Die Moldau" und er übernahm bildhaft die übrige Gestaltung mit der Oceandrum. Die Gruppe nahm diese sicherlich ungewöhnlichste Fassung der Moldau begeistert auf und gleich entstand noch eine weitere Fassung, bei der die Saxophonistin nun zusätzlich mit Gong, Becken, Tempelblock, Hackbrett, Harfe, Rainmaker, Xylophon, Vibraphon und einigen Instrumenten mehr begleitet wurde.

Mitgebracht wurden neben Gedichten dann auch Musik auf CDs, die vorgespielt wurde, um den anderen auf diese Art etwas über sich selbst und die eigenen Lebenserfahrungen mitzuteilen, aber auch eindrucksvolle eigene Texte, die zu musikalischen Verarbeitungen anregten und denen die Gruppen jeweils mit großem Respekt und Achtung begegneten.

Altersspezifisches?

Gibt es altersspezifische Merkmale im gezeigten Erleben und Verhalten der TeilnehmerInnen, die bei der Leitung solcher Gruppen zu berücksichtigen sind, Besonderheiten, die auch auf die musiktherapeutische Methodik im engeren Sinne übertragbar wären? Diese Frage beschäftigte uns auch häufiger in den Nachbesprechungen. Als erstes lässt sich aus unserer Erfahrung allerdings mitteilen, dass solche Merkmale nur schwer auszumachen waren. Das wurde – wie bereits erwähnt – zunächst häufiger damit zu erklären versucht, dass die TeilnehmerInnen ja „nicht wirklich alt" seien. Uns wurde dann aber auch klar, dass wir auf diese Weise möglicherweise nur an bestehenden Klischees festhielten und neue Erfahrungen und andere Eindrücke nicht zur Geltung kommen

ließen. Der Gedanke Freuds, dass das Unbewusste zeitlos sei, tauchte mehrfach auf. Er bot sich als Erklärung dafür an, dass vieles eben gar nicht „anders" war: gruppendynamische Prozesse und Interaktionsformen etwa, Können wie Hemmnisse bei den Einzelnen, Wünsche nach Anerkennung und Gehört-Werden, Fähigkeiten der Anteilnahme wie deren Grenzen in diesem Rahmen.

Neugier, Aberteuerlust, Experimentierfreude, Offenheit und Kreativität sind Merkmale, die wir oft eher mit dem Begriff „jung" in Verbindung bringen. Sie fanden sich in beiden Gruppen aber eher in besonders hohem Maße, was natürlich mit der Art der Veranstaltung zusammenhängt, zu der man sich ohne diese Eigenschaften vielleicht nicht angemeldet hätte. Dennoch lässt sich anhand dieser Erfahrung unabweisbar konstatieren, dass Alter diese Züge eben nicht ausschließen muss.[46]

Vielmehr entstand in den Gesprächen in der Gruppe selbst, die sich bisweilen auch um die Thematik des Älter-Werdens drehten, der Eindruck, dass es *auch* Entwicklungen im Alter gibt, die eine Zunahme solcher seelischer Eigenschaften verstehbar werden lassen. Das Wegfallen der beruflichen Verantwortung und Eingebundenheit *kann* vom Seelischen dazu genutzt werden, sich freier zu fühlen, etwas von dem ausleben zu wollen und zu können, auf was früher um einer Sache, einer Rolle, einer Aufgabe willen verzichtet wurde. Auffällig schien auch die mögliche Entwicklungschance, die darin liegt, den Eindruck, den andere (Elternfiguren wie auch Gleichaltrige) von einem selbst haben oder bekommen sollen, nicht mehr so wichtig zu nehmen. So wie für die Pubertät die Anerkennung der Peer-Group für die Selbstentwicklung besonders wichtig ist, so *kann* höheres Alter dazu genutzt werden, sich von derlei Zwängen zu befreien und dies auch als Befreiung zu erleben.

Überstandene Erfahrungen eigenen Scheiterns, eigener „Dummheiten" und durchgestandene Krisen *können* mutiger machen, wenn es darum geht, einen „Auftritt zu wagen", bei dem man auch riskiert, ein nicht so gutes Bild abzugeben und können daneben toleranter gegenüber anderen machen. Zusammenfassen lässt sich das in der umgangssprachlichen Formulierung „man nimmt sich eben nicht mehr so wichtig", womit zugleich das Gegenteilige gemeint sein kann: Nämlich die eigenen Ausdrucks- oder Lebensmöglichkeiten wichtiger zu nehmen als den Eindruck, den man bei anderen dadurch hinterlässt bzw. zu hinterlassen wünscht oder befürchtet.

So schien in den Gruppen manches von einer größeren Leichtigkeit und Gelassenheit. Nicht mehr funktionieren zu müssen im Beruf, den All-Tag freier gestalten zu können, sich aussuchen zu können, was man tut, all dies wurde als Zugewinn des Älter-Seins erlebt, der sich in der Musik als Freiheit im Umgang mit dem musikalischen Material spiegelte. Dadurch war die Musik oft wilder, „verrückter" (im besten Sinne) und ungebundener (im Hinblick auf Konventionen) als man es für gewöhnlich von einer Laiengruppe, die keine besondere Erfahrung mit Neuer Musik, Improvisation o.ä. hat, erwarten würde. Auch das Erleben und der Umgang mit der Situation des Beobachtet-Werdens scheint mir mit Besonderheiten der Älteren beantwortet worden zu sein: Zwar wurde bisweilen überlegt, was die hinter dem Spiegel jetzt wohl denken, wie sie vielleicht auch urteilen, ob man selbst schon bald so gut spielen wird wie die Beobachtungsgruppe (die sich zum Einstieg mit einer Musik „vorgestellt" hatte). Diese Grundzüge, die dem üblichen entsprechen, wurden aber konterkariert und in gewissem Sinne aufgehoben durch etwas, was sich vielleicht am besten charakterisieren lässt als ein „elterliches" Interesse am Werden der jüngeren Generation: Man hatte Freude daran, zur Qualifizierung der jüngeren StudentInnen

[46] Zu den generalisierten Alterbildern vgl. auch Erlemeier (1998, S. 30ff). Erlemeier betont zusammenfassend: „Man kann also sagen, daß Kohorten »zusammen altern«, doch jeder Angehörige einer Kohorte aufgrund seiner jeweils einmaligen biographischen Konstellation auf individuelle Weise. (ebd. S. 46)

beizutragen, wollte gerne als Beispiel dienen, damit *sie* etwas lernen und zeigte sich im Abschlusstreffen interessiert zu erfahren, welche Erfahrungen die Jüngeren denn machen konnten. Dort, wo es sich ergab, wurde auch später die berufliche Entwicklung der Co-Leiterin, vielleicht auch stellvertretend für die anderen, die man ja nicht näher kennen gelernt hatte, mit Interesse weiter verfolgt.

Abschließend sollen einige der Ergebnisse der Nachbefragung wiedergegeben werden, die auf die Frage der musikalischen Vorlieben älterer Menschen eingehen. Auch wenn die hier gegebenen Antworten in keiner Weise repräsentativ sind, sei es für diese Generation noch für sonst irgendetwas, so sind sie aber zumindest Ergebnis einer Befragung, während die meisten Aussagen bezüglich der Musikvorlieben Älterer meines Wissens überhaupt nicht untersucht, sondern stets nur behauptet werden.

Gefragt wurde nach der Musik, die zurzeit gehört wird. (Dabei gab es keine vorgegebenen Antworten und keine zahlenmäßige Begrenzung). Die häufigsten Nennungen betrafen das Genre „Klassische Musik" (17 mal) mit vielen Differenzierungen wie: Barock bis zeitgenössische Musik, Klavierkonzerte, Orgelmusik, Sinfonien, Opern, Oratorien, Nennung einzelner Komponisten. 10 mal wurden Jazz und Filmmusik genannt, auch hier mit genaueren Angaben bestimmter Musiker oder Stilrichtungen. Es folgten kleinere Gruppen und einzelne Nennungen aus den Bereichen Pop, Oldies, Chansons, Schlager und Tanzmusik. Auch ganz spezielle Interessen wurden erwähnt wie: Indianer-Musik, indische Musik, Klezmer-Musik, Meditationsmusik.

Volkslieder oder das Genre Volksmusik hingegen tauchten nicht einmal auf. Wohl wurden Volkslieder, Kinderlieder und Weihnachtslieder bei der Frage nach der Musik genannt, die „aus der <u>frühen</u> Kindheit noch im Ohr" ist. Aber auch Schlager, Soldatenlieder, das Instrumentalspiel eines Elternteiles, der Gesang der Eltern tauchten auf. Zu einem Drittel wurde diese Frage übrigens mit „keine" beantwortet!

Auch die Antworten auf bedeutsame Musik in „spezifischen Lebensphasen" spiegeln vor allem individuelle Vielfalt wider, die sich nur schwerlich auf einen generationsspezifischen Nenner bringen ließe. Greift man die Jugendzeit aus den frei gegebenen Antworten heraus, da diese in der musiktherapeutischen Literatur oft erwähnt wird, als eine Zeit, an die der Musiktherapeut anknüpfen solle, so finden wir auch hier sehr Unterschiedliches, geprägt mehr durch die Individualität der Lebensläufe als durch Generationsspezifisches:

- „Als Jugendliche (...) habe ich häufig Opern- und Operetten-Ouvertüren und Chöre gerne gehört. Aus heutiger Sicht war es sicher der Wunsch nach einem »besseren« Leben."

- „Mein erster selbstgekaufter Plattenspieler und englischsingende Interpreten der Schlagermusik von den Everly Brother´s, Paul Anka, Elvis Presley bis hin zu den Beatles. Das Zusammengehörigkeitsgefühl mit Freunden und Mitschülern war wichtig, die Musik trug dazu bei."

- „Sehr weit weg liegt in meiner Erinnerung das 1. Klavierkonzert von Tschaikowsky, das ich als junges Mädchen gehört und gehört habe, allein in meinem Zimmer und das mir vielleicht Abstand verschafft hat vom Bereich meiner Eltern (...)"

- „(...) Wichtig war vielleicht die Pubertät, eine Zeit, in der ich erstmals Musik in Konzerten erlebte, wichtig: Matthäus-Passion, Weihnachtsoratorium, Mozarts Requiem (...)“

Die Frage nach altersspezifischen Merkmalen und Besonderheiten und sich daraus ergebenden Empfehlungen würde ich daher insgesamt aus dieser Erfahrung heraus eher dahingehend beantworten, dass es am wichtigsten ist, offen zu sein für Überraschungen und sich nicht verführen zu lassen von den Bildern des Alters, die jeder mit sich herumträgt. Die Gefahr, dass diese Bilder unsere Wahrnehmung verstellen, erscheint mir größer als jede Gefahr, die darin bestünde, das Alter nicht als solches zu berücksichtigen.

Wichtig ist es mir auch, die Erfahrung festzuhalten, dass das Individuelle jedes einzelnen Lebens das Generationsspezifische überwiegt. Ist es nicht logisch, davon auszugehen, dass es dies desto mehr tut je älter wir werden? Die Haltung in der Musiktherapie wie im freien musikalischen Arbeiten mit alten Menschen sollte sich mehr fragend als wissend darstellen, denn es gibt mit Sicherheit immer mehr von dem, was wir nicht wissen als von dem, was wir wissen.

LITERATUR

Adams, Katharina (1998): Die Stimme als Schwerpunkt der musiktherapeutischen Arbeit in einem Altenheim. Diplomarbeit Studiengang Musiktherapie Universität Münster

Argelander, Hermann (1970): Das Erstinterview in der Psychotherapie. Darmstadt (Wiss. Buchges., 4. Aufl. 1989)

Blanckenburg, A. von (1992): Musiktherapie mit Senioren. Idstein, 3. Aufl.

Baum, T. (1993): Musik – eine Sprache, die jeder versteht. Lernzielorientierte Musiktherapie für die Altenpflege. In: Altenpflege 18 (4). 272-273

Bright, Ruth (1984): Musiktherapie in der Altenhilfe. Stuttgart/New York

Bruhn, Herbert / Muthesius, Dorothea (Hrsg.) (2000): Musiktherapie für alte Menschen. Ein Reader. Rendsburg, www.nordkolleg.de

Clair, A. A. / Bernstein, B. (1990): A Comparison of Singing, Vibrotactile and Nonvibrotactile Instrumental Playing Responses in Severly Regresses Persons with Dementia of Alzheimer´s Type. In: Journal of Music Therapy 27 (3), 119-125

Dehm, Barbara (1997): „Übergänge“. Tod und Sterben in der Musiktherapie mit Dementen. In: Musiktherapeutische Umschau 18, 103-113 (s. auch dieses Buch S. 143)

Dehm-Gauwerky, Barbara (2000): Die Erleichterung. Das Sterben der 70jährigen, dementen Frau S. In: Kimmerle, G. (Hrsg.): Zeichen des Todes in der psychoanalytischen Erfahrung. edition diskord, Tübingen, 65-108

Erlemeier, Norbert (1998): Alternspsychologie. Grundlagen für Sozial- und Pflegeberufe. Münster

Feil, Naomi (1999): Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. Ernst Reinhard Verlag, München

Feil, Naomi (2000): Validation in Anwendung und Beispielen. Der Umgang mit verwirrten alten Menschen. Ernst Reinhard Verlag, München

Gerdner L. A. / Swanson , E. A. (1993): Effects of Individualized Music on Confuses Agitated Elderly Patients. In: Journal of Gerontological Nursing 18 (1), 3-9

Grün, Matthias (1997): „... was da alles möglich ist“. Schöpferische Musiktherapie in der Gerontopsychiatrie. In: Musiktherapeutische Umschau 18, 132-137

Groene, R.W. (1993): Effectiveness of Music Therapy 1:1 Intervention with Individuals Having Senile Dementia of Alzheimer's Type. In: Journal of Music Therapy 30 (3), 138-157

Grümme, Ruth (1998): Situation und Perspektiven der Musiktherapie mit dementiell Erkrankten. Transfer-Verlag, Regensburg

Hagemann, Ruth (1992): Singtherapie in der Gerontopsychiatrie. Diplomarbeit Studiengang Musiktherapie Universität Münster

Handke, Peter (2001): Wunschloses Unglück. Suhrkamp, Frankfurt a. M.

Heinze, Susanne (2002): „Wenn eine Melodie verklingt ..." Musiktherapie in der Sterbebegleitung. In: Musiktherapeutische Umschau 23, 22-36

Hodenberg, Friederike von (1993): Aktiv rezeptiv – ein morphologischer Werkstattbericht aus der Onkologie. In: Musiktherapeutische Umschau 14, 317-322

Holtermann, Kathrin (1995): Horch, was kommt von drinnen raus – Musik in der Gerontopsychiatrie. Diplomarbeit Studiengang Musiktherapie Universität Münster

Jochims, Silke (1992): Depression im Alter. Ein Beitrag der Musiktherapie zur Trauerarbeit. In: Zeitschrift für Gerontologie 25, 391-396

Jochims, Silke (1993): Stationäre Kurzzeitpsychotherapie am Beispiel der Depression im Alter. In: Musiktherapeutische Umschau 14, 115-125

Jorden, Juliane (1997): Depressive Erkrankungen und ihre Behandlungsmöglichkeiten in der Musiktherapie. Diplomarbeit Studiengang Musiktherapie Universität Münster

Jungblut, Monika (1999): Aspekte zur Musiktherapie im Behandlungskonzept der Aphasie – Singen als Brücke zur Sprache. Diplomarbeit Musiktherapie, Hochschule für Musik und Darstellende Kunst Hamburg

König, Elisabeth (1996): Die Institution Altenheim – ein Praxisfeld der Musiktherapie? Diplomarbeit Studiengang Musiktherapie Universität Münster

Kühn, Manfred (1993): Musik gegen den Alltag. Zur Bewältigung von Krisen und Konflikten in sozialen Berufen. In: Sozialtherapie. Zeitschrift für Theorie und Praxis der Sozialtherapie. Heft 6-7, 56-63

Küppers, Udo (1998): Brücken zur Welt – musiktherapeutische Erfahrungen mit einem apallischen Heimbewohner und seiner Ehefrau. Diplomarbeit Studiengang Musiktherapie Universität Münster

Latz , I. (1995): Musik im Leben älterer Menschen. 5. Aufl. Bonn

Lohse-Blohm, Ursula: (1990): Brücke zu Kindheit und Jugend. Lied und Stimme in der Geriatrie. In: Musiktherapeutische Umschau 11, 141-143

Loos, Gertrud Katja (1977): Abschieds-Musik. In: Musiktherapeutische Umschau 18, 74-78

Lord, T.R. / Garner, J.E. (1993): Effects of Music on Alzheimer Patients. In: Perceptional and Motor Skills 76, 451-455

Lorenzer, Alfred (1973): Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Suhrkamp, Frankfurt a. M.

Löwe, Kati (2000): (Be)Handlungskonzepte in der musiktherapeutischen Einzelbegegnung mit Bewohnerinnen eines Altenpflegeheimes. Zum Entstehen eines musiktherapeutischen Konzeptes, entwickelt am Beispiel Alzheimer-Demenz. Diplomarbeit Musiktherapie Universität der Künste Berlin

Munro, Susan (1986): Musiktherapie bei Sterbenden. Gustav-Fischer Verlag, Stuttgart

Muthesius, Dorothea (1990a): Denkt man doch im Silberhaar gern' vergangner Zeiten. In: Musiktherapeutische Umschau 11, 132-140

Muthesius, Dorothea (1990b): Musik ist Träger von Erinnerungen. In: Altenpflege 15 (12), 727-730

Muthesius, Dorothea (1993): Ansätze der Musiktherapie mit Altersdementen. In: Praxis der Psychomotorik 18 (1), 22-28

Muthesius, Dorothea (1997): Musiktherapeutische Beiträge zu einem veränderten psychosozialen Versorgungsbedarf alter, erkrankter Menschen. In: Musiktherapeutische Umschau 18, 94-102

Olderag Millard K.A. / Smith, J. (1989): The Influence of Group Singing Therapy on the Behaviour of Alzheimer's Disease Patients. In Journal of Music Therapy 26 (2), 11-28

Pollack, N. J. / Namazi , K.H. (1992): The Effect of Music Participation on the Social Behaviour of Alzheimer Disease Patients. In: Journal of Music Therapy 19 (1), 54-67

Pricket, C.A. / Randell, S. M. (1991): The Use of Music to Aid Memory of Alzheimer's Patients. In: Journal of Music Therapy 28 (2), 101-110

Scheu, Friedhelm (1990): Das erste und das letzte Instrument. In: Musiktherapeutische Umschau 11, 144-146

Schneberger-Nowitzky (2001): Die Anwendbarkeit von Musiktherapie in Abhängigkeit vom Fortschreiten dementieller Erkrankungen. Diplomarbeit Studiengang Musiktherapie Universität Münster

Schwabe, Christoph (1991): Aktive Gruppenmusiktherapie für erwachsene Patienten. 2. überarb. Aufl. Leipzig

Stark, Andreas (1999): Die neuere Hermeneutikdebatte in der Psychotherapie und deren Bedeutung für die Musiktherapie. Diplomarbeit Studiengang Musiktherapie Universität Münster

Stern, Daniel N. (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Klett-Cotta, Stuttgart

Tüpker, Rosemarie (1988/1996): Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, LIT-Verlag, Münster

Tüpker, Rosemarie (1993): Der Behandlungsauftrag der Musiktherapie. In: Zwischenschritte 1993/1. Wirklichkeit als Ereignis. Das Spektrum einer Psychologie von Alltag und Kultur. Bouvier-Verlag, Bonn, 297-307

Tüpker, Rosemarie (1998): Reflexion seelischer Verhältnisse in der musikalischen Improvisation. In: Lenz, M.; Tüpker, R.: Wege zur musiktherapeutischen Improvisation. LIT-Verlag, Münster

Wynhoff, Marie (1990): Musiktherapie im Altenheim – Chancen und Schwierigkeiten. Konzeptuelle Überlegungen zum Aufbau der Musiktherapie – Arbeit mit alten Menschen. Diplomarbeit Studiengang Musiktherapie Universität Münster

Einigung in Differenz

Zum Behandlungsauftrag in der Musiktherapie[47]

BUCHBEITRAG

2.12

Zusammenfassung Ausgehend von einem doppelten Verständnis des Leiden-Könnens wird ein konsequent psycho-logisches Verständnis des Behandlungsauftrages der Musiktherapie entwickelt. Als ‚Einigung in Differenz' erweist sich dieser Behandlungsauftrag als eine erste paradoxe Leistung, an deren Zustandekommen PatientIn und TherapeutIn gleichermaßen beteiligt sind. Sie schaffen damit ein Drittes, aus dem heraus die Behandlung als gemeinsames Werk erwachsen kann. Im zweiten Teil wird darüber hinaus aufgezeigt, dass in diesem Behandlungsauftrag – nicht nur in der Kindertherapie – immer auch ein (weiteres) Drittes zu berücksichtigen und mit zu behandeln ist.

Abstract On the basis of a dual understanding of the word 'suffering' (which means to enjoy and to suffer from something in German as well) a consistent psycho-logical understanding of the treatment task in music therapy is developed. As "agreement in difference", this treatment task first shows a paradoxical side in accomplishment, in whose creation both patient and therapist are equally involved. They thereby create a third component, from which the treatment can develop as a mutual effort. In addition, the second part demonstrates that within this treatment task – not only in children's therapy – a third party always needs to be considered and treated, too.

Keywords: music therapy, paradoxical third, treatment task, children, psychology

Wer erteilt in der Musiktherapie den Auftrag zur Behandlung? Der Patient, die Klientin, der Anfragende selbst? Der zuweisende oder verordnende Mediziner? Die Eltern eines kranken Kindes? Die LehrerInnen einer Schule, die ein schwierig gewordenes Kind schicken? Die BetreuerInnen eines Menschen mit geistiger Behinderung? Unter welchen Voraussetzungen nimmt der Musiktherapeut, die Musiktherapeutin diesen Auftrag an? Ist der Behandlungsauftrag dem Auftrag vergleichbar, den wir in unserer Autowerkstatt erteilen, der Indikation in der Medizin, dem pädagogischen Auftrag oder was ist hier anders?

Es gibt eine juristische Ebene dieser Frage nach dem Behandlungsauftrag und eine psychologische, definiert als eine, die sich aus der Logik des Seelischen ergibt. Letztere ist es, die hier im Mittelpunkt der Überlegungen stehen soll. Das ‚Dreiklangsmotiv' als vorgegebene Anregung spielt dabei in zweifacher Hinsicht mit:

---

[47] In: Einblicke, Heft 14, Berlin 2003, 124-140

Zum einen wird es gehen um das Dritte, welches in der Spannung zwischen dem Selbsterleben und den Erwartungen des Patienten einerseits und den Wahrnehmungen und Einschätzungen des Therapeuten andererseits als eine ‚Einigung in Differenz' entsteht. In dieser – so die These dieses Artikels – gründet der Behandlungsauftrag.

Zum anderen wird es um ein weiteres Drittes gehen, welches sich immer in diesen Behandlungsauftrag, in die therapeutische Beziehung zwischen zwei Menschen „einmischt". Zu diesem Dritten gehört auch die juristische Seite. Dabei geht es einerseits darum zu verdeutlichen, dass der Versuch, mit diesem Dritten nicht von vorne herein zu rechnen, eine psychologisch wenig Erfolg versprechende Verleugnung wäre. Zum anderen aber auch darum, dass immer klar werden und bleiben muss, wer in diesem Geflecht die Zwei sind, die eine therapeutische Beziehung bilden, und wer oder was das Dritte ist, welches zusätzlich zu berücksichtigen und in gewissem Sinne, aber eben nicht in demselben Sinne, auch mit zu behandeln ist.

Dabei gehe ich von dem Gedanken der Morphologischen Psychologie aus, dass im Leiden des Patienten, aus dem heraus wir den Behandlungsauftrag gewinnen, immer ein Leiden und ein Können steckt, ein Schmerz, ein Kummer, aber auch eine Erfahrung, ein Leiden-Können (mögen) und ein Nicht-Leiden-Können (etwas leid sein). Ich werde versuchen zu zeigen, dass der Behandlungsauftrag in der Musiktherapie (wie in der Psychotherapie überhaupt) etwas Drittes ist, was sich als ‚Einigung in Differenz' zwischen PatientIn und TherapeutIn vollziehen muss, damit es sich für den Patienten lohnt, seine alltägliche Selbstbehandlung durch einen anderen Menschen auslegen, beunruhigen und verwandeln zu lassen.

Die Rahmenbedingungen

Die Leiden, mit denen PatientInnen in die Musiktherapie kommen, sind sehr unterschiedlich, da die Musiktherapie, wie nur wenige andere Therapieformen, in Zusammenhängen stattfindet, die zunächst kaum vergleichbar sind. Da kommen PatientInnen einer psychotherapeutischen Klinik ohne nähere Auswahl zum Musiktherapeuten mit Diagnosen aus dem Bereich der Neurosen, psychovegetativen Störungen, Suchtproblemen und frühen Störungen. Die Musiktherapie wird einzeln und/oder in der Gruppe stattfinden, möglicherweise die hauptsächliche Behandlungsform sein. Da werden PatientInnen in der Psychiatrie zusätzlich zur medikamentösen Behandlung, Elektrokrampftherapie und „Arztgesprächen", (was immer darunter zu verstehen ist) in die musiktherapeutische Gruppe geschickt. Da wird eine geistig behinderte Frau für die gerade neu eingerichtete Musiktherapie empfohlen. Sie lebt seit 30 Jahren in diesem Heim, nimmt nur an wenigen Aktivitäten teil, ist eine Einzelgängerin, »da ist aber bestimmt noch einiges an Entwicklung drin, und sie hört auch gerne Musik«, sagen die BetreuerInnen. MusiktherapeutInnen arbeiten mit dem Auftrag, komatösen PatientInnen einen Übergang zum Bewusstsein zu ermöglichen oder zum Sterben, in der Betreuung chronischer SchmerzpatientInnen, in der Begleitung ‚unheilbar' Kranker, mit akuten und chronischen NeurologiepatientInnen, mit krebskranken Kindern, ‚schwierigen' Jugendlichen, mit sinnesgeschädigten und körperlich behinderten Menschen. Sie arbeiten außer in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens in Schulen oder Musikschulen, in Beratungsstellen und besonderen Wohnheimen. Sie arbeiten mit alten Menschen, von denen niemand mehr weiß, ob sie an einer – wie auch immer definierten – Krankheit leiden oder an der Institution, in der sie ‚aufgehoben' sind, oder ob sie einfach alt sind und dies heute genauso wenig vorgesehen ist wie das Sterben.

Relativ klein ist hingegen der Bereich, der im allgemeinen in der psychotherapeutischen Literatur beschrieben wird, und für den die Frage nach dem Behandlungsauftrag vergleichsweise einfach zu beantworten wäre, nämlich die Situation, in der einzelne Menschen außerhalb institutioneller Zusammenhänge von sich aus nach einer musiktherapeutische Behandlung nachfragen.

Die Schlussfolgerung liegt nahe, dass es sich hier überhaupt nicht um eine durchgängige Wirkungseinheit handele, die sich von einem durchgängigen psychologischen Gedankengang her erfassen ließe. In der musiktherapeutischen Literatur wie in Fachgesprächen wird dies manchmal auch so gesehen und führt dann zu einer Art ‚spartenweisen Theoriebildung' und einer tolerant erscheinenden Nicht-Verständigung untereinander: »Klar, in Deinem Arbeitsbereich ist das natürlich alles ganz anders.« Die kommunikative und vor allem berufspolitische Bedeutung dieser tolerierenden Koexistenz soll mit dem Folgenden auch nicht generell bestritten werden. Dennoch erscheint es sinnvoll, auch nach allgemeinen Aspekten des musiktherapeutischen Behandlungsauftrages zu suchen und damit dem Fach Musiktherapie auch an dieser Stelle eine Profilierung – gemeint im Wortsinne eines erkennbaren Umrisses – zu ermöglichen.

Gemeinsamkeiten musiktherapeutischer Behandlung

Als Anzeichen des Interesses einer solchen Profilbildung sind Bestrebungen zu sehen, musiktherapeutische Einzelfallstudien durch methodische Gemeinsamkeiten vergleichbar zu machen. (Ein solches Vorhaben existiert auf berufspolitischer Ebene z.B. durch die Kasseler Konferenz[48]

Die vier »Metamorphosen von Behandlung«, wie sie von SALBER (1977) in »Kunst – Psychologie – Behandlung« dargestellt wurden, scheinen mir geeignet, hier als methodisches Gerüst zu dienen, um wesentliche Aspekte eines musiktherapeutischen Behandlungsverlaufes herauszustellen:

- Wovon ging diese Behandlung aus? Was ist der spezifische Behandlungsauftrag?
- Wie entwickelte sie sich methodisch im Wechselspiel zwischen TherapeutIn, den Medien der Behandlung und PatientIn?
- Was lässt sich als umwandelnde Drehpunkte herausstellen, und
- was konnte der Patient dadurch bewerkstelligen bzw. was änderte sich im Hinblick auf seine Lebensqualität?

Diese vier Fragen kann man sich sowohl Stunde für Stunde stellen, sie ermöglichen aber auch, das Ganze einer Behandlung oder größere Abschnitte gedanklich und im Hinblick auf eine schriftliche Darstellung zu strukturieren, um nicht in der Fülle des Materials unterzugehen. (Eine ausführliche Darstellung dieser Systematik findet sich in TÜPKER 1988/1996, S. 98 ff sowie in DECKER-VOIGT 1996 unter den Stichworten: Leiden-Können, Methodisch-Werden, Anders-Werden und Bewerkstelligen. Auch die Falldarstellungen in GROOTAERS 2001 folgen mit den 4 Versionen einer Variante des gleichen Prinzips.)

[48] Die Kasseler Konferenz ist eine übergeordnete Vereinigung verschiedener musiktherapeutischer Verbände und Interessengruppen in Deutschland. Eine Arbeitsgruppe entwickelt derzeit einen Leitfaden zur Vergleichbarkeit musiktherapeutischer Falldokumentationen. (www.kasseler-konferenz.de)

Die vier Schritte dieses psychologischen Gedankengangs sind einerseits beweglich und allgemein genug, der Unterschiedlichkeit musiktherapeutischer Arbeitsbereiche gerecht zu werden. Dadurch kann vermieden werden, dass spezifische Aspekte eines bestimmten Arbeitsbereiches zum Maßstab eines anderen werden und damit dessen Eigenart nicht genügend in Erscheinung treten kann. So ist z.B. die gemeinsame Improvisation von PatientIn und TherapeutIn in vielen Bereichen ein wichtiges Medium der Behandlung, es wäre aber natürlich völlig unsinnig, daran die Arbeit mit komatösen PatientInnen zu ‚messen'. Aber auch in weniger krassen Beispielen könnte deutlich werden, wo z.B. unterschiedliche methodische Entscheidungen durch die Unterschiedlichkeit des Behandlungsauftrages bedingt sind und wo tatsächlich eine unterschiedliche Theorie das musiktherapeutische Handeln bestimmt.

Auf der anderen Seite erweisen sich diese vier Behandlungsschritte und ihr Zusammenwirken als bestimmt und gestalthaft genug, um wesentliche Aspekte musiktherapeutischer Behandlung und ihre Psycho-Logik herauszurücken. Die Gemeinsamkeit, die so hergestellt werden könnte, wäre die einer psychologischen Betrachtungs- und Handlungsweise, die der Musiktherapie als einer Arbeit mit ‚seelischen Mitteln' immanent ist. Vom Wort her könnten wir hier also immer auch von einer psychologischen Therapie (also Psychotherapie) sprechen, wäre dieser Begriff nicht heute in einem viel engeren Sinne ‚vergeben'.

> Der Begriff des „Psychologischen" hat allerdings dann seine Probleme, wenn Psychologie verstanden wird als das, was Diplom-Psychologen tun. Eine psychologische Sicht- und Denkweise ist aber weder durch die Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe garantiert noch auf sie beschränkt. So denken viele Menschen, unter ihnen auch viele Diplom-Psychologen, mechanistisch, ohne Mechaniker zu sein, während es vermutlich durchaus Mechaniker gibt, die manches psychologisch betrachten.

Für die Musiktherapie hat dieser Ausschnitt morphologischen Denkens darüber hinaus den Vorteil, dass sich das System der vier Behandlungsschritte auch verstehen und anwenden lässt, ohne dass es dazu notwendig ist, sich die gesamte Morphologie anzueignen. Ich möchte dies im folgenden an der ersten Frage der Behandlung nach dem Leiden-Können und Nicht-Leiden-Können ausführen und den auf diese Weise psychologisch verstandenen ‚Behandlungsauftrag' der schulmedizinisch geforderten ‚Indikation' gegenüberstellen.

Leiden-Können und Nicht-Leiden-Können

Eine Patientin kommt wegen jahrelanger Kopfschmerzen in die Musiktherapie, außerdem ‚leidet' sie unter ihrem Mann, der sie ‚nicht versteht' und sie in einer peinlichen Situation ‚nicht beschützt' hat, was ihre Beziehung heute noch, nach über 8 Jahren, stört. Es ist für uns selbstverständlich, dass es in solch einem Fall weder unsere Aufgabe ist, noch im Rahmen unserer Möglichkeiten liegt, Kopfschmerzen ‚weg' und Ehemänner zu verständnisvollen Beschützern zu machen. Vielmehr werden wir die geklagten Leiden der Patientin als Hinweise auf eine bestimmte Konstruktion seelischer Verhältnisse ansehen und unsere vorläufige Aufgabe darin sehen, diese mit den Mitteln des gemeinsamen Improvisierens und weiteren Gesprächen zu verstehen und dieses Verstehen der Patientin mitzuteilen, es mit ihr zu teilen. Anders als die Patientin selbst, vermuten wir das ‚Leiden' in einer Krise der Lebensmethode, auf die unsere Behandlung auszurichten ist.

So wird etwa im Austausch von Spielen und Sprechen deutlich, dass sie das, wovon sie sagt, dass sie es überhaupt nicht leiden kann, immer wieder herstellt. In der Gruppe wird spürbar, was sie alles zu ertragen bereit ist, um anderes nicht leiden zu müssen. Wir erfahren etwas von ihrem Lebensweg, von dem, was sie erlitten und er-fahren hat, wie sie das versteht, und was sie daran ‚leid' ist. Im musikalischen Improvisieren merkt sie selbst, wie sie Sinn herstellt und wo manches gegen ihren Willen ‚falsch herauskommt'.

Neben der gebräuchlichen Bedeutung heißt ‚leiden', auch: gehen, reisen, fahren; er-fahren und durch-machen. Mit der Begriffsbildung vom Leiden-Können wird zum einen betont, dass es hier nicht nur um passiv Erlittenes geht, sondern auch um das, was an ‚Können' ebenso begriffen werden muss – ein Aspekt, der in der Musiktherapie oft gerade im musikalischen Spiel deutlich wird. Zum anderen ist auch gemeint, dass jemand – wie in unserem Beispiel – die leidvollen Kopfschmerzen vielleicht immer noch ‚besser' leiden kann als anderes, was auf diese Weise nicht erlitten, nicht erfahren, nicht erlebt werden will.

In anderen Zusammenhängen, in denen das Seelische auf eine besondere Weise Belastungen ausgesetzt ist, etwa in der Arbeit mit körperlich schwer Erkrankten, werden wir vielleicht anders nach dem Leiden-Können und Nicht-Leiden-Können fragen, auf das sich die musiktherapeutische Behandlung beziehen soll. Unter Berücksichtigung dessen, was es hier an Schmerzen, Lebens-Einschränkungen, medizinischen Eingriffen usw. zu ertragen gilt, kann die Frage nach dem Leiden-Können hier im Übergang zum Methodisch-Werden z.B. darauf ausgerichtet sein, Formenbildungen des Ausdrucks und der Verarbeitung zu ermöglichen. Es kann die Frage sein, ob etwa mit der körperlichen Ruhigstellung und dem Herausgerissen-Sein aus der gewohnten Zirkulation des Seelischen zunächst auch eine seelische Stillegung bewirkt wurde, die es zu behandeln gilt.

Etwas an der Fragestellung bleibt aber auch gleich und unterscheidet unseren Auftrag als MusiktherapeutInnen von dem der Mediziner: Unser Behandlungsauftrag erschließt sich nicht aus der Erkrankung, die dann – als zweites – auch noch einen persönlichen, subjektiven Anteil hat, sondern geht aus vom Subjekt, welches erkrankt ist, von der Person, die leidet, an dieser Stelle so nicht weiter weiß oder behindert wird, ge-kränkt ist oder verletzt, in ihrer Lebendigkeit gehindert usw. Das Verhältnis zum medizinischen Auftrag ist dabei, wenn es gut ist, kein gegensätzliches, wohl aber sind Vordergrund und Hintergrund anders konfiguriert. Eine gute Medizin berücksichtigt auch das Subjekt, die Person des Kranken, die – wie es oft heißt – hinter der Krankheit steht. Der musiktherapeutische Behandlungsauftrag, wie der psychologische allgemein, aber richtet sich primär auf, besser noch: an das Subjekt, welches erkrankt ist, behindert usw. Er kämpft insofern auch nicht primär gegen die Krankheit, sondern – wenn denn das Wort kämpfen hier überhaupt das angemessene ist – für das Subjekt, seine Lebendigkeit, seine Entwicklungsmöglichkeiten, seine Gestaltgewinnung. Charakterisierend für die Musiktherapie ist dabei nicht nur, dass wir dies mit den Mitteln der Musik tun, sondern auch, und nach meiner persönlichen Auffassung wesentlicher, dass wir für die Herstellung unserer Empathie, durch die wir einen Zugang zum (anderen) Subjekt finden, Musik nutzen. Dass wir – in welcher äußeren Form auch immer – Musik brauchen, um eine empathische und verstehende Beziehung zum Patienten (Klienten ...) aufzubauen, zu erhalten, weiterzuführen, als hilfreich gestalten zu können. Auch wenn wir uns dazu meist der gemeinsamen Improvisation bedienen, so kann dies im Einzelfall durchaus darin bestehen, dass wir für den Patienten spielen, er uns seine Musik auf CD mitbringt, wir dem Sprechen oder Schweigen des Patienten mit ‚musikalischem Ohr' zuhören oder dass wir gar in Abwesenheit des Patienten nach einer Therapiestunde oder in der Supervision durch ein musikalisches Nachspüren etwas vom Patienten in uns aufzufinden suchen. Dass wir Musik spielen, um Empathie in uns zu entwickeln, seelische Bewegung von innen her nachzuvollziehen, so wie wir es von der

jahrelangen Einübung in die Musik anderer (komponierte Musik) gewohnt sind. (vgl. TÜPKER 2003)

Der Einwand, dass damit die Frage, wann und ob etwas Musiktherapie ist, auch vom Subjekt des Therapeuten, von den Bedingungen seiner Zugangsmöglichkeiten zum Patienten abhängt, von den spezifischen Formen des Aufbaus und Erhalts seiner Empathie, ist berechtigt. Dass diese Sichtweise nicht in das derzeitig im Gesundheitswesen wirkende Paradigma passt, und die Musiktherapie – wie andere Formen der Behandlung, die das Subjekt ins Zentrum rücken[49] – es damit schwer hat, ist zu bedauern. Es deshalb verschweigen zu wollen oder gar zu eliminieren, hieße aber auch das Wesen psychologischer Behandlung zu leugnen. Statt diese Wirklichkeit psychologischer Behandlung den künstlerischen Therapien als Manko anzulasten, und die daran gebundene Erwartung zu schüren, dieses ließe sich durch weitere „Forschung" ausmerzen, gilt es m.E. deutlich zu machen, dass sie eine Lücke der herrschenden Wissenschaftsauffassung markiert (vgl. TÜPKER 2002).

Aber natürlich ist die Herstellung der empathischen Beziehung mit Hilfe der Musik nicht nur eine subjektive Besonderheit auf Seiten des Musiktherapeuten, sondern eröffnet auch Wege, die anders verschlossen bleiben könnten. In der Arbeit mit Menschen, die nicht (mehr) sprechen können, kann die Musik oft der einzige Weg sein, etwas von den zurückgelegten Wegen, den erlittenen Verletzungen, vom seelischen Können, vom Leiden und Nicht-Leiden-Können zu erfahren. Im musikalischen Zusammenspiel kann deutlich werden, dass ‚geistige Behinderung' weder seelisches Leid noch seelische Entwicklung ausschließt. In der Arbeit mit dementen Menschen kann die Musik als verbliebenes ‚Können' und ‚Mögen' dasjenige sein, an welches wir anknüpfen können, um Leiden zu mindern und zu verstehen, um Verbindung zu halten und den Betroffenen in einem Erlebensbereich zu begegnen, wo Worte nicht mehr gut gelitten sind.

Einigung in Differenz: Behandlungsauftrag statt ‚Indikation'

Die Vielfältigkeit musiktherapeutischer Arbeitsbereiche auf der einen Seite und der zunehmende ‚Konkurrenzdruck' im Gesundheitswesen angesichts der Uniformierung des Denkens und der Stillegung weiterer Entwicklungen durch staatliche Verordnungen andererseits haben dazu geführt, dass die VertreterInnen der künstlerischen Therapien immer vehementer dazu aufgefordert werden, nun endlich einen spezifischen ‚Indikationskatalog' vorzulegen. Diese zunächst harmlos erscheinende Forderung zeigt sich dabei als Kristallisationspunkt einer Auseinandersetzung, in der es letztlich um einen paradigmatischen und kulturpolitischen Streit geht (vgl. TÜPKER 1990/2002).

Trotz immer wieder vorgebrachter Kritik im Hinblick auf den Geltungsbereich des Begriffs Indikation und trotz seiner Entlarvung als Versuch, mit Hilfe einer Begriffswahl die Regulation eines gesellschaftlichen Verhältnisses als (‚objektive') Frage der Wissenschaftlichkeit zu tarnen (KÜHN 1991), und obwohl alle wissen, wie anders die klinische Praxis mit der Frage umgeht, wer wen wie behandelt, scheint mir das Leiden-Können auf Seiten der MusiktherapeutInnen hier ziemlich an eine Grenze zu kommen. Das wäre auch insofern bedauerlich, als damit gleichfalls der nach dem 2. Weltkrieg (erneut) begonnene Versuch, das Gesundheitswesen, wieder zu einer Frage unserer Kultur zu machen, einmal mehr eine Schlappe erlitten hätte. Anpassung droht, mit der die künstlerischen Therapien ihre immanente Psychologie aufgäben, nämlich das Wissen

[49] Eindrucksvolle Beispiele einer solchen Therapieauffassung finden sich bei v.Vietinghoff-Scheel 1992

darum, dass sogenannte Krankheiten und sogenannte Behinderungen auch eine Frage der Kultivierung, der gesellschaftlichen Konsensbildungen, des jeweilig aus diesem Prozess Ausgeschlossenen, Abgespalteten und Verdrängten und der Frage der möglichen und behinderten Formen der Behandlung von Wirklichkeit sind. (vgl. BERK 1993) Es ist von jeher Aufgabe der Kunst, das, was zunächst aus dem gesellschaftlichen Konsens ausgeschlossen ist, das „Unverfügbare" wieder aufzugreifen und weiterzubehandeln. (LORENZER 1973) Musiktherapie ist so gesehen eben keine weitere medizinische Maßnahme, sondern ‚nur' eine besondere Form musikalischer Behandlung von Wirklichkeit (vgl. PETERSEN 1990).

Über den Zusammenhang von Kunst und Behandlung schreibt SALBER (1977, 125): „Kunst sucht ... Leiden-Können und Nicht-Leiden-Können in Entwicklung zu halten; sie drängt Leiden nicht aus dem Blick, sondern macht es beschaubar. Kunst veranlasst Erfahren, Einlassen, Zirkulation von Leiden und Nicht-Leiden-Können. Dadurch gliedert sie Wirklichkeit auf, sie legt sie aus und setzt sie auseinander; sie schreitet die Kreise unserer Entwicklungsmöglichkeiten ab. Darin findet die Behandlung seelischer ‚Leiden' ein Muster. Leiden-Können wird zu einer Richtlinie für Behandlung; ‚Leidens-Druck' erweist sich als eine vielsinnige Verdichtung der Konstellationsprobleme von Kunst und Behandlung."

Für MusiktherapeutInnen ist gerade dieser Zusammenhang von Kunst und Behandlung zumeist auch persönliche Erfahrung aus dem jahrelangen praktizierenden Umgang mit Musik, aus der heraus sich ein – zunächst meist nicht in Sprache begriffenes – Wissen um spezifische Behandlungsformen des Seelischen fundiert. Würden sie dieses Wissen in Anpassung an eine reichsversicherungsordnungsgemäße Selbstbegründung aufgeben, so gäben sie den Gedanken der künstlerischen Therapieformen auf, auch wenn es die Musiktherapie dann noch gäbe.

Der Versuch, das ‚Leiden' der Patientin im oben beschriebenen Sinne zu erfassen, stellt den ersten Schritt der Behandlung dar. Wir können ihn auch verstehen als die Herstellung des Behandlungsauftrages zwischen Therapeutin und Patientin. Im Unterschied zur Indikation ist damit auch gemeint, dass es hier weder um eine einseitige ‚Feststellung' und Zuweisung geht noch um etwas (vermeintlich) ‚Objektives', sondern um einen intersubjektiven Prozess, um ein erstes gemeinsam hergestelltes Werk zwischen zwei Subjekten. Wir können es auch als einen ‚Einigungsprozess' auffassen, wenn wir dabei mitdenken, dass diese Einigung zugleich auch die Erhaltung einer Differenz beinhaltet.

In Fällen, in denen eine gewisse ‚Krisenerfahrung' Voraussetzung für die Aufnahme einer Behandlung ist – wie z.B. in der morphologischen Intensivberatung und in vielen Psychoanalysen –, mag diese Differenz etwas geringer sein als etwa in dem oben beschriebenen Beispiel der Kopfschmerzpatientin. Das ist aber nur ein gradueller Unterschied, der die Grundtatsache der Differenz nicht aufhebt.

Was das Zustandekommen dieses Einigungsprozesses jeweils konkret heißt, lässt sich weder verallgemeinern noch vorhersehen. Es muss vielmehr in jeder einzelnen therapeutischen Begegnung neu gewonnen werden. Daran, dass der Behandlungsauftrag immer eine ‚Einigung in Differenz' ist, lässt sich aber ebenso eine Gemeinsamkeit musiktherapeutischer Behandlungsweise herausstellen wie eine Unterscheidung zur medizinischen Indikation. Es geht dabei tatsächlich um etwas Paradoxes: Der Therapeutin muss quasi gelingen, das Leiden zugleich anders als und genauso wie die Patientin zu sehen. Sie muss sich empathisch einfühlen in das subjektive Erleben und das Ganze aus dem Blickwinkel der Patientin heraus erleben können. Sie muss aber zugleich auch einen

anderen Blickwinkel einnehmen und das Ganze noch einmal anders sehen und verstehen, denn sonst wird sie keinen Perspektivwechsel erreichen können und für die Patientin keine neue Perspektive, keine Aussicht auf Veränderung und Heilung sein.

Aber auch von Seiten der Patientin verlangt die Einigungsgestalt des Behandlungsauftrages eine paradoxe Leistung: Die angeführte Kopfschmerzpatientin musste sich ‚trotz alledem' darauf einlassen, mit der Therapeutin auf Musikinstrumenten zu spielen und weiteres zu erzählen, was nach ihrer Sicht der Dinge zunächst gar nichts mit ihrem Leiden zu tun hatte. Der psychotische Patient muss sich trotz der Angst, die das Zusammensein mit dem Therapeuten auslöst, darauf einlassen zu bleiben und nach Wegen zu suchen, diese Angst erträglich zu machen. Der drogenabhängige Patient kann zwar sagen, dass er sich durch die Regelung „Therapie vor Strafe" zur Behandlung gezwungen fühlt, aber zu einem Behandlungsauftrag kann es nur kommen, wenn es ihm gelingt, Momente der Freiwilligkeit in der therapeutischen Begegnung zu erleben und herzustellen. Beide – TherapeutIn und PatientIn – sind an der Entstehung des Behandlungsauftrages aktiv und passiv, erteilend und annehmend beteiligt.

Als ‚Einigung in Differenz' wird der Behandlungsauftrag psychologisch gesehen nicht vom Patienten erteilt und vom Therapeuten angenommen, sondern er wird als ein Drittes in einer der ersten Stunden – und dann immer wieder – von PatientIn und TherapeutIn hergestellt: als ein gemeinsames Werk.

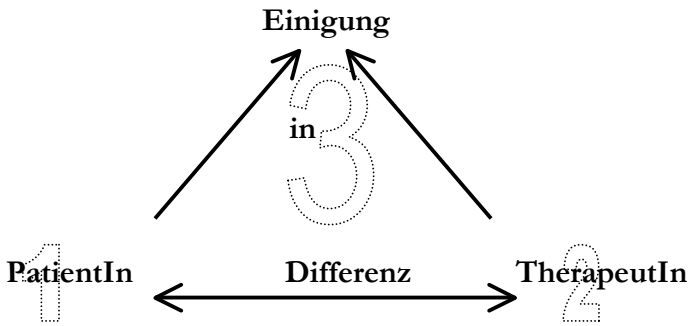


Abb. 1: Das Dritte bildet nicht die Einigung allein,
sondern ebenso die Differenz, die in dieser Einigung aufgehoben ist.

‚Einigung in Differenz' meint nicht einen Kompromiss im Sinne eines Mittelweges: Das Dritte ist nicht die Einigung allein, sondern das auszuhaltende Spannungsverhältnis einer Einigung, die die Differenz nicht aufhebt, sondern in der die Differenz aufgehoben (inbegriffen) ist. Der Behandlungsauftrag und das sich daraus entwickelnde Behandlungswerk bewahrt die Zwei in einer Gestalt, hörbar in der gemeinsamen Musik, aber erlebbar auch darüber hinaus.

Abb. 2: (Schlangenjaspis)
Gestalt einer Zwei, die ein Drittes bilden: .Durchdringung ohne Vermischung

´Einigung in Differenz´ meint natürlich auch nicht, was wir von schlechten Witzen her kennen, bei denen der Therapeut dem Patienten sagt, worunter er *‚eigentlich'* leidet. („Mein Therapeut hat gesagt, ich habe eigentlich gar keine Kopfschmerzen, sondern einen Mutterkomplex.")

> Ebenso wenig reicht es aus, die andere Sicht auf das Leiden, die Differenz zunächst zu verschweigen, in der Art „Ich tue erst mal so, als ob ..., damit die Patientin erst mal Vertrauen bekommt." Es ist m.E. eines der dauerhaftesten Missverständnisse des Behandlungsauftrages in der Psychotherapie, dass der Patient zunächst einmal Vertrauen haben müsse, bevor die Therapie beginnen könne. Im Grunde hieße das, alle PatientInnen für nicht behandelbar zu erklären, die an einem gestörten Urvertrauen leiden oder die Mangelerfahrungen in der Verlässlichkeit frühen Bezugspersonen gemacht haben, denn sie leiden ja gerade daran, nicht vertrauen zu können und in gewissem Sinne müssen wir ihnen zugestehen, dass unter den Bedingungen ihres Aufwachsens ihr Können darin besteht, nicht zu vertrauen. Vermutlich gehört ein großer Teil der PatientInnen der Musiktherapie zu dieser Gruppe früh gestörter PatientInnen. Die Paradoxie des Behandlungsauftrages hieße in diesen Fällen das Nicht-Vertrauen-Können zu akzeptieren und die Überprüfung der Verlässlichkeit des Therapeuten anzubieten und dann hoffentlich – von Stunde zu Stunde – diese Probe zu bestehen.

Nach einmal anders formuliert: *‚Einigung in Differenz'* meint, dass der Patient spüren können muss, dass der Therapeut ihn versteht, aber dass er darüber hinaus noch etwas mehr oder etwas anders versteht (Denn warum sonst soll er einen Therapeuten aufsuchen?): Nicht im Sinne der Besserwisserei, des Erfahrungsvorsprunges oder einer intellektuellen oder moralischen Überlegenheit, sondern im Sinne der Außensicht und des psychologisch geschulten Verstehens. Bezogen auf die Musik ließe sich auch sagen: Der Therapeut muss den Patienten hören, ihm zuhören und in der Musik des Patienten noch etwas mehr, etwas anderes hören und verstehen.

Als Zusammenspiel zwischen zwei Menschen beinhaltet ein solches Verständnis des Behandlungsauftrages immer auch die Möglichkeit des Scheiterns und zwar in einem kategorial anderen Sinne, als wenn wir im Zusammenhang mit der Indikation für ein bestimmtes Medikament auch damit rechnen, dass dieses in bestimmten Einzelfällen einmal nicht ‚anschlägt' oder eine ‚paradoxe Reaktion' (im medizinischen Sinne) auslöst.

Dass das, was hier gemeint ist, nicht mit einer ‚Verhandlung' auf intellektueller Ebene zu vergleichen ist, wird gerade in den extremen Bereichen musiktherapeutischen Behandelns deutlich, wie etwa in der Arbeit mit komatösen PatientInnen. Auch hier ist in dem Versuch des Erspürens der individuellen seelischen Verfassung der PatientIn in den wenigen wahrnehmbaren ‚Ausdrucksformen', etwa dem Atemrhythmus, erkennbar, wie etwa das Singen der TherapeutIn nicht ohne den Versuch einer ‚Einigung' im Kontakt mit der PatientIn geschieht. Und es wird verstehbar, warum ein Walk-man hier nicht dem Behandlungsauftrag entsprechen würde und warum dieser auch nicht in jedem Fall auf das ‚Zurückholen' der PatientIn ausgerichtet sein darf, sondern auch die Möglichkeit einbeziehen muss, dass die Musiktherapie Sterbebegleitung ist (vgl. GUSTORFF 1990).

Dabei geht es nicht um eine zeitlos ‚feste' Gestalt und keinen einmaligen Vorgang, sondern die Gestalt dieser ‚Einigung in Differenz' *vollzieht* sich durchaus in einem Hin und Her, muss Spannungen und Unbestimmtheiten aushalten, Korrekturen zulassen, kann Zurücknehmen ebenso beinhalten wie Beharrlichkeit. Sie ist ausgedehnt und sie ist *Teil* der Behandlung und nicht – wie die Indikation – etwas, was ihr vorausgeht. Wenn wir sie hier als ersten Schritt der Behandlung verstehen, so soll damit nicht ausgeklammert sein, dass sie sich – gerade in längeren Behandlungen – auch immer wieder modifiziert, und zwar nicht nur in dem Sinne, dass wir manches vielleicht zu Anfang nur unvollständig erfassen konnten, sondern auch, weil das Leiden-Können und Nicht-Leiden-Können selbst in eine Entwicklung kommt.

Das Dritte im Behandlungsauftrag

Ein weiteres Spannungsverhältnis bei der Gewinnung des Behandlungsauftrages kommt besonders in der Arbeit mit Kindern ins Blickfeld (vgl. u.a. IRLE/MÜLLER 1996 sowie Einblicke, Heft 11). Da können z.B. Schule oder Eltern ein bestimmtes Verhalten eines Kindes nicht leiden, und die Musiktherapie soll *gegen* ‚Verhaltensauffälligkeit', ‚Hyperaktivität', ‚Lern- und Konzentrationsstörungen' helfen. Das Kind selbst äußert dazu oft gar nichts oder vielleicht, dass es unter den Gegenmaßnahmen gegen diese ‚Störungen' leidet, dass die Schule ‚doof' ist oder die anderen Kinder nicht mit ihm spielen.

In der Musiktherapie mit Kindern stellt sich oft konkret die Frage, wer hier den Behandlungsauftrag erteilt, das Kind, die Eltern, die Schule? Oder – unter Berücksichtigung des vorher dargestellten – zwischen wem sich der Behandlungsauftrag herstellen muss? Die Notwendigkeit von Eltern- oder Familiengesprächen sind da nur der unmittelbare Ausdruck dessen, dass hier ein Drittes auch noch mitspielt und dass es hier um ein Zusammenspiel verschiedener Beziehungsdreiecke geht, in der die Positionen vielfältig wechseln, wie in den nachfolgenden Abbildungen schematisch skizziert.

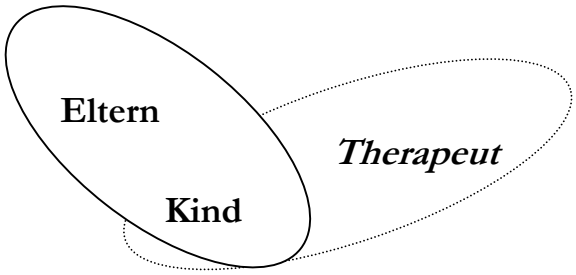


Abb. 3: In der Kindertherapie ist zunächst der Therapeut der hinzukommende Dritte. Er muss darauf achten, den Behandlungsauftrag auch vom Kind zu bekommen.

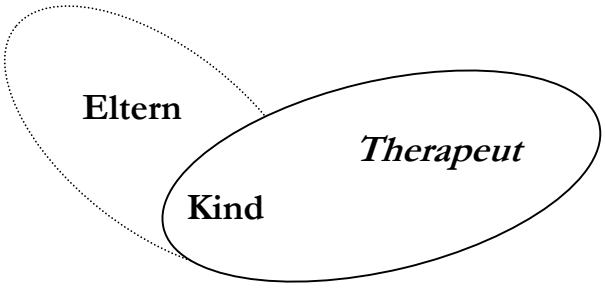


Abb. 4: Während der musiktherapeutischen Arbeit sind die Eltern als das Dritte in der Beziehung zum Kind zu berücksichtigen

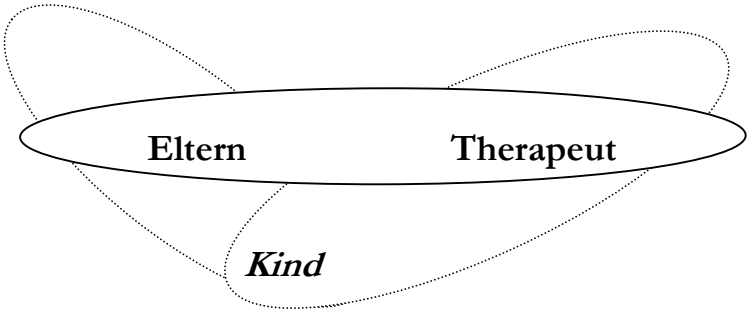


Abb. 5: Im Elterngespräch treten kurzfristig die jeweils anderen Beziehungen in den Hintergrund. Sie bleiben aber Anlass und Zentrum der Beziehung zwischen Eltern und Therapeut.

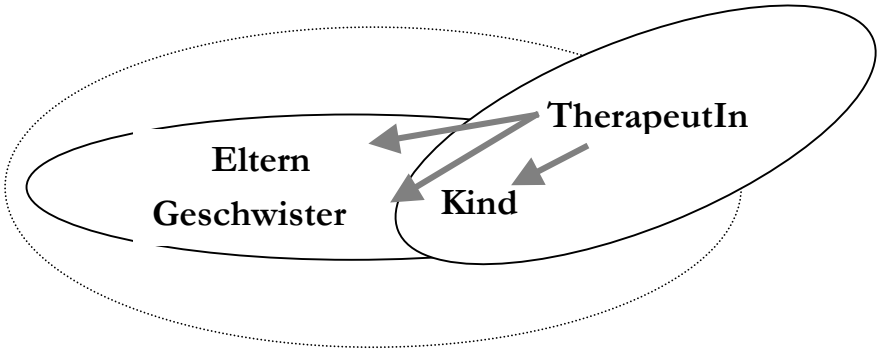


Abb. 6: Im Familiengespräch bezieht der Therapeut (unter Wahrung der entstandenen Beziehung zum Kind) einen Auftrag aus den ihm wahrnehmbaren Beziehungen der Familienmitglieder untereinander und spricht mit und zu jedem anwesenden Mitglied der Familie.

Schon früh beschrieben KindertherapeutInnen (oft mit einem Anflug von Ärger), dass die besondere Schwierigkeit der Kindertherapie darin bestehe, dass die Kinder meist gar keinen oder einen zu geringen oder unsteten ‚Leidensdruck' hätten. Jüngere TherapeutInnen sind oder scheinen dabei bisweilen eher in Gefahr, das Ganze nur als ‚Störungen' der Eltern, der Schule etc. zu sehen und damit auch das Leiden des Kindes zu übersehen und sein Können zu unterschätzen.

Gehen wir von der Frage aus, was einem Kind ‚leid' ist, was es als verletzend, eklig, unangenehm erlebt, was ihm keinen Sinn macht, was es nicht ertragen will, auf welche Wege es sich nicht einlassen kann/will, welche ‚Reisen' es unbemerkt angetreten hat, so lässt sich aber meist sehr wohl ein Behandlungsauftrag des Kindes selbst erspüren. Dass der Therapeut das spürt, muss wiederum in irgendeiner Form wiederum dem Kind spürbar sein. In der Kindertherapie geschieht dieses Zusammenspiel vermutlich sehr selten in einer sprachlichen Kommunikation, sondern ‚szenisch', im musikalischen wie im sonstigen Spiel. (Einmal auf dieses ‚szenische' Verstehen aufmerksam geworden, kann man sich natürlich mit Recht fragen, ob das in der Behandlung Erwachsener nicht vielleicht auch so ist.)

In vielen Fällen steht das so Rekonstruierte dann auch nicht mehr in unvereinbarem Widerspruch zu dem, was von der dritten Seite als ‚Behandlungsauftrag' genannt wurde, sondern dies kann ähnlich wie etwa ‚Symptome' als Hinweis auf anderes verstanden werden.

Auch hier spielen also *‚Einigung und Differenz'* auf einer weiteren Ebene eine Rolle. Es gilt, sie in einem Dreiecksverhältnis zu vermitteln, unabhängig davon, ob die Musiktherapie nur mit dem Kind stattfindet, im Wechsel mit Eltern- oder Familiengesprächen oder diese von den mitbehandelnden KollegInnen durchgeführt werden. Gelingt diese Vermittlung zu wenig, ist die Differenz zwischen zweien der drei Pole zu groß bzw. nicht genügend in einer Einigung aufgehoben, so ist der Abbruch der Behandlung entweder von ‚dritter' Seite oder vom Kind nicht mehr fern.

Schauen wir von dem aus, was in der Kindertherapie offensichtlich ist, zurück zur Erwachsenenbehandlung, so wird deutlich, dass diese dritte Seite auch dort immer mitwirkt, sei es in Form psychischer Repräsentanzen, sei es in der Form eines ‚agierenden' Ehepartners, oder im Zusammenhang mit der Institution, in der die Musiktherapie stattfindet. Gerade die Rolle der Institution bestimmt in der Musiktherapie den Behandlungsauftrag – oft in einschränkender Weise – mit. So gilt es manchmal einen Weg

zu finden zwischen einer vielleicht völlig unpsychologischen Diagnostik und einer relativ wahllosen Patientenzuweisung auf der einen Seite und der eigenen Wahrnehmung des seelischen Geschehens und dem Bemühen um ein psychologisches Verstehen auf der anderen. (Stichworte aus mündlichen oder schriftlichen ‚Zuweisungen' zur Musiktherapie: „Das ist eine Schizophrenie, da lässt sich psychologisch nicht viel machen." - Schizophrenie als nicht-mehr-seelisches Geschehen. / „Das ist was für die Musiktherapie: Herr M. war früher mal im Posaunenchor." – „Frühe Störung, bitte nur zudecken" – „Rationalisiert zu viel, bitte nur nonverbal arbeiten.")

Die hier auftauchende Differenz zu ignorieren, geht oft nicht lange gut, da sie sich dann bald auch in manifesten Einschränkungen bis hin zu Eingriffen in die musiktherapeutische Behandlung selbst auswirkt. In Kliniken und Heimen muss daher immer auch das Leiden-Können und Nicht-Leiden-Können der Institution im Behandlungsauftrag Berücksichtigung finden. Das kann bisweilen zu einer Minderung des unter ‚besseren' Umständen mit der Musiktherapie Erreichbaren führen, oder es kann heißen, dass der Behandlungsauftrag der Gruppe der PatientInnen insgesamt auch den Versuch der Einflussnahme auf die Institution beinhaltet.

Gerade weil Musiktherapie in Bereichen arbeitet, in denen eine psychologische Sicht des Seelischen nach wie vor unüblich ist – sprich: in den meisten Psychiatrien und Institutionen für geistig Behinderte –, fällt das Spannungsfeld dieses Dreiecks besonders ins Gewicht. So spielen auch die rechtlichen Rahmenbedingungen in den Behandlungsauftrag und die Beziehungsgestalt von PatientIn und TherapeutIn hinein. Wenn z.B. die Musiktherapie eines Kindes im Rahmen einer deutschen Schule stattfindet, so ist die vielleicht gewählte Bezeichnung „musiktherapeutische Förderstunde" zwar zunächst nur eine Bezeichnung, die gewählt wurde, damit die Musiktherapie an diesem Ort überhaupt stattfinden kann und finanzierbar ist. In einer Schule in Luxemburg kann sie auch im Rahmen von Schule als Psychotherapie stattfinden. Beide Varianten beeinflussen notwendigerweise den Handlungsraum des Therapeuten, z.B. durch die Möglichkeit oder Unmöglichkeit der Zusammenarbeit mit dem betreuenden Kinderarzt, die Formen der Kontaktaufnahme zu den Eltern und den Lehrern. Sie beeinflussen aber auch das Denken und Empfinden des Therapeuten und damit zumindest mittelbar auch das Erleben des Kindes. In diesen Spannungsfeldern kann sowohl die vermeintliche Unabhängigkeit von den äußeren Bedingungen oder Benennungen als auch die zu großen Anpassung oder Einschränkung des eigenen Denkens zur Krise führen.

Die institutionellen, rechtlichen und kollegialen Verhältnisse im Behandlungsauftrag zu berücksichtigen und als Teil des gesellschaftlichen Auftrags der Musiktherapie aufzufassen, kann dazu beitragen, die Grenzen des im Einzelfall Möglichen nicht allzu sehr als persönliches Versagen oder Verschuldung am Patienten zu erleben. Damit soll allerdings nicht ausgeklammert sein, dass es *auch* Situationen gibt, in denen angesichts einer zu großen Verkehrung des Behandlungsauftrages mit dem Patienten/Klienten eine Kündigung die einzig sinnvolle Behandlung dieses Dreiecksverhältnisses sein kann.

Und es ist zu berücksichtigen, dass die „Mitbehandlung" der Institution nicht mit den gleichen Methoden erfolgen kann wie die Behandlung eines Patienten. Zwar können wir versuchen, institutionelle Strukturen auch psychologisch zu verstehen, es wird sich aber als wenig hilfreich erweisen, sie dabei nach Art eines Patienten anzusehen, denn sie wird sich nicht in gleicher Weise vom Musiktherapeuten behandeln lassen. Vielmehr behandeln ja auch sie wiederum den Musiktherapeuten und auch dies in deutlich anderer Art und Weise als der Patient dies tut. Es ist daher wichtig, das hier entstehende wechselseitige Behandlungsverhältnis als eines zu verstehen, welches als eine eigene Wirkungseinheit

anderen Gesetzmäßigkeiten und Regeln unterliegt, die es auch im psychologischen Nachdenken zu berücksichtigen gilt.

Betrachten wir in dieser Weise das Dritte im Behandlungsauftrag, so fällt auf, dass wir in einen immer weiteren Bereich von Einflüssen gelangen, denen jede Behandlung direkt und indirekt unterliegt. Um eine gewisse Orientierung zu gewinnen, erscheint es sinnvoll zum einen zu unterscheiden zwischen Einflüssen durch ein Drittes, zu dem beide – PatientIn und TherapeutIn – ein unmittelbares Verhältnis haben und solchen, bei denen das Dritte für einen der beiden nur mittelbar besteht:

Ein unmittelbares Drittes liegt dann vor, wenn beide den Dritten (das Dritte) kennen und zu ihm eine eigene Beziehung haben: so etwa zum mitbehandelnden Arzt in der Klinik, zum Team, zur Institution, in der die Behandlung stattfindet.

Als mittelbar Drittes können wir demgegenüber zum einen die Personen ansehen, die nur der Patient kennt, etwa seinen Ehepartner, sein Arbeitgeber, einen Arzt, den der Therapeut nicht kennt, die Freunde, mit denen der Patient über die Behandlung spricht etc. Manchmal wechselt diese Konstellation dann auch in ein zwischenzeitlich unmittelbares Verhältnis, etwa wenn während einer stationären Behandlung der Ehepartner zu einem Paargespräch kommt. Zum anderen gibt es auch auf Seiten des Therapeuten dritte Personen, die für die Realität der Behandlung wirksam sind, die aber nur der Therapeut kennt: so z.B. die Ausbilder eines Therapeuten, der sich noch in einer Weiterbildung befindet, der Supervisor, der die Behandlung begleitet, die Beschreibergruppe, die den Bandmitschnitt einer Improvisation untersucht, der imaginierte Leser, wenn der Therapeut einen Fallbericht schreibt etc. Dies mitzubedenken eröffnet eine bestimmte Aufmerksamkeitshaltung durch die etwas *bei Bedarf* erhellt werden kann: Auch wenn wir normalerweise den Patienten nicht über unsere Supervision unterrichten oder ihn nur allgemein über die Möglichkeit der Beschreibung der Musik durch Dritte informiert haben, so könnte eine Mitteilung notwendig werden, wenn der Patient etwas, was durch die Supervision (oder die Beschreibung) entstanden ist, als Irritation oder Störung der Beziehung erlebt und was ihm dunkel (unheimlich, undurchschaubar) bliebe, wenn wir die Herkunft einer solchen Veränderung nicht aufklären würden. Im schlimmsten Falle könnte dies dem Patienten zur Wiederholung früherer ‚Unheimlichkeiten' in Bezug auf den Einfluss von Dritten auf eine lebenswichtige Beziehung werden. Die Frage, wann und wie derlei Mitteilungen hilfreich sind und wann sie eher selbst zur Störung werden, ist im Einzelfall schwierig zu beantworten. Generell lässt sich daher nur eine Aufmerksamkeit auf solche Einflüsse empfehlen, damit wir sie gegebenenfalls berücksichtigen können.

Eine weitere Unterscheidung führt in den Bereich dessen, was wir auch in der Alltagssprache als Einflüsse der „Verhältnisse" umschreiben. In der hier gewählten Differenzierung können wir es als ein Drittes charakterisieren, zu dem beide, TherapeutIn und PatientIn, keine durch persönliche Begegnung realisierte Beziehung haben, so z.B. zu *der* Krankenkasse, *dem* Gesundheitssystem, *den* gesetzlichen Bestimmungen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, deren Einfluss sich auf die Behandlung und die Beziehung der beiden auswirkt. Kommt es hier zum Erleben struktureller Gewalt[50], so wird diese umso schwerer zu behandeln sein, je stärker ihr auch der Therapeut unterworfen ist und sich in seiner therapeutischen Arbeit behindert fühlt. Deshalb möchte ich mit einer Betrachtung dieses Begriffs in unserem Zusammenhang schließen. Mit struktureller Gewalt, einem Begriff des Friedensforschers GALTUNG, sind – im Unterschied zur

[50] Der komplexe Gewaltbegriff von Johan Galtung sieht Gewalt dort, wo „eine Differenz zwischen dem, was sein könnte (Potentialität), und dem, was ist (Aktualität), ausgemacht werden kann" s. http://de.wikipedia.org/wiki/Strukturelle_Gewalt

personalen Gewalt – diejenigen negativen Einflüsse gemeint, die nicht von einzelnen Personen ausgehen, sondern sich mittelbar, indirekt aus gesellschaftlichen Bedingungen ergeben und zwar aus ungleichen Machtverhältnissen. Entsprechend richten sie sich auch nicht direkt gegen einzelne Personen, sondern wirken sich – etwa durch ungleiche Lebenschancen – auf die Angehörigen bestimmter gesellschaftlicher Gruppen aus, ohne dass diese sich als Opfer „gemeint" fühlen können. Dadurch dass sie sich nicht gegen jemanden Bestimmtes richten, wirken sie unbeabsichtigt, geräuschlos, selbstverständlich, indirekt und alltäglich. Gewalt im Sinne GALTUNGS liegt dabei dann vor, wenn durch den Unterschied zwischen dem Potentiellen und dem Aktuellen Menschen zu Opfern dieser Verhältnisse werden.

Strukturelle Gewalt beeinflusst daher in hohem Maße auch die musiktherapeutische Arbeit mit psychisch Kranken, geistig und körperlich Behinderten, mit alten und dementen Menschen, sozial Abgeschobenen, Mobbing-Opfern, Drogenkranken und vielen anderen Menschen, die uns in der Musiktherapie begegnen. Eine Auseinandersetzung mit dem soziologischen Begriff der strukturellen Gewalt könnte hier hilfreich sein, insbesondere aber eine Erforschung der psychodynamischen Verknüpfungen, die sich in den Betroffenen vor dem Hintergrund ihrer persönlichen Biographie im Erleben herstellen. Denn auch wenn sich die strukturelle Gewalt nicht gegen eine bestimmte Person richtet, so ist es dennoch das Subjekt, welches von ihr getroffen wird. Da strukturelle Gewalt gemeinhin nicht als solche erkannt wird, erscheint sie im Erleben naturgemäß als ein Phänomen in der Übertragung bzw. im Sinne des Wiederholungszwanges, etwa als das Unterworfensein des Selbst unter unheimliche, mächtige, unbeeinflussbare Kräfte oder als geschädigt, missbraucht, aber noch nicht einmal als Opfer „gemeint" und insofern als Subjekt unwert, ungesehen, unerkannt.

Zu einer schwierigen Verwicklung kommt es m.E. für die Musiktherapie inzwischen deshalb, weil nicht zu übersehen ist, dass auch die Arbeitsbedingungen der MusiktherapeutInnen und die Weiterentwicklung des Faches Musiktherapie, wie auch der künstlerischen Therapien insgesamt, in diesem Sinne der strukturellen Gewalt unterliegen (vgl. TÜPKER 2002), die von dem derzeitigen Gesundheitssystem und dem Wissenschaftssystem ausgehen. Ebenfalls nicht zu übersehen ist, dass diese Situation sich sowohl auf die fachlichen Möglichkeiten auswirkt (z.B. Behandlungsdauer, Zuweisungspraktiken, Verbote, ambulante Weiterbehandlung etc.) als auch auf das psychosoziale Wohlbefinden und Leiden-Können der MusiktherapeutInnen, welches wiederum seinen Einfluss auf die Arbeit mit den PatientInnen haben wird.

Vielleicht wäre gerade der Berufsverband der Ort, an dem die fachlich sinnvollen Umgangsweisen mit dieser Zwangslage ebenso diskutiert werden könnten wie die Initiativen, die hier im politischen und gesellschaftlichen Raum notwendig sind.

LITERATUR

Berk, Hermann-Josef (1993): Behandlung als Kulturbildung. Berufspolitische Überlegungen zur psychologischen Psychotherapie. In: Zwischenschritte, 2/1993, hg. Fitzek/Schulte, Bouvier, Bonn (308-320)

Decker-Voigt, Hans-Helmut et. al. (Hg.) (1996): Lexikon Musiktherapie. Hogrefe-Verlag, Göttingen

Einblicke: Heft 11: Kinder - Jugendliche – Erwachsene. Methodische Besonderheiten, BVM, Berlin 2001

Galtung, Johan (1971): Strukturelle Gewalt. Beiträge zur Friedens- und Konfliktforschung. Rowohlt-Verlag, Reinbek

Grootaers, Frank G. (2001): Bilder behandeln Bilder. Musiktherapie als angewandte Morphologie. Lit-Verlag, Münster

Gustorff, Dagmar (1990): Lieder ohne Wort. Musiktherapie mit komatösen Patienten auf der Intensivstation. Musiktherapeutische Umschau 11 (120-126) (s. auch unveröffentlichte Dissertation zum gleichen Thema an der Universität Witten-Herdecke)

Irle, Barbara; Müller, Irene (1996): Raum zum Spielen – Raum zum Verstehen. Musiktherapie mit Kindern, Lit-Verlag, Münster

Kühn, Manfred (1991): Indikationen für Musiktherapie - ein Legitimationsproblem? Musiktherapeutische Umschau 12 (213-233)

Lorenzer, Alfred (1973): Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Frankfurt am Main

Niedecken, Dietmut (1989): Namenlos. Geistig Behinderte verstehen lernen. München

Petersen, Peter (Hg) (1990): Ansätze kunsttherapeutischer Forschung. Berlin

Salber, Wilhelm (1977): Kunst-Psychologie-Behandlung. 2. Aufl., Köln 1986

Tüpker, Rosemarie (1990/2002): Auf der Suche nach angemessenen Formen wissenschaftlich Vorgehens in kunsttherapeutischer Forschung. In: Petersen, Peter: Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Grundlagen – Projekte – Vorschläge. Mayer-Verlag, Stuttgart (95-109)

Tüpker, Rosemarie (1988/1996): Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie. LIT-Verlag, Münster

Tüpker, Rosemarie (2002): Forschen oder Heilen. Kritische Betrachtungen zum herrschenden Forschungsparadigma. In: Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Hrsg. Peter Petersen. Mayer Verlag, Stuttgart 2002 (34-72)

Tüpker, Rosemarie (2003): Selbstpsychologie und Musiktherapie. In: Bernd Oberhoff (Hg.) Die Musik als Geliebte. Imago, Psychosozial-Verlag Gießen i.V.

v. Vietinghoff-Scheel: Seht doch, wie sie leben. Psychosoma-Analysen mit jugendlichen Krebspatienten. Suhrkamp stw 746, Frankfurt a. Main

Rosemarie Tüpker

Musiktherapie in Praxis, Forschung und Lehre

Schriften zur Habilitation
Dortmund 2005

BAND 1 BEITRÄGE ZUR PSYCHOLOGIE DER MUSIK

BAND 2 BEITRÄGE ZUR THEORIE UND PRAXEOLOGIE DER MUSIKTHERAPIE

BAND 3 BEITRÄGE ZU FORSCHUNGSMETHODIK UND WISSENSCHAFTSTHEORIE

BAND 4 BEITRÄGE ZUR LEHRE

BAND 5 LEXIKONARTIKEL

INHALTSVERZEICHNIS

BAND 1

BEITRÄGE ZUR PSYCHOLOGIE DER MUSIK

1.1 **Musik – eine Zaubermacht? Kritische Untersuchung zur Bedeutung der Musik im Märchen** **5**
Musiktherapeutische Umschau Band 20/3, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1999, 23-248

1.2 **Zum Musikbegriff der musiktherapeutischen Improvisation** **21**
In: Einblicke, Heft 12, 2001, 44-69

1.3 **Wo ist die Musik, wenn wir sie nicht hören?** **43**
In: Oberhoff, B. (Hg.): Das Unbewusste in der Musik. Psychosozial-Verlag, Gießen 2002, 75-102

1.4 **Selbstpsychologie und Musiktherapie** **64**
In: Oberhoff, B. (Hg.): Die Musik als Geliebte. Psychosozial-Verlag, Gießen 2003, 99-138

1.5 **Musikhören als Gestalt** **95**
Zur Veröffentlichung angenommen in: Frohne-Hagemann (Hg.): Theorie und Praxis der Rezeptiven Musiktherapie, L. Reichert Verlag, Wiesbaden 2004

BAND 2

BEITRÄGE ZUR THEORIE UND PRAXEOLOGIE DER MUSIKTHERAPIE

2.1 **Musiktherapie in der Psychosomatik** **5**
In: Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift, Heft 10/1990, Kohlhammer, Stuttgart 1990, 730-733

2.2 **Vergewaltigung und sexueller Mißbrauch. Kein Thema für die Musiktherapie?** **11**
In: Einblicke, Heft 2, Deutscher Berufsverband der Musiktherapeuten, Berlin 1990, 52-66

2.3 **Musik und Sprache als Mittel in psychologischer Behandlung und Forschung** **25**
In: Spielen und Sprechen in der Musiktherapie. Materialien zur Musiktherapie und Morphologie, Heft 5, IMM, Zwesten 1992, 7-44

2.4 **Zur Bedeutung künstlerischer Formenbildung in der Musiktherapie** **48**
In: Spiele der Seele. Hrsg.: H.-H. Decker-Voigt, Trialog-Verlag, Bremen 1992, 121-144

2.5 **Musiktherapie: Hören und Verstehen** **66**
In: Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Hrsg.: Petersen/Fevers-Schorre/ Schwerdtfeger. Springer, Berlin/ Heidelberg/New York 1993, 105-112

2.6 **Blickpunkt Musiktherapie: Tötungsphantasien heute und 'Euthanasie' im 'Dritten Reich'** **75**
In: Vor 50 Jahren … Gedenkveranstaltungen der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster zum 8. Mai 1945. Hrsg.: Ruth-Elisabeth Mohrmann, LIT Verlag, Münster 1996, 101-119

2.7 **Nichts ist ohne Grund. Musiktherapie bei funktionellen Störungen** **89**
In: Tüpker, R. (Hg) Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis LIT Verlag, Münster 1996, 8-37

2.8 **Musiktherapie als Erweiterung des Behandlungsangebotes oder: Warum braucht die Psychiatrie die Kunst?** **111**
In: ′therapie kreativ′. Zeitschrift für kreative Sozial- und Psychotherapie, Heft 21. Affenkönig-Verlag, Neukirchen-Vluyn 1998, 3-23

2.9 **Morphologisch orientierte Musiktherapie** **127**
In: Schulen der Musiktherapie. Hrsg. Hans-Helmut Decker-Voigt, Ernst Reinhard Verlag, München/Basel 2001, 55-77

2.10 **Musik bis ins hohe Alter** **146**
In: Musik bis ins hohe Alter. Fortführung, Neubeginn, Therapie (Hg. mit Hans Hermann Wickel), LIT Verlag, Münster 2001, 6-19

2.11 **Musiktherapeutische Konzepte mit alten Menschen** **156**
In: Musik bis ins hohe Alter. Fortführung, Neubeginn, Therapie (Hg. mit Hans Hermann Wickel), LIT Verlag, Münster 2001, 87-142

2.12 **Einigung in Differenz. Zum Behandlungsauftrag der Musiktherapie** **194**
In Einblicke, Heft 14, Berlin 2003, 124-140

BAND 3

BEITRÄGE ZU FORSCHUNGSMETHODIK UND WISSENSCHAFTSTHEORIE

3.1 **Wissenschaftlichkeit in kunsttherapeutischer Forschung** **5**
In: Musiktherapeutische Umschau 1990 Band 11/1 Bochinsky Verlag, 11-20. Sowie mit dem Titel „Auf der Suche nach angemessenen Formen wissenschaftlichen Vorgehens in kunsttherapeutischer Forschung“ in: Ansätze kunsttherapeutischer Forschung. Hrsg. P. Petersen, Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg/New York 1990, 71-86 (Neuauflage in Petersen 2002)

3.2 **Leitfaden zur Protokollierung musiktherapeutischer Behandlungen** **18**
In: Einblicke, Heft 4, Deutscher Berufsverband der Musiktherapeuten, Berlin 1993, 43-67

3.3 **Forschen oder Heilen. Kritische Betrachtungen zum herrschenden Forschungsparadigma** **50**
In: Peter Petersen (Hg.): Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Mayer Verlag, Stuttgart 2002, 34-72

3.4 **Morphological Research** (mit Eckhard Weymann) **79**
Zur Veröffentlichung vorgesehen in: Barbara Wheeler: Music Therapy Research, 2 nd edition

BAND 4

BEITRÄGE ZUR LEHRE

4.1 **Supervision im Erleben von Studierenden der Musiktherapie** **5**
In: Einblicke, Heft 7, Deutscher Berufsverband der Musiktherapeuten, Berlin 1996, 53-80

4.2 **Supervision als Unterrichtsfach in der musiktherapeutischen Ausbildung** **33**
In: Musiktherapeutische Umschau 3-4/Band 17, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen/ Zürich 1996, 242-251

4.3 **Reflexion seelischer Verhältnisse in der musikalischen Improvisation** **41**
In: Wege zur musiktherapeutischen Improvisation. (Hrsg. mit Martin Lenz), LIT Verlag, Münster 1998, 135-203

4.4 **Lehrmusiktherapie im veränderten Berufsfeld** **87**
In: Musiktherapeutische Umschau 2/Band 20, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen/Zürich 1999, 114-122

BAND 5

LEXIKONARTIKEL

5.1 **„Musiktherapie“** (mit Manfred Kühn) **5**
In: Bühring/Kemper (Hg.): Naturheilverfahren und unkonventionelle medizinische Richtungen. Loseblattsammlung 9, 1-20, Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg/New-York, 1997

5.2 In: Decker-Voigt (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen 1996, zu den Stichworten
"Leiden-Können" (ebd. S. 194-197) **18**
"Methodisch-Werden" (ebd. S. 217-220) **20**
"Anders-Werden" (ebd. S. 13-15) **22**
"Bewerkstelligen" (ebd. S. 65-67) **24**

5.3 **"Forschungsmethodik"** (ebd. S. 102-104) **27**

5.4 **"Sexueller Mißbrauch"** (ebd. S. 336-339) **30**

BAND

3

BEITRÄGE ZU FORSCHUNGSMETHODIK UND WISSENSCHAFTSTHEORIE

Wissenschaftlichkeit in kunsttherapeutischer Forschung[1][2]

BUCHBEITRAG

3.1

Zusammenfassung Jenseits der notwendigen Auseinandersetzung über die Struktur und Wandlung des Wissenschaftsbegriffs, seiner philosophischen und historischen Fundierung und seiner Konsequenzen für die Forschung und das Weltbild, wird hier versucht, anhand der immer wieder auftauchenden Klischees von Wissenschaftlichkeit aufzuzeigen, daß eine Modifizierung des Wissenschaftsbegriffes notwendig ist, um den Prozessen gerecht zu werden, um die es auch in der Musiktherapie geht. Die „Forderungen" nach Reproduzierbarkeit, Objektivität und Empirie werden auf ihre Angemessenheit in bezug auf den Untersuchungsgegenstand hin betrachtet und auf ihren „Sinn" zur Gewährleistung wissenschaftlichen Vorgehens hin untersucht. Anhand dieser „Stichworte" werden konkrete Vorschläge zu einer Modifizierung gemacht und durch die Forderung nach einer eigenen wissenschaftlichen Gegenstandsbildung ergänzt. Der Aufsatz hat das Ziel, Musiktherapeuten/-innen Argumentationshilfen in wissenschaftlichen Diskussionen an die Hand zu geben und zu einer weiteren Beschäftigung mit den Fragen der Wissenschaftlichkeit anzuregen.

Abtract Leaving aside the necessary debate on the structure and transformation of the concept of science its philosophical and historical foundations and its consequences for research and view of the world, an attempt is made here – on the basis of the recurring clichés concerning the „scientific approach" – to show that the concept of science most be modified to accommodate the processes involved in music therapy. ‚Demands' for reproducibility objectivity and empiricism are examined with a view to their relevance in music therapy and the extent to which they guarantee scientific procedure. Concrete proposals for modifications are made, and it is suggested that music therapy should define its own research object. The author aims to provide arguments for music therapists involved in academic discussion of this matter, and to encourage them to explore it further.

Keywords concept of science, reproducibility, objectivity, empiricism, reseach object

---

[1] In: Musiktherapeutische Umschau 1990 Band 11/1 Bochinsky Verlag, 11-20. Sowie mit dem Titel „Auf der Suche nach angemessenen Formen wissenschaftlichen Vorgehens in kunsttherapeutischer Forschung" in: Peter Petersen: Ansätze kunsttherapeutischer Forschung, Springer Verlag, Berlin/Heidelberg/New York 1990. Neuauflage in: Peter Petersen (Hg): Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Mayer Verlag, Stuttgart 2002, 34-72

[2] Der vorliegende Aufsatz ist als „Nachschrift" zu dem von Peter Petersen initiierten Symposion „Kunsttherapeutisches Handeln und künstlerische Therapieformen als Gegenstand der Forschung", Loccum 27. bis 29. November 1987, entstanden.

Mit der Einladung zum Symposion verband sich für mich die Erwartung, eigene wissenschaftliche Bemühungen im Bereich musiktherapeutischer Forschung mit dem Vorgehen anderer Kunsttherapeuten zu vergleichen und anhand der Vorstellungen, Erwartungen und Einwände von Wissenschaftlern anderer Fachbereiche eine Klärung und Verdeutlichung der notwendigen methodischen Forderungen zu gewinnen. Hintergrund meiner eigenen Forschungen ist die Morphologische Psychologie, wie sie von Wilhelm Salber (1975b) an der Kölner Universität entwickelt wurde, der es meines Erachtens gelungen ist, künstlerische Weltsicht wissenschaftlich zu nutzen und dadurch der Kunst eine ihr gemäßere Wissenschaftlichkeit anzubieten.

Der Begriff „Kunsttherapien" ist hier – wie auf dem Symposion selbst – im übergeordneten Sinne gemeint als Sammelbegriff für all die Therapieformen, die eine der Künste (Musik, bildende Kunst, Tanz, Theater...) für sich zum Ausgangspunkt ihres therapeutischen Handelns machen und eine dieser Künste – in entsprechend verwandelter Form – praktisch *in* die Behandlung psychischer Erkrankungen einbeziehen.

Auf dem Symposion schienen sich bisweilen wieder „Wissenschaft" und „Kunst" (-therapien) wie Feinde gegenüberzustehen: die Wissenschaft fordernd, die Kunst (-therapie) sich verbergend – als müsse das ihr Innewohnende vor dem „kalten" Blick der Wissenschaft geschützt werden, als suche dieser Blick sie nicht zu erkennen, sondern zu entkräften und entleeren. Angenehme Überraschung und Hoffnung auf Vermittlung war mir dabei hingegen, daß sich dieser Vorgang nicht so glatt auf die anwesenden Vertreter der „Wissenschaftler" und „Künstler" aufteilen ließ. Die Unterschiedlichkeit aller Teilnehmer machte deutlich, daß es weder *die* Kunsttherapie noch *die* Wissenschaft gibt, sondern für die Erforschung kunsttherapeutischer Prozesse mehr oder weniger förderliche wissenschaftliche Methoden, so wie es verschiedene kunsttherapeutische Behandlungsmethoden gibt, die die aktive Erforschung von Krankheitsprozessen in unterschiedlichem Maß in den Vordergrund stellen.

Was durch die Vielfalt der Weltanschauungen und Kunst- und Wissenschaftsverständnisse erschwert wurde, war die konkrete Neufassung bestimmter wissenschaftlicher Forderungen für den Bereich der Kunsttherapien, wie ich sie mir vom Symposion erhofft hatte. Ich möchte deshalb im folgenden einige Vorschläge dazu unterbreiten, wie kunsttherapeutische Forschung auf die Forderungen einer wissenschaftlichen Untersuchung eingehen kann. Dies werde ich anhand von Stichworten tun, die in solchen Diskussionen immer wieder auftauchen, ohne den Gesamtzusammenhang der Strukturen von Wissenschaftlichkeit und des Wissenschaftsbegriffes darzulegen. Diese Verkürzung erscheint mir entschuldbar, weil zur Struktur von Wissenschaftlichkeit ausreichend Literatur vorliegt, auf die ich in der Literaturliste gesondert hinweisen werde (Enzykolpädie der geisteswissenschaftlichen Arbeitsmethoden 1969; Kuhn 1978; Salber 1975b; Toulmin, 1968, 1969; Weizsäcker 1959). Sie erscheint mir notwendig, um der Griffigkeit der Klischees, an denen sich Wissenschaftlichkeit trotz aller grundsätzlichen Diskussionen immer wieder festmacht, einmal ähnlich griffige Stichworte gegenüberzustellen.

Die Forderung nach Reproduzierbarkeit

Reproduzierbarkeit im Sinne klassischer Naturwissenschaft heißt: Das Experiment muß jederzeit, an jedem Ort, unabhängig vom Untersucher wiederholbar zum selben Ergebnis führen. Vorausgesetzt man ist sich einig darüber, daß der Untersuchungsgegenstand

kunsttherapeutischer Forschung immer ein *psychischer Prozeß* ist, stehen dieser Forderung zwei Grundtatsachen des Untersuchungsgegenstandes gegenüber:

1. Die Individualität psychischer Prozesse

a) Individualität im Hinblick auf den Untersuchungsgegenstand besagt: Keine zwei Menschen sind einander gleich. Streng genommen muß daraus folgen: „Dieselbe Maßnahme" – angewandt auf zwei (und mehr) Menschen – **kann** niemals zum **selben** Ergebnis führen.

b) Kunsttherapie ist (wie jede Psychotherapie) ein transpersonales Geschehen (eine Begegnung zwischen Menschen). Das therapeutische Verfahren ist daher nie gänzlich von der Individualität des Therapeuten und ihrer Wirksamkeit zu trennen. Streng genommen folgt daraus: „Dieselbe Maßnahme" – von zwei unterschiedlichen Therapeuten durchgeführt – ist von vornherein schon eine andere.

c) Für die künstlerischen Therapieformen, bei denen die Patienten Musik improvisieren, Bilder malen, Bewegungen ausführen, kommt hinzu: Keine zwei Improvisationen, keine zwei Bilder, keine zwei Bewegungen sind einander gleich. Individualität gilt hier also nicht nur für die beteiligten Personen, sondern ist auch für jede Produktion gegeben.

2. Die Geschichtlichkeit psychischer Prozesse

Der Begriff der Geschichtlichkeit ist in gewissem Sinne der Gegenpol des Begriffes der Individualität. Verweist Individualität neben der Einzigartigkeit auch auf das Gleichbleibende: „Ich bleibe durch alle Erlebnisse hindurch ich", so verweist Geschichtlichkeit auf die Tatsache, daß jeder Mensch von Tag zu Tag, Stunde zu Stunde seine Geschichte entwickelt und in jedem Moment dieser Geschichte „anders" ist als im vorangegangenen.

a) Aus der Tatsache der Geschichtlichkeit folgt: Eine psychologische Maßnahme ist auch am selben Menschen nicht im Sinne einer „Reproduktion" mehrmals durchführbar.

b) Dies gilt wiederum auch für den Therapeuten, denn in seiner Geschichtlichkeit ist er zu Beginn jeder neuen Behandlung je schon anders. Auch er kann streng genommen nicht dasselbe noch einmal genauso tun.

c) Für die Kunsttherapien zeigt sich das Prinzip der Geschichtlichkeit auch in dem Prozeß der produzierten „Werke". Jedes weitere Werk erwächst aus dem, was das vorangegangene als Historisch-Gewordenes hinterlassen hat.

   Zum Vergleich: Die Reihenfolge der Sätze eines dreisätzigen Musikstückes läßt sich nicht vertauschen, ohne daß Gestalt und Bedeutung wesentlich verändert werden. Erst nach der „Geschichte" des ersten hören wir den zweiten (z. B. langsamen) Satz auf diese besondere Art, wir setzen ihn – bewußt oder unbewußt – in Beziehung,

> erleben ihn als Kontrast, Ergänzung, Erweiterung... Er entwirft uns Erlebnisraum für das Folgende. Er hat seinen historischen Ort.

Will man in der kunsttherapeutischen Forschung also tatsächlich psychische Prozesse untersuchen und nicht etwa physiologische Begleiterscheinungen, so muß man feststellen, daß die Forderung der Reproduzierbarkeit dem Untersuchungsgegenstand nicht angemessen ist, weil Individualität und Geschichtlichkeit eine Reproduktion ausschließen. Gehen wir einen Schritt zurück und fragen nach dem Sinn der Forderung nach Reproduzierbarkeit: Reproduzierbarkeit eines Versuches soll es ermöglichen, daß potentiell jeder (jederzeit, an jedem Ort) den Versuch noch einmal durchführen und damit das Ergebnis *überprüfen* kann.

Diesem Sinn kann in der kunsttherapeutischen Forschung durch eine Darstellung gefolgt werden, die eine *Nachvollziehbarkeit* ermöglicht. Nachvollziehbarkeit kann gewährleistet sein durch eine Darstellung, die dem Entwicklungsprozeß Schritt für Schritt folgt, auf eine Ganzheit bezogen ist, die klar umgrenzt und als solche benannt ist, die im Aufzeigen von Gliedzügen Phänomene als wirkende Ganzheiten verstehbar macht, deren Regulationen eine Rekonstruktion der Phänomene verdeutlichen, die in sich psychologisch stimmig ist, so daß aus ihr heraus Veränderungen, Stillstand, Chancen und Grenzen verstehbar werden. Das alles muß bezogen sein und sich messen lassen an einer allgemeinen Systematik, die als solche expliziert sein muß. Dadurch ist eine immanente Kontrolle „im Kopf" möglich, die Absicherung deutlich und zugleich Anzweifeln möglich macht.

Der Forderung nach *Reproduzierbarkeit* entspricht für den Gegenstandsbereich kunsttherapeutischer Forschung die Forderung nach *Nachvollziehbarkeit.*

Die Forderung nach Objektivität

Die Forderung nach Objektivität wird in Diskussionen über Wissenschaftlichkeit immer wieder an bestimmten Verfahren festgemacht, so als seien diese ein Garant derselben, der von den Mühen des eigenen Denkens, Zweifelns und dem Ringen um Erkenntnis suspendiert. Objektivität und Wissenschaftlichkeit werden dabei oft wie Synonyme gebraucht, und als objektiv und damit wissenschaftlich gilt dann das, was gemessen, in Zahlen und nach den Regeln der Statistik erfaßt ist.

Objektivität wird gesucht in Verfahren wie dem doppelten Blindversuch, in standardisierten Interviews, Polaritätsprofilen, der Sample-Technik, dem Random-Verfahren und verschiedenen Auswertungskriterien für standardisierte Fragebögen. Die Forderung nach Objektivität vermischt sich dabei oft mit einem Mythos der großen Zahl und verliert dabei aus dem Auge, daß die Fragen nach dem Wieviel, dem Wie oft (Quantifizierung) die Fragen nach dem Was (Qualität) und nach dem Warum (Begründungszusammenhang) nicht beantworten können.

Objektivität läßt sich nicht an bestimmten Verfahren festmachen, und Richtigkeit einer Erkenntnis ist durch diese nicht zu garantieren. Der Sinn der Forderung ist das Freisein der Tätigkeit des Forschens von *erkenntnisverfälschenden* subjektiven Einflüssen im Sinne von Wünschen, Befindlichkeiten, Erwartungen, Einschränkungen und Verkehrungen. Deshalb wurden Verfahren entwickelt, die als Ideal eine Unabhängigkeit der Beobachtung vom

Beobachter suchen: im Doppelblindversuch durch die Unbekanntheit des Medikaments und damit der zu erwartenden Wirkung für Patient und Arzt, in den standardisierten Interviews, Tests etc. in der Unbeeinflußtheit durch den Fragenden, des weiteren durch statistische Auswertungsverfahren, die einzelne Elemente isolieren und anderes („subjektives") herauszufiltern verstehen, indem durch die große Zahl und die Regeln zur statistischen Relevanz nur die benannten Elemente in die Untersuchungsergebnisse eingehen.

Für den Bereich der kunsttherapeutischen Forschung ist dieser Weg der Suche nach Objektivität nicht gangbar. Ihm stehen Grundtatsachen des Untersuchungsgegenstandes entgegen.

1. Begegnung von Subjekten

Jede Kunsttherapie lebt von der Begegnung zweier (oder mehrerer) Menschen, die notwendig von subjektiven Faktoren mitbestimmt ist. Diese Begegnung wird in den verschiedenen Kunsttherapien unterschiedlich definiert, methodisch beschrieben und gehandhabt. Sie ist aber immer wesentliches und wirksames Agens der Behandlung.

Würde sie in der wissenschaftlichen Betrachtung als „Störfaktor" der Untersuchung auszuschalten gesucht, so würde gerade *dadurch* das Ergebnis verfälscht. Damit würde der *Sinn* der Forderung nach Objektivität verfehlt bzw. ins Gegenteil verkehrt.

2. Das gemeinsame Werk

In den meisten Formen von Musiktherapie steht die gemeinsame Improvisation zwischen Patient (oder Gruppe) und Therapeut im Mittelpunkt der Behandlung. Das Mitspielen des Therapeuten kann dabei im therapeutischen Prozeß unterschiedliche Funktionen haben, die im einzelnen zu untersuchen sind. Durch sein Mitspielen ist er aber nie nur unbeteiligter Beobachter. Er wirkt mit an einem gemeinsamen Werk. Vergleichbares gilt für die anderen künstlerischen Therapieformen. Es gilt über das gespielte, gemalte... Werk hinaus für die gesamte Behandlungssituation – also auch das Gespräch; denn es ist das gemeinsame Behandlungswerk, welches eine Veränderung beim Patienten bewirkt.

3. Mitbewegung

Der Prozeß der Behandlung selbst fordert die Mitbewegung des Behandlers sowohl in der Anwendung der Künste als auch im Gespräch. Für die Behandlungssituation ist die Gefahr der „verfälschenden" subjektiven Einflüsse daher anders zu definieren als bei einer wissenschaftlichen Untersuchung, nämlich als Gefahr der unsachgemäßen subjektiven Beeinflussung des Patienten. Unsachgemäß ist die Beeinflussung dann, wenn sie nicht durch die Eigenart des Patienten und die bestehende Problematik seiner Lebenskonstruktion motiviert ist, sondern durch unreflektierte Wünsche des Behandlers.

Diese Gefahr nicht zu sehen oder zu erwarten, es ließe sich ein irgendwie gearteter „objektiver" Standpunkt finden, der diese Gefahr ausschaltet, hieße ihr schon von vornherein zu unterliegen. Dies ist zum einen erkenntnistheoretisch ableitbar, insofern man

die Existenz des Unbewußten anerkennt und damit die unabänderliche Begrenztheit der Bewußtheit dessen, was Wirksamkeit konstituiert. Zum anderen zeigt es sich auch immer wieder in der Praxis, was im einzelnen nachzuweisen wäre.

Die Forderung nach Objektivität hätte deshalb eine die Problematik verdeckende Wirkung. Sie ist sinnvoll zu ersetzen durch die Forderung nach *kontrollierter Subjektivität*, wie dies von verschiedenen Seiten her schon angeregt wurde (vgl. Tüpker 1988).

Die meisten Psychotherapien folgen dieser Forderung, indem Lehrtherapie und Supervision ein fester Bestandteil der Ausbildung und begleitende Kontrolle der therapeutischen Arbeit sind. Durch sie soll eine größtmögliche Bekanntheit der eigenen psychischen Strukturen, ihrer Wirksamkeit und Gefahren und eine fortwährende Aufdeckung der sogenannten Gegenübertragungsgefühle erreicht werden, mit dem Ziel, sie sinnvoll für den therapeutischen Prozeß zu nutzen statt sie unkontrolliert auszuleben. Lehrtherapie und Supervision sollten deshalb auch Grundforderungen für alle Kunsttherapien sein, denen jede Ausbildung Rechnung tragen müßte, wobei dies sicherlich durch sehr unterschiedliche spezifische Ausformungen möglich ist. Als Voraussetzungen müßten sie ebenso für den Einsatz der Kunsttherapien im Bereich der Behindertenarbeit gelten, wo diese Sichtweise bisher wenig üblich ist, was aufgrund der hier ausgeführten Überlegungen zu hinterfragen wäre.

4. Besonderheit der Untersuchungsmethode

Die in der Behandlung gespielte Musik, die Bewegungen, Bilder... lassen sich nicht mit den bekannten „objektiven" Verfahren erfassen. Bei einer wissenschaftlichen Bearbeitung der Musik ist eine Versprachlichung eine unumgängliche Voraussetzung. Diese ist nur über die erlebbare Wirkung und eine methodische Verarbeitung möglich, die bei den subjektiven Eindrücken der Musik beginnt und in Sprache transformiert wird.

Für den Bereich der Musiktherapie wurden dazu Verfahren entwickelt, die von der Beschreibung der Musik ausgehend über die Kontrolle am musikalischen Material und über das In-Beziehung-setzen dieser Analysen zu anderen Informationen (z.B. die körperliche Erkrankung, Lebensgeschichte, Einfälle zur Musik, Situationen, Gesprächsform und -inhalte...) zu einer Rekonstruktion dessen gelangt, was in der Musik und darüber hinaus der „Fall" ist. Auf diese Weise wird eine „Diagnose" erstellbar, die nicht nur erfasst, was und warum in diesem Fall manches nicht funktioniert, sondern auch, was das Ganze am Leben erhält, was erreicht wurde, warum es sich so konstituieren mußte, was aufgegeben werden mußte und was zu (er)halten gesucht wurde. Eine solche spezifisch musiktherapeutische Diagnose wird Ausgangspunkt der Behandlung, und *an ihr* sind später die Wirkungen der Behandlung zu „messen" (vgl. Tüpker 1988).

Subjektivität wird also explizit in die Untersuchung einbezogen, weil Musik, Bewegung, Malerei als seelisches Geschehen nicht anders in die wissenschaftliche Untersuchung eingehen können. Subjektivität sollte deshalb auch hier nicht auszuklammern gesucht, sondern statt dessen anerkannt und methodischen Kontrollen unterzogen werden.

5. Bedeutung der Vermittlung

Die methodischen Untersuchungsverfahren und ihre Darstellung müssen als weiteren Maßstab eine intersubjektive Vermittlung gewährleisten. Hier greift die Forderung der Nachvollziehbarkeit ein, durch die ein Vergleich von Erfahrungen, Untersuchungen und Ergebnissen ermöglicht werden kann. Intersubjektivität beinhaltet die Einigung auf bestimmte paradigmatische Voraussetzungen, wie z. B. die Anerkennung des Unbewußten und die Mehrfachdeterminiertheit des Seelischen.

Es ist wünschenswert, daß solche paradigmatischen Voraussetzungen in einer wissenschaftlichen Arbeit benannt bzw. als solche erkennbar sind. Diese Diskussion ist inzwischen erleichtert durch verschiedene wissenschaftstheoretische Erörterungen, die deutlich machen, daß *jede* Wissenschaft nur auf der Grundlage nicht beweisbarer Paradigmen möglich ist und somit das, was in der Wissenschaft als objektiv anerkannt ist, immer auf einem nicht beweisbaren Bezugssystem basiert (z.B. geozentrisches Weltbild im Mittelalter und kopernikanisches Weltbild).

Der Forderung nach *Objektivität* entspricht für den Gegenstandsbereich kunsttherapeutischer Forschung die Forderung nach *kontrollierter Subjektivität* und *Intersubjektivität*.

Die Forderung nach Empirie

Die Forderung, Forschung müsse empirisch sein, kann für den kunsttherapeutischen Bereich übernommen werden. Problematisch ist dabei nur, daß der Begriff des Empirischen eine Wandlung erfahren hat, der ihn auf den Gegenstandsbereich naturwissenschaftlicher Forschung einengt. Wird er *dann* – in seiner verengten Form – auf künstlerische oder allgemein seelische Bereiche übertragen, so ist er den tatsächlichen Erfahrungen nicht mehr angemessen.

Empirisch heißt zunächst: erfahrungsgemäß, auf Erfahrung beruhend. In bezug auf wissenschaftliches Arbeiten sind damit die Arten der Erkenntnisgewinnung gekennzeichnet, die von der Erfahrung ausgehen. Philosophiegeschichtlich ist der Empirismus die Gegenposition zum Rationalismus, er wurde in neuer Zeit von John Locke und Francis Bacon begründet. Dieser Gegensatz zwischen Empirismus und Rationalismus wurde aber schon durch Immanuel Kant wieder aufgehoben, der Erkenntnis als etwas aus Erfahrung und dem, was das Erkenntnisvermögen selbst (die Vernunft) liefert, Zusammengesetztes ansieht. In der modernen Wissenschaftstheorie taucht dieser Gedanke in der Analyse der Struktur des wissenschaftlichen Denkens in dem Zusammenwirken von Erfahrung und Theoriebildung wieder auf.

Die Einengung des Empiriebegriffes entstand durch die Gleichsetzung dieses Begriffes mit einem bestimmten *Verfahren:* dem Experiment. Das Experiment geht nicht von Erfahrungen allgemein aus, sondern von Beobachtungen unter kontrollierten Bedingungen. Genauer bezeichnet es „denjenigen Sonderfall der Beobachtung, unter *hergestellten,* planmäßig *variierten* und *wiederholbaren* Bedingungen, durch den eine *Hypothese* über den Zusammenhang zwischen den Bedingungen (unabhängige Variable) und den *Leistungsdaten* (abhängige Variable) geprüft werden kann. Die Daten sind dabei quantitativer Natur; das Experiment verläuft nach einem Plan …“ (Drever und Fröhlich 1968, S. 113f)

Ein *solcher* Empiriebegriff ist für kunsttherapeutische Prozesse unhaltbar. Abgesehen von dem, was bereits in den vorangegangenen Abschnitten gesagt wurde, ist zu betonen, daß hier über lineare Zusammenhänge gesprochen wird, denen die Überdeterminiertheit des Seelischen entgegensteht. Auch die Möglichkeit multifaktorieller experimenteller Untersuchungen löst diesen Widerspruch nicht auf, da auch bei ihnen eine begrenzte Anzahl von Variablen notwendig ist, während in den zu untersuchenden Prozessen ganzheitliche Wirkungszusammenhänge im Vordergrund stehen. Ganzheitlichkeit ist aber *nicht* in eine Anzahl von Variablen auflösbar.

Auch wird beim Experiment vorausgesetzt, daß der Experimentator nicht in einen Wechselprozeß mit dem Objekt der Untersuchung tritt. Gerade ein solcher Wechselprozeß ist aber in den Kunsttherapien gefordert.

Das Objekt des Experiments nimmt von sich aus keinen selbstbestimmten aktiven Einfluß auf die Versuchsanordnung. In Kunsttherapien hingegen ist eine wechselseitige Gestaltung notwendig. Der Patient ist eben *nicht* Objekt eines Experiments, sondern Subjekt eines Behandlungswerkes. Die therapeutischen Situationen *selbst* lassen sich nicht in experimentelle Anordnungen umformen, einmal davon abgesehen, daß hier auch ethische Fragen bedeutsam würden. Theoretisch ist denkbar, einzelne Fragestellungen, die die Kunsttherapie betreffen, aus dem Behandlungszusammenhang zu isolieren und experimentell zu untersuchen. Ihre Wertigkeit und Aussagekraft auf die Wirkungen der Kunsttherapie selbst sind aber nicht experimentell bestimmbar.

Engt man die empirische Methodik nicht auf das Experiment ein, sondern geht vom allgemeinen Empiriebegriff aus, so sind nähere Bestimmungen für den kunsttherapeutischen Gegenstandsbereich möglich:

a) Die Erfahrung im Umgang mit den kunsttherapeutischen Situationen muß auf eine ausreichende Selbsterfahrung (eigene Behandlung) gründen.

b) Sie muß durch Supervision und den Vergleich mit den Erfahrungen von Kollegen abgestützt und kontrolliert werden.

c) Für den Bereich der Therapie und der Künste gilt ein Erfahrungsbegriff, der nicht auf sinnliche Wahrnehmung im engeren Sinne beschränkt ist. Er beinhaltet vielmehr einen Einübungsprozeß, der erst bestimmte Wahrnehmungen ermöglicht. Der jedem Menschen gegebene Sinnesapparat allein reicht hier als Voraussetzung nicht aus. Für den künstlerisch-ästhetischen Bereich wird dies eher anerkannt: Den meisten Menschen ist einsehbar, daß ohne einen entsprechenden Einübungsprozeß nicht jeder die Stimmen einer Bachschen Fuge „hört“, auch wenn er sie akustisch und physiologisch vernimmt. Entsprechendes gilt aber ebenso für die Wahrnehmung psychischer Prozesse und menschlicher Beziehungen, zumal dabei die eigenen (Gegenübertragungs-)Gefühle als Hinweise und Indikatoren für bestimmte seelische Verhältnisse genutzt werden müssen. Für die Kunsttherapien gilt dies auch für die im Mitspielen, Mitbewegen ... des Therapeuten zum Ausdruck kommenden Gefühle, die in Bezug zu den seelischen Verhältnissen des Patienten gesehen und gehört werden müssen.

   Insofern beinhaltet das Ausgehen von der Erfahrung bestimmte Einübungsprozesse.

Für die wissenschaftliche Bearbeitung sind weitere Forderungen zu stellen:

a) Die wissenschaftliche Darstellung sollte durch genaue Beschreibung der Erfahrung Verhalten *und* Erleben beinhalten.

b) Die Hypothesenbildung sollte erkennbar sein, ebenso wie die Hypothesenbildung, die in den Behandlungsprozeß eingreift und somit die weitere Erfahrung mitbestimmt.

c) Die Bedingungen und der Rahmen der Behandlung müssen deutlich sein (z.B. Setting, Stationszusammenhänge u.ä.), damit für den Leser einbezogen werden kann, auf welchem Hintergrund diese Erfahrungen möglich waren.

d) Aus der Gebundenheit der Erfahrung an einen bestimmten Einübungsprozeß ergibt sich die Forderung, daß nur derjenige kunsttherapeutische Forschung betreiben kann, der über die entsprechenden Erfahrungsmöglichkeiten verfügt.

Durch diese Bedingungen wird ein Vergleich des empirischen Materials möglich und damit die Voraussetzung für den Vergleich der Ergebnisse unterschiedlicher Forschung geschaffen.

Forderung einer eigenen Gegenstandsbildung

Als letztes soll hier nicht auf eine Forderung eingegangen werden, wie sie sich aus dem naturwissenschaftlich orientierten Denken ergibt, sondern die zusätzliche Forderung aufgestellt werden, daß sich die kunsttherapeutische Forschung um eine eigene Gegenstandsbildung bemühen sollte.

Vorweg einige Anmerkungen zu dem, was mit Gegenstandsbildung gemeint ist: Wasser ist chemisch als H_2O zu bezeichnen, physikalisch ist es Flüssigkeit mit den ihr besonderen Eigenschaften, einem Dürstenden in der Wüste ist es Objekt seiner Begierde, der Religion als Wasser des Lebens Symbol eines komplexen Sinnzusammenhangs usw. Jede dieser Bestimmungen bildet so einen anderen Gegenstand aus, der seine eigenen Wirkungszusammenhänge hat, seine eigene je unterschiedliche Realität. Dabei ist es wissenschaftlich nicht haltbar, der einen Bestimmung mehr Wirklichkeitscharakter zuzusprechen und andere als eher „zusätzlich“ anzusehen. (Vgl. Heubach 1987)

Der Begriff der *wissenschaftlichen* Gegenstandsbildung betont, daß die Wissenschaft nicht irgendwelche Dinge bloß abbildet, sondern in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Welt ihre je eigenen (wissenschaftlichen) Gegenstände herausbildet: So ist psychologisch betrachtet eine Ulcuserkrankung etwas anderes als sie es medizinisch betrachtet ist. Beide Betrachtungen betonen unterschiedliche Wirklichkeiten, stellen andere Wirkungszusammenhänge heraus, und es ergeben sich in der Praxis dementsprechend andere Bestimmungen einer möglichen Behandlung. Beide Betrachtungsweisen können natürlich dann wiederum in ihrem Verhältnis zueinander betrachtet werden, aber sie leiten sich nichtlinear auseinander ab und sind *nicht ohne weiteres* ineinander zu überführen. (Zur wissenschaftlichen Gegenstandsbildung im Bereich der Psychologie s. Salber 1975a)

Für die kunsttherapeutische Forschung wären m.E. einige Ziele hinsichtlich einer eigenen Gegenstandsbildung anzustreben, durch die sie zu einer ihr gemäßeren Methode gelangen und die Vergleichbarkeit der Ergebnisse verbessert werden könnte.

a) Der Tatsache der unterschiedlichen Gegenstandsbildungen einzelner Wissenschaften müßte in der Praxis so Rechnung getragen werden, daß genügend Erfahrungsmaterial entsteht, welches sich von den Rahmenbedingungen her für die Erforschung kunsttherapeutischer Prozesse eignet. Dabei ist derzeit insbesondere der Unterschied zur (schul-)medizinischen Gegenstandsbildung zu beachten. Als Beispiel: wenn „der Mediziner" „den Musiktherapeuten" fragt: „Wie würden Sie musiktherapeutisch einen Ulcus behandeln?", so besteht für den Musiktherapeuten hier schon die Gefahr, unbemerkt mit nicht-medizinischen Kategorien auf eine medizinische Fragestellung zu antworten. Die musikalischen Improvisationen, Ausdruck seelischer Verhältnisse bzw. bestimmter Lebensmethoden mit ihren Konstruktionsproblemen, die vielleicht auch einen Ulcus produzieren konnten, würden sonst zu einem Medikament oder einem medizinischen Eingriff (nach dem Bild der Chirurgie), von dem eine bestimmte Wirkung auf den Ulcus zu erwarten ist. Tatsächlich behandelt der Musiktherapeut aber nicht den Ulcus, sondern die zugrundeliegenden seelischen Verhältnisse anhand ihrer Ausdrucksbildung, in der Musik, im Gespräch, der Beziehung, der sich entwickelnden therapeutischen Situation. Die mangelnde Beachtung kategorialer Sprünge, die sich durch unterschiedliche Gegenstandsbildung ergeben, führt wohl am häufigsten in der Praxis zu Mißverständnissen und Problemen in der Zusammenarbeit. Ihre Klärung würde in unserem Beispiel etwa deutlich machen, daß eine Musiktherapie oder anderes nicht Ersatz oder Konkurrenz zu einer notwendigen Medikation oder gar Operation sein kann, aber diese auch nicht die Veränderung der *seelischen* Verhältnisse, die u.a. zu der Ulcusbildung führten, ersetzen kann. Sie würde auch die Fragestellung eröffnen, wie weit, wann und unter welchen Bedingungen eine Veränderung zugrundeliegender seelischer Verhältnisse eine organische Manifestierung zurückbilden kann und wann dies nicht zu erwarten ist; oder umgekehrt: Warum medizinische Eingriffe und damit ein Abschneiden des Ausdrucks in der organischen Symptombildung (z.B. bei Durchtrennung des N. vagus oder Magenresektion) auch ein Eingriff in die seelischen Verhältnisse sind und wann und durch welche weiteren Bedingungen sie zu einer gesundenden Bearbeitung dieser Verhältnisse führen oder zu einer Symptomverschiebung (z. B. Alkoholabusus: vgl. hierzu Rost 1987).

b) Aufgrund der unterschiedlichen Gegenstandsbildung ist es nicht möglich, aus einer medizinischen Diagnose heraus einen kunsttherapeutischen Behandlungsplan zu entwerfen. Vielmehr müssen die Kunsttherapien selbst Möglichkeiten schaffen, eine eigene Diagnostik zu entwickeln, auf die sich ihre Behandlung dann beziehen läßt. Das kann z.B. so aussehen, daß eine bestimmte Stundenzahl als diagnostische Phase betrachtet wird und in diesen Sitzungen mit dem Patienten, ausgehend von seinem Umgang mit dem künstlerischen Material und der darauf sich gründenden Erfahrung, eine Rekonstruktion dessen versucht wird, was von *diesen* Erfahrungen her vorliegt, ob und worin ein Behandlungsauftrag für *diese* Methode besteht. Daraus können dann für den Patienten und die Behandlungsmethode spezifische Ziele abgeleitet und Vorgehensweisen geplant werden. Anhand eines so ausgestalteten Vorentwurfes der Behandlung lassen sich die Behandlungsergebnisse kontrollieren und vergleichen.

   In der Zusammenarbeit eines Behandlungs*teams*, sei es nun stationär oder ambulant, würde es sich anbieten, die verschiedenen Bilder und Eindrücke, die sich durch die unterschiedlichen Gegenstandsbildungen herausstellen, miteinander zu vergleichen, aufeinander zu beziehen und daraus einen sich ergänzenden Behandlungsplan zu entwerfen. (Ein Verfahren, das in vielen Kliniken schon praktiziert wird.)

Die wissenschaftliche Dokumentation kann hier aufgrund des Standes der Forschung nur von Einzelfällen ausgehen. In einem zweiten Schritt können dann Typisierungen gesucht werden, durch die für die Praxis erleichternde Verallgemeinerungen gefunden werden können. Der hohe Aufwand, den eine solche Methode verlangt, ist zwar ein praktisches und finanzielles Problem, welches aber als solches nicht mit einer wissenschaftlich begründeten Kritik verwechselt werden darf. Er findet seine Berechtigung dann, wenn es möglich ist, *durch* die unterschiedliche Gegenstandsbildung zu neuen Erkenntnissen über die Zusammenhänge von seelischen Verhältnissen und Erkrankungen zu gelangen und damit Behandlungsmöglichkeiten zu schaffen oder familiäre, kulturelle und gesellschaftliche Zusammenhänge zu erkennen und damit Aspekte von Vorbeugung und Vermeidung von Krankheiten zu entwickeln.

c) Auf diesem Wege kann auch die Frage der Indikation für Kunsttherapien und ihre verschiedenen Formen angegangen werden. Dabei lassen die bisherigen Erfahrungen erwarten, daß hier nicht notwendig Indikationen bedeutsam werden, die deckungsgleich mit den medizinischen oder psychologischen Krankheitskategorien sind. Die kunsttherapeutischen Methoden behandeln nicht die Krankheiten direkt, sondern Lebensmethoden, ihre Konstruktionsprobleme, ihr Können und Nicht-Können. Deshalb richtet sich die ihnen eigene Diagnostik und Betrachtungsweise nicht nur auf bestehende Mängel und Konflikte, sondern auch auf das Können, Funktionieren und die vorhandenen Bearbeitungsformen. Die Einschätzung der Chancen und Grenzen einer in Frage stehenden kunsttherapeutischen Behandlung richtet sich demnach auch nach der Struktur des Könnens und nicht nur des Nicht-Könnens oder des Krankseins. Individuelle Ausprägungen können dabei eine gewichtige Rolle spielen, und das, was in den gestalteten Werken in Erscheinung tritt, rückt oft *andere,* für die Chancen der Behandlung bedeutsamere Aspekte heraus als die, die durch eine medizinische Diagnose oder durch die Gesprächssituation allein erkennbar sind.

   Auch hier ist weitere Forschung anzustreben, die von der Darstellung von Einzelfällen ausgehend, „gelungenen“ und „misslungenen“, allmählich zu allgemeineren Kriterien kommt, die für den Erfolg kunsttherapeutischer Behandlungen bedeutsam sind. Auch dies ist m.E. nur möglich durch eine wissenschaftliche Methode und Darstellung, die die seelische Bedeutsamkeit der künstlerisch-seelischen Prozesse adäquat erfassen kann und solche Kriterien findet, die in der Lage sind, die Wechselwirkung zwischen Lebensmethode und Behandlungsmethode zu erfassen.

   Solche Forschungen, die auch neue Erkenntnisse über Krankheiten erwarten ließen, sind nicht möglich, wenn gefordert wird, für die Kunsttherapien müsse *zuerst* eine klare Indikationsstellung vorliegen, bevor sie überhaupt angewandt werden dürften. Auf solche Forderungen wird oft voreilig und unkritisch eingegangen, um eine Legitimierung zu erreichen. Dadurch finden sich in der Literatur viele Indikationen, die spekulativ sind oder sich nur auf die Nichtsprachlichkeit der künstlerischen Medien beziehen und von einer allgemeinen Entwicklungspsychologie ausgehend den Kunsttherapien allgemein einen Ort zuweisen, der sich auf diese Nichtsprachlichkeit bezieht. Wesen, Sinn und Bedeutung einer Sache wurden aber noch nie angemessen aus dem erklärt, was sie nicht ist.

   Oft scheint der Leitfaden für Indikationen auch der zu sein, die Kunsttherapien sollen sich an den Patienten versuchen, mit denen die anderen Methoden bisher

nicht erfolgreich arbeiten konnten. Dadurch lesen sich Indikationsbestimmungen oft wie „Restelisten“ und machen deutlich, daß dabei nicht wissenschaftliche, sondern gesellschaftspolitische Begründungszusammenhänge maßgebend waren; denn wenn sich z.B. herausstellen sollte, daß manche Kunsttherapien „Neurosen“ ebenso behandeln können wie andere etabliertere Psychotherapien, so wäre dies wissenschaftlich kein Problem, wohl aber gesellschaftspolitisch.

Ebenso entspringt die Forderung, der Arzt müsse vorher wissen, welche Patienten er zu einem Kunsttherapeuten „schicken“ solle/dürfe, einer rechtlichen und gesellschaftlichen Situation, sie ist keine primär wissenschaftlich begründete Forderung. Die gesellschaftlichen, kassen- und standesrechtlichen Fragen sind durch eine deutlichere Unterscheidung der Begründungszusammenhänge nicht aufgehoben, aber hier könnte mehr Klarheit gewonnen werden und daraus vielleicht Modelle der Zusammenarbeit erwachsen, die eine angemessene Erforschung der Möglichkeiten von Kunsttherapien begünstigen. Dadurch könnte vermieden werden, daß voreilige Antworten gegeben werden, und die erkenntnisgewinnenden Möglichkeiten der kunsttherapeutischen Methoden könnten der Sicht auf Wesen, Entstehung und Behandlung von Krankheiten zugute kommen. Der Gedanke, daß Kunst auch ein Erkenntnismittel sein kann, ist nicht neu, er gewinnt aber im Zusammenhang der Kunsttherapien eine neue praktische und methodisch anwendbare Bedeutung. Durch eine eigene Gegenstandsbildung, die tatsächlich von den Erfahrungen im Umgang mit Kunst und Behandlung ausgeht, könnte Kunst als Erkenntnisweg methodisch genutzt werden und zu einer Belebung der Wissenschaft ebenso beitragen wie zur Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten.

Kunsttherapeuten haben oft ein Unbehagen gegen Wissenschaft. Das zeigte sich zum Teil auch auf dem Symposion. Dieses Unbehagen ließe sich auflösen durch die Beschäftigung mit den kritischen Wissenschaftstheorien und der Geschichte der Wissenschaft, weil man aus dieser Beschäftigung lernen kann, daß es *die Wissenschaft* ebensowenig gibt wie *die Kunst*. So würde es einerseits zu der unhaltbaren Alternative der Verschließung vor dem wissenschaftlichen Zugriff und andererseits zur unreflektierten Anpassung an isolierte Merkmale einer Wissenschaftlichkeit, die nicht „passt“, einen dritten Weg geben, nämlich den Mut zu finden, die eigenen kunsttherapeutischen Erfahrungen beim Erfassen seelischer Wirklichkeit in eine eigene Auffassung von Wissenschaft zu retten.

LITERATUR

Drever J.; Fröhlich, W. D. (Hrsg) (1968): Wörterbuch zur Psychologie. dtv. München

Enzyklopädie der geisteswissenschaftlichen Arbeitsmethoden. (1969) Wissenschaftstheorie der Geisteswissenschaften. Oldenburg, München, Wien

Heubach, F. W. (1987): Das bedingte Leben. Fink. München

König, R (1975).: Das Interview. Kiepenheur & Witsch. Köln

Kuhn, T.S. (1978) Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Frankfurt a. M.

Rost , W. D. (1987): Psychoanalyse des Alkoholismus. Theorie, Diagnostik, Behandlung. Stuttgart

Salber, W. (1975a): Der psychische Gegenstand. Bouvier, Bonn

Salber, W. (1975b): Konturen einer Wissenschaftstheorie der Psychologie In: Simon-Schaefer u.s. (Hrsg.) Wissenschaftstheorie der Geisteswissenschaften. Hoffmann & Campe, S. 258-272

Toulmin, S. (1968) Voraussicht und Verstehen. Ein Versuch über die Ziele der Wissenschaft. Suhrkamp, Frankfurt a.M.

Toulmin, S. (1969): Einführung in die Philosophie der Wissenschaft. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Tüpker, R. (1988): Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie. 2. überarb. u. erw. Auflage. LIT-Verlag, Münster 1996

Weizsäcker, V. v. (1950): Der Gestaltkreis. Thieme, Stuttgart, Suhrkamp 1973

Leitfaden zur Protokollierung musiktherapeutischer Behandlungen[3]

ZEITSCHRIFTEN-ARTIKEL

3.2

I. Vorbemerkungen:

Kurz vor der Berufsverbandstagung 1992 hatte ich einen Entwurf für die Protokollierung musiktherapeutischer Behandlungen erstellt, der zunächst für die Arbeit im Studiengang Musiktherapie Münster gedacht war. Viele Studierende haben das Interesse, erste Behandlungserfahrungen in ihren Diplomarbeiten zu reflektieren und ich hatte den Eindruck, daß formale und methodische Hilfen schon bei der Materialerstellung vieles in der weiteren Verarbeitung erleichtern könnten.

Ich bin nach wie vor der Meinung, daß Einzelfallstudien ein wichtiger Forschungsbereich in der Musiktherapie sind, und es ist der Bereich, der auch praktizierenden MusiktherapeutInnen zugänglich sein könnte, die keinen ‚Forschungsapparat' (sprich: die entsprechenden Gelder) im Hintergrund haben. Wir könnten versuchen, Einzelfallstudien durch einen gewissen Aufbau miteinander vergleichbar(er) zu machen und z.B. unter verschiedenen Themenschwerpunkten zusammenzufassen.

Daß die auf der Berufsverbandstagung vorgestellten Bögen zum Erstinterview und zur laufenden Protokollierung auf so großes Interesse stießen, hat mich gefreut und brachte mich zugleich in die Schwierigkeit, daß ich sie so unfertig und unkommentiert, wie sie waren, nicht gerne schriftlich weitergeben wollte. Das Interesse hat mich dann motiviert, die beiden Bögen noch einmal zu überarbeiten – auch anhand der eigenen Erfahrung mit ihnen – und vor allem so mit Kommentaren und Beispielen zu versehen, daß sie auch ohne direkte Zusammenarbeit verständlich sind. Einiges soll vorweggeschickt werden, um den Rahmen abzustecken und Vorschläge zu machen, die vielleicht auch zu einem gemeinsamen Projekt mit Interessierten führen könnte.

1. Herkunft

Die Grundstruktur der Bögen habe ich von BALINT, M. et. al. (1976) übernommen. Sie sind im Zusammenhang der Forschungsarbeit zur psychoanalytischen Fokaltherapie entstanden. Die Modifikationen entstanden zum einen aus der Berücksichtigung der spezifisch musiktherapeutischen Belange, zum anderen aus der Loslösung von der besonderen Fragestellung der Fokaltherapie. Ich habe auch einige kürzere Beispiele von

---

[3] In: Einblicke, Heft 4, Deutscher Berufsverband der Musiktherapeuten, Berlin 1993, 43-67

BALINT übernommen und empfehle darüberhinaus die Lektüre des BALINT - Buches. Es enthält im wesentlichen einen auf diese Art erstellten Fallbericht, der trotz des anderen Therapieverfahrens eine gute Einübung sein kann und darüber hinaus interessante Hinweise auf eine praxisbezogene Forschungsarbeit gibt.

2. Rahmen

Die Frage der Vergleichbarkeit von Fallstudien ist nicht nur eine Frage der Einigung auf gewisse Formalisierungen. Grob gesagt: Was nicht vergleichbar ist, kann auch nicht durch Formalisierungen vergleichbar gemacht werden. Das ist in musiktherapeutischen Zusammenhängen von größerer Bedeutung als etwa im Bereich psychoanalytischer Behandlungen, da die verschiedenen Arbeitsbereiche der Musiktherapie breiter gefächert sind. In der Differenzierung heißt das: in welchen Arbeitsbereichen gibt es von den Phänomenen her genügend Gemeinsamkeiten, daß ein Vergleich überhaupt sinnvoll ist. Wo lohnt es sich, den Prozeß von denselben Fragen her zu strukturieren und wo sind dies die ‚falschen Fragen', weil sie die Eigenart der Phänomene, der therapeutischen Zielsetzung und des therapeutischen Prozesses eher verstellen als herausstellen.

Auf der anderen Seite hängt es nicht nur von den Phänomenen selbst, sondern auch von der *gewählten* Fragestellung ab, was miteinander vergleichbar ist. Eine Formalisierung ist immer auch eine Entschiedenheit, die zwischen zu starker Eingrenzung und zu großer Beliebigkeit bis hin zur Unsinngkeit des Vergleichs gefunden werden muß. Ist sie einmal festgelegt, so kann man im zweiten Schritt herausfinden, in welchem Bereich und für welche Fragestellungen sie sinnvoll benutzt werden kann. (Und natürlich kann die festgelegte Formalisierung im Austausch mit den Erfahrungen dann auch immer wieder modifiziert werden.)

In meinen Entwurf ging es mir darum, Formalisierungen zu wählen, die unabhängig vom Rahmensetting sind, in dem die Musiktherapie stattfindet, da dies meist ein Bereich ist, den die MusiktherapeutInnen nur begrenzt beeinflussen können. (Etwa Länge der Behandlung, andere Therapien, die parallel laufen etc.) Auch sollten sie nicht allzu sehr nur für ein bestimmtes ‚Verfahren' anwendbar sein und sie sollten das Protokoll schreiben nicht so komplex werden lassen, daß es im Alltag zeitlich gar nicht durchführbar ist. Dennoch vermute ich, daß man im Klinikalltag meist nur einige Fälle (oder vielleicht auch jeweils nur einen) auf diese Art protokollieren kann.

In welchen Arbeitsbereichen die von mir gewählten Formalisierungen sinnvoll anwendbar sind, das möchte ich selbst noch nicht festlegen, sondern bin gerade dabei an einem Austausch mit all denen interessiert, die Lust haben, damit zu arbeiten.

3. Fragestellungen an den Prozeß

Formalisierungen sind immer auch Fragestellungen an die Phänomene. Einige der Punkte der beiden Bögen sind in diesem Sinne als Fragen zu verstehen, die man sich jeweils beim Aufschreiben stellt. Das meint *nicht,* daß man diese Frage immer beantworten können muß. So kann es z.B. sein, daß man in einer ruhig verlaufenden Phase einer Behandlung bei der Frage nach den „anfänglichen Erwartungen" feststellt, daß man nicht viel mehr erwartet, als daß die Arbeit so weitergeht wie bisher. An anderen Stellen bemerkt man aber vielleicht

erst durch diese Frage, daß man kurz vor der Stunde vielleicht gedacht hat, daß die Patientin vielleicht diesmal ‚schwänzen' wird. Das ist dann wirklich notierenswert, denn später kann man dann überlegen, aus welchen vorangegangenen Bewegungen heraus man diesen Gedanken hatte.

Oder: Für mich war es außerordentlich interessant anhand der Fragestellungen des Erstinterviewbogens festzustellen, über all welche Phänomene ich *nichts* erfahren habe, als ich mir mit diesem Bogen die erste Stunde mit einem als autistisch und geistig-behindert geltenden Jungen notierte. *Gerade* dadurch wurden mir Eigenarten und Besonderheiten dieses Falles deutlich. (s. jeweils Beispiel 2)

Fragestellungen an den Prozeß sind nie unabhängig vom theoretischen Konzept. Insofern sind in die Bögen morphologische und psychoanalytische Sicht- und Denkweisen eingeflossen. Was dabei eingeflossen ist, erscheint mir allerdings allgemein genug, so daß hier keine allzu enge methodische Festlegung getroffen wurde. Zumindest können diese Bögen sicherlich auch von denen genutzt werden, die eine verwandte Sichtweise haben. Manche/r wird vielleicht gerade auch an den einzelnen Punkten feststellen, wo Ähnlichkeiten und Differenzen sind. (An einigen Stellen finden sich Hinweise auf spezifischere morphologische Untersuchungsmethoden, um denen, die damit arbeiten, eine mögliche Verbindung aufzuzeigen.)

4. Was fehlt / Wünsche / Planungen

Um Mißverständnissen vorzubeugen: Das hier Dargestellte versteht sich als ein Ausschnitt; die Protokollierung ist ja zunächst nur die Erstellung des ‚Materials', welches wir dann untersuchen wollen. Benutzbar ist das so ‚zubereitete' Material vermutlich bei all den Fragestellungen, in denen es um den therapeutischen *Prozeß* selbst, um die Entwicklung dieses Prozesses und ein Verstehen dieser Entwicklung oder spezieller Aspekte geht. Dazu sind dann natürlich weitere Schritte der Bearbeitung notwendig. Ich habe mir vorgenommen, an anderer Stelle *eine* Form einer solchen Bearbeitungsmöglichkeit genauer darzustellen.

Ich hätte großes Interesse an Rückmeldungen über die Erfahrungen im Umgang mit diesen Bögen: was ist zu umständlich, was fehlt, was ist doch zu spezifisch …?

Falls Interesse besteht, könnte ich mir zum einen einen weiteren Austausch auf Berufsverbandsebene gut vorstellen. Im Zusammenhang mit einer Arbeit an der Universität Münster überlegen einige KollegInnen und ich, Fallstudien zusammenzutragen und daraus eine Art akkumulatives Forschungsprojekt zu entwickeln. Vielleicht gibt es auch von KollegInnen an anderen Orten Interesse an einer Mitarbeit?

5. Hinweise zum Text:

Im durchlaufenden Text sind die jeweiligen Punkte der Formbögen durch **Fettschrift** hervorgehoben. Die Beispiele mit der gleichen Zahl beziehen sich jeweils auf denselben Fall. ‚Beispiel Balint' sind jeweils dem Buch ‚Fokaltherapie' (a.a.O.) entnommen.

Die Bögen sind der Übersicht halber am Schluß noch einmal zusammenfassend aufgeführt.

II. Erstinterview

Name:

Alter:

Beruf: Vordiagnosen:

Institutioneller Rahmen:

Datum des Interviews:

bei Veröffentlich alles so verschlüsselt, daß die Anonymität gewährleistet ist

---

A. Wie kam die Behandlung zustande?

Beispiel 1: (Klinik)

Herr A. wird von Dr. B. zur Einzelmusiktherapie angemeldet. Hinweise der Anmeldung: Starke Rationalisierungen, die er selber spürt, aber im verbalen Bereich nicht überwinden kann. Sagt, daß Musik das ist, was ihn noch am meisten berührt. Ist von daher gut motiviert für die Musiktherapie, hat aber Angst, weil er meint, „unmusikalisch" zu sein. Wird parallel zwei Mal pro Woche an der Gesprächsgruppe teilnehmen.

Beispiel 2: (Ambulante Praxis)

Die Pflegemutter Frau B. ruft bei mir an und fragt nach Musiktherapie für ihren Sohn. Er sei ein hyperaktives Kind und spreche gut auf Musik an, deshalb könne sie sich vorstellen, daß Musiktherapie ihm vielleicht helfen könne. Er sei vor kurzem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gewesen, bekomme auch noch Neuroleptika, diese versuche sie jetzt zu reduzieren – im Einverständnis mit den Ärzten. Ihr Sohn sei auch mutistisch, spreche nicht. Außerdem sei er auch Autist, aber ein ‚gut erzogener', hätten die Ärzte gesagt. Frau B. wirkt am Telephon erschöpft und aufgeregt. Mir fällt auf, daß sie zunächst die ‚harmloseren' Symptome nennt, als fürchte sie sonst, in ihrem Anliegen abgewiesen zu werden. Wir vereinbaren einen Probetermin. Ich sage ihr, daß ich zunächst gerne ihren Sohn kennenlernen und erst bei einem weiteren Termin danach mit ihr Näheres besprechen möchte. Die Frage der Bezahlung wird kurz angeschnitten, eine Klärung soll nach der ersten Einschätzung erfolgen.

B. 1. Erscheinungsbild und Auftreten des Patienten/der Patientin:

Das ist notwendigerweise eine Beschreibung aus der Sicht, dem Empfinden des/der Therapeutin.

> Beispiel Balint:
>
> Gut, aber nicht penibel gekleideter Mann, der ruhig, wenn auch etwas umständlich spricht. Deutlich unter Druck, den er jedoch gut unter Kontrolle hat. Die Art und Weise, wie er seine Lage darstellt, ist systematisch, aber nicht absolut rigide.

> Beispiel 2:
>
> Ein zarter, für sein Alter kleiner Junge mit dunklen Haaren und dunklen Augen. Beweglich und wach, von vibrierender Erregtheit, nimmt er keinen für mich erkennbaren Kontakt mit mir auf, wohl aber mit der Situation, dem Raum, den Instrumenten.

2. Beschwerden

Hier wird das wiedergegeben, was der/die PatientIn selbst an *aktuellen* Beschwerden und Leiden äußert, was geklagt wird. Zu beachten ist dabei körperlicher, seelischer und sozialer Bereich. Etwa: Kopfschmerzen, Depressionen, Einsamkeit, aber ebenso Klagen *über* eine bestimmte Situation wie Arbeitslosigkeit, Ärger über die Kollegen, mit dem Ehepartner.

> Beispiel 3: (Klinik)
>
> Herr C. klagt vor allem über sein Leiden im Beruf. Er will alles sehr gut machen, merkt aber immer wieder, daß er seinen eigenen Anforderungen nicht entsprechen kann. Entwickelt Zwänge in den Arbeitsprozessen, die seine Arbeitsleistung weiter reduzieren. Kommt mit der Rivalität mit jüngeren Kollegen, die ihm vor allem im Bereich der neueren Computertechnologie überlegen sind, nicht zurecht. Wechselnde körperliche Beschwerden: Magen, Rücken, Kopfschmerzen und allgemeine Erschöpfung.

3. Was scheint der Grund zu sein, warum der/die PatientIn gerade jetzt kommt (geschickt wird)?

In der Klinik wird sich dies manchmal aufteilen in die Gründe, weshalb der/die PatientIn in die Klinik kommt oder geschickt wurde und die Gründe, weshalb er/sie innerhalb der Klinik zur Musiktherapie kommt, bzw. geschickt wird.

Beispiel Balint:

Der Patient hatte vor sechs Jahren einen schweren Zusammenbruch, der mehrere Monate dauerte und nur langsam abklang; insgesamt war er etwa 18 Monate krank. Vor ein paar Wochen setzte etwas Ähnliches ein, wenn auch nicht ganz so schwer. Das führte zu der Untersuchung durch den Psychiater und schließlich zu seiner Überweisung.

Beispiel 3:

In die Klinik kommt er, weil ihn zwei vorangegangene Aufenthalte von dem aktuellen Druck gut entlasteten, die Behandlungen aber keine Umstrukturierungen bewirken konnten. In die Musiktherapie wird er geschickt, weil die KollegInnen, die ihn früher behandelten, den Eindruck haben, daß die rein verbale Behandlung bei ihm ‚nichts in Bewegung bringe', sie ‚nicht an ihn herankommen'. Herr C. selbst steht diesem Vorschlag positiv gegenüber, weil er gute Erinnerungen an eigene musikalische Tätigkeiten hat (Singen im Männerchor).

4. Erster Satz, erste Szene

Bisweilen gibt es einen ersten Satz, eine erste Szene, die man gar nicht versteht und nicht einordnen kann. Gerade wenn dies so ist, lohnt es sich, das zu notieren. Über dieses Thema ist in der psychoanalytischen Literatur viel geschrieben worden. Vgl. z.B.: HARTMANN, E. (1987), WEGNER, P. (1988)

Beispiel 4:

Die stark parfümierte Patientin kommt rein, sagt: „Hier riecht es aber seltsam", setzt sich und wartet ab.

Beispiel 5:

Die Patientin sitzt mit ihrem Ehemann vor meiner Tür und es scheint für beide selbstverständlich zu sein, daß er mit zu dem Erstgespräch kommt …

Beispiel 6:

„Ich sag's Ihnen gleich: Ich bin hier falsch."

C. Lebensgeschichte und aktuelle Lebenssituation

Übliche Anamneseerhebung. Statt darauf näher einzugehen, einige Literaturhinweise: ARGELANDER, H. (1970), RUDOLF, G. (1981), KLUßMANN R. (1988), S.119ff, THOMÄ. H. & KÄCHELE, H. (1989), S. 172 ff. Umfang und Ausführlichkeit sind hier auch abhängig von dem Setting, in das die Musiktherapie eingebunden ist. Viele Klinken haben ihr eigenes Schema zur Anamneseerhebung entwickelt, da spezielle Anforderungen und zeitliche Möglichkeiten in Kliniken von der ambulanten Praxis stark abweichen.

In Kindertherapien und in der Behandlung von Menschen, die zu Auskünften kaum oder gar nicht in der Lage sind, erscheint es mir sinnvoll diesen Punkt insgesamt durch ein Handlungsprotokoll der gesamten Stunde zu ersetzen. Soweit möglich sollten wesentliche Informationen zu Lebensgeschichte und aktueller Lebenssituation dann durch das ergänzende Interview in Erfahrung gebracht werden.

D. Erleben und Selbsteinschätzung

Alle vier der folgenden Fragen *können* auch direkt an den/die PatientIn gestellt werden. Sie sind hier aber vorrangig als nachträgliche reflektierende Fragen gemeint. Es lassen sich hier also auch jeweils die Äußerungen zusammenfassen, die im Verlauf des Gesprächs zu diesen Bereichen von selbst auftauchten sowie eigene Beobachtungen, aus denen auf Erleben und Selbsteinschätzung geschlossen wird.

Es ist dabei nicht unbedingt wichtig, daß derartige Fragen immer zu beantworten sind. Es kann z.B. auch aufschlußreich sein, wenn man nach einem Gespräch, das man zunächst als informativ und offen erlebt hat, feststellt, daß man keine Ahnung hat, wie der Patient sich selbst erlebt. Ebenso ist es gerade interessant, sich diese Fragen zu stellen, wenn der/die PatientIn gar nicht spricht. (6 s. Beispiel 2)

Mit der Aufteilung in die vier Bereiche ist keine Getrenntheit gemeint. Durch die Fragestellung von verschiedenen Seiten her kann vielmehr die wechselseitige Abhängigkeit deutlich werden: hilfreiche Gegenzüge, Ausgleich, aber auch ‚Teufelskreise'.

1. Wie erlebt sich der/die PatientIn selbst?

Beispiel 7:

Erlebt sich selbst in einer „Lebenskrise" und hat Angst, wesentliche Lebenswünsche nicht verwirklichen zu können, sowohl im beruflichen als auch im privaten Bereich. Beschreibt sich allgemein als „liebevoll, gutmütig und wenig durchsetzungsfähig". Zur Zeit „ängstlich und depressiv", das sei aber „früher nicht so gewesen".

Beispiel 8:

Darüber habe ich wenig erfahren. Außer daß er unter seinen vielfältigen körperlichen Beschwerden leidet.

Beispiel 2:

In der Faszination durch die Instrumente wirkt er so, als sei er sich seiner selbst gar nicht bewußt. Ein Bewußtsein seiner selbst scheint er eher in den ‚erprobenden Provokationen' zu haben. Ansonsten: mir nicht erkennbar und durch das Fehlen von Sprache nicht eruierbar.

Beispiel Balint:

Zuverlässig, vernünftig, sehr liebevoll, phantasievoll. Seine Grübeleien machen ihm großen Kummer, er habe Hilfe nötig, um damit fertig zu werden. Wenn ihm das gelingt, ist bestimmt alles in Ordnung.

2. Wie erlebt der/die PatientIn andere Menschen?

Beispiel Balint:

Vater: etwas altmodisch und starr, aber man kann mit ihm auskommen. Mutter: nie erwähnt. Älterer Bruder: gesetzt, realistisch, äußerst zuverlässig. Sie ergänzen sich großartig …

Beispiel 7:

Zur Zeit vor allem als „mir überlegen" und als „glücklicher" als sie selbst. Das, was anderen gelingt, bzw. zu gelingen scheint, steht stark im Vordergrund des Erlebens: Dadurch fühlt sie sich unfähig und im Umgang gehemmt, weil sie auch ihren Neid spürt und Angst hat, „daß die anderen das merken". Das ist aber nicht ungebrochen, sie merkt die spezielle ‚Auswahl', wenn sie sagt: „alle haben es geschafft, nur ich nicht."

Beispiel 8:

Im beruflichen Umfeld: „aggressiv, rücksichtslos“, „alles Ellbogentypen“; die Frau: „eigentlich sehr lieb, aber sie kann mir auch nicht helfen“; die Eltern: „wollen auch immer noch was von mir“; nur die beiden Kinder werden anders erlebt: „an denen habe ich richtig Freude, da vergesse ich manchmal sogar meine Schmerzen“.

Beispiel 2:

Mir nicht deutlich erkennbar. Höchstens als Fragen formulierbar: erlebt er mich überhaupt anders als etwas Gegenständliches? Auch hier erlebe ich mich in den ‚erprobenden Provokationen' eher als Person wahrgenommen als in seinen übrigen Handlungen, die nicht auf mich gerichtet zu sein oder mit mir in Verbindung zu stehen scheinen. Zu seiner Mutter besteht offensichtlich eine Beziehung: Er geht am Anfang mehrmals nachsehen, ob sie noch da ist. Alles andere bleibt durch das Fehlen von Sprache nicht eruierbar.

3. Wie erlebt der/die PatientIn die Welt?

Mit dieser Frage soll der Blick darauf gelenkt werden, daß nicht alles aus ‚Beziehungen' besteht, sondern es darüberhinaus auch wichtige Erlebensbereiche etwa zur Natur, im Bereich geliebter Beschäftigungen, im Umgang mit Gegenständlichem, im Umgang mit Kunst, Religion, etc. gibt. Dieser Bereich ist auch prognostisch wichtig: Es macht einen Unterschied, ob jemand, der die ganze Welt der Beziehungen als bedrohlich erlebt, Refugien im Umgang mit Dingen, in der Natur oder bei intellektuellen Beschäftigungen hat oder nicht. Für die künstlerischen Therapien ist diese Frage auch aus methodischen Gründen von Bedeutung, da sie auch mit ‚Gegenständlichem' arbeiten. Ebenso bei bestimmten PatientInnen, wie im Beispiel 2.

Beispiel 2:

Auch dies kann nur von der aktuellen Beobachtung her erraten werden, hier speziell in bezug auf die Instrumente: diese ziehen ihn offensichtlich an, fordern ihn zum Umgang auf. Die Anziehung scheint sehr stark zu sein. Die Intensität des Kontaktes scheint eine Gegenbewegung auszulösen, durch die der Kontakt dann schnell wieder aufgelöst werden muß. Es ist eine gewisse Bedeutungsordnung der Dinge zu erkennen, da er sich – bis auf den Kunstkopf – nur den Instrumenten widmet, nicht anderen Dingen im Raum. Auch bleibt er bei einer bestimmten Auswahl der Instrumente. Auffällig ist das mehrmalige Fallenlassen der Schläger und die (gehemmte) Neigung, die Dinge zu Fall zu bringen. Erkennbar ist auch die Vorliebe, die Dinge direkt zu berühren: die Trommeln mit den Händen, mit nackten Füßen gehen. Als Fragen tauchen auf: Erlebt er sich von den Dingen einverleibt, wenn der Kontakt länger wäre? Oder inszeniert er mit den Dingen das, was ihm geschehen ist: ‚kurzer heftiger Kontakt, dann wieder weg'?

Beispiel 7:

Trotz der momentanen Krise ist ihre Begeisterung für ihren Beruf, auch ihr Können darin, erkennbar. Wenn sie darüber spricht, lebt sie auf. Sie umgibt sich gerne mit „schönen Dingen", hat viel Zeit und Mühe in die Wohnungseinrichtung gesteckt. Leidet aber darunter, „daß dann nicht noch einer etwas davon hat."

Beispiel 8:

Ähnlich unberührt von der Problematik – wie die Beziehung zu den Kindern – ist der Bereich seiner „Basteleien". Am liebsten würde er sich ganz darauf zurückziehen. Hat aber die Befürchtung, wenn er daraus einen Beruf machen würde, was durchaus vorstellbar ist, daß es ihm dann „ebenso verleidet würde".

4. Wie versteht der/die PatientIn selbst seine Erkrankung, Störung oder Problematik?

Beispiel 7:

Versteht ihre Lage als Lebenskrise und ahnt Zusammenhänge zu der Art, wie sie aufgewachsen ist. Schwankt zwischen dem Wunsch, „die Kindheit aufzuarbeiten" und einem Zögern vor dieser Aufgabe, welches sich in vielen kleinen ‚Nurs' äußert: „vielleicht muß ich ja nur den Richtigen treffen", „ich glaube, ich dürfte nicht so neidisch sein und müßte mich einfach nur mit dem zufriedengeben, was ich erreicht habe" etc.

Beispiel 8:

Die Befürchtung/Hoffnung, daß sich doch noch ein organisches Leiden finden lasse, steht sehr im Vordergrund. Entsprechend wird in der beruflichen Situation die gesamte Problematik eher durch das Äußere und ‚die anderen' erlebt.

Beispiel 2:

Durch das Fehlen von Sprache nicht eruierbar. Auch im Sonstigen finde ich keine Hinweise darauf, ob er überhaupt selbst eine Problematik erlebt.

E. Beziehung zwischen TherapeutIn und PatientIn

Auch hier ist die Aufgliederung in Unterpunkte nicht als Getrenntheit gemeint. Insbesondere 2 a und b bedingen sich ja gegenseitig. Dennoch scheint mir die getrennte Fragestellung auch hier hilfreich, um das Zusammenwirken von zwei Seiten her zu erfassen. Das heißt praktisch auch, daß bisweilen derselbe Vorgang einmal von dieser, einmal von der anderen Seite her beschrieben werden kann.

1. Wie gestaltete sich die Beziehung in der Musik?

Beschreibung aus dem Erleben des Therapeuten/der Therapeutin, wie es aus der Stunde selbst erinnerbar ist. Also ohne Tonbandanalyse! Falls gegeben, durch Äußerungen des Patienten/der Patientin zu ergänzen.

Beispiel 2:

Nachdem B. bei der Begrüßung erkennbar gar keine Beziehung zu mir aufnimmt, entsteht eine musikalische Beziehung innerhalb von wenigen Sekunden. Die Frage ist allerdings, ob es richtig ist, hier von einer Beziehung zu sprechen: B. spielt sofort einige Instrumente und ich spiele fast sofort auf dem Klavier dazu und fange an zu singen. Ebenso wie in ihm kein Zögern ist, spiele ich sofort mit, ohne nachzudenken, als könne es gar nicht anders sein.

So stellt sich einerseits eine musikalische Situation innerhalb von wenigen Sekunden wie selbstverständlich ein. Dadurch, daß hier unser beider Spiel zugleich erklingt, ergibt sich unweigerlich eine Beziehung zwischen seinen und meinen Klängen. Die Art der Beziehung ist aber fast nur von meiner Seite auf ihn, sein Spiel, seine Bewegungen, seine Handlungen bezogen.Singend begrüße ich ihn mit „Hallo, hallo, B. ...“ und kommentiere viele seiner schnell wechselnden Aktionen und spiele meine Wahrnehmung seiner Stimmungen. Auch er gibt gelegentlich stimmliche Laute von sich, die ich noch nicht weiter einordnen kann. Daß dabei manchmal so etwas wie ein minimales ‚Zusammenspiel' – etwa rhythmisch – zu entstehen scheint, scheint mir aber eher an meiner musikalischen Geschicklichkeit zu liegen als daran, daß er tatsächlich auf mein Spiel reagiert. Ich denke hinterher: ich könnte wahrscheinlich auch die Bewegungen eines Kaninchen musikalisch so untermalen, daß man den Eindruck gewänne, es bewege sich bis weilen zur Musik.

Wie nimmt er meine klangliche Anwesenheit war? Bin ich für ihn ein weiteres Instrument, welches von sich aus erklingt?

Beispiel 3:

Es gibt in dieser ersten Stunde zwei Improvisationen: Metallophon und Xylophon, Th. in beiden Klavier. In beiden Spielen fällt ganz im Kontrast zu dem eher stockenden Verhältnis im Gespräch auf, daß hier alles fließt, sich ausbreitet mit der Tendenz zur Endlosigkeit.

Beispiel 7:

Spielt erst ‚munter drauf los', scheint aber irritiert, als ich dazukomme. Wird leiser und gehemmter und ich gerate immer mehr unter ‚Leistungsdruck'. Sie schafft es irgendwie, daß aus dem gemeinsamen Spiel ein Nacheinander in der Art ‚Frage-Antwort' wird. Das wird dann zäh und mühsam, als ich mich davon befreie. Als ich zu ihren Töne wieder mitspiele, hört sie auf. Als hätte ich ‚Schuldgefühle' höre ich sofort auch auf. Sie sagt dann später, daß sie aber gerne noch weiter gespielt hätte.

Beispiel 8:

Nach einigen Ausflüchten stellt er sich ein Schlagzeug zusammen. (Sein Sohn hat Schlagzeugunterricht begonnen.) Spielt erst etwas vorsichtig und holprig, steigt dann aber sofort ein, als vom Klavier ein fester Rhythmus kommt. Er geht auch auf Veränderungen sowohl des Rhythmus als auch der Dynamik ein. Es entsteht ein recht dramatisches Stück in der klaren Aufteilung: Klavierstück mit Schlagzeugbegleitung.

2. Außerhalb der Musik

a. Wie hat der/die PatientIn den Therapeuten/die Therapeutin behandelt?

Beispiel Balint:

Starkes Bedürfnis, mit jemandem zu sprechen, der ihm helfen könnte, sein peinigendes Problem zu lösen; keimende Hoffnung, daß er vielleicht den rechten Mann gefunden hat; zum Schluß rührendes, fast kindliches Vertrauen, daß es so sei und wir nun gemeinsam an die Arbeit gehen können.

Beispiel 3:

Korrekt und freundlich, scheint mir sehr bemüht, einen guten Eindruck zu machen und signalisiert Bereitschaft zur Zusammenarbeit. Verweigerung und Aggression ist aber in dem Stockenden des Gesprächs spürbar, was teilweise ‚verstockt' wirkt. Das ist ihm selber aber sicher nicht bewußt, nicht erlebbar.

b. Wie hat der/die TherapeutIn den Patienten/die Patientin behandelt?

Beispiel Balint:

Versuchte immer wieder, sehr vorsichtig zu sein (d.h. weder zu sehr auf seiner Seite noch zu kritisch bezüglich seines Verhaltens), kannte aber nicht anders als positiv auf seinen offenbar ehrlichen, warmherzigen Appell reagieren. Natürlich war ich mir des latent homosexuellen, paranoiden Charakters dieses Appells bewußt, aber er war da und sehr stark.

Beispiel 3:

Es fällt mir nicht schwer, mich im Kontakt auf seine Freundlichkeit und sein bewußtes Bemühen zu beziehen. Sein Leid ist mir gut einfühlbar und ich lasse ihn das auch spüren.

F. Besondere Kennzeichen des Interviews und der Musik, der Empfindungen und Gegenübertragungen des Therapeuten/der Therapeutin

Gemeint sind zunächst zusammenfassende Charakterisierungen, die diesen besonderen Fall im *Ganzen* kennzeichnen. Ebenso aber auch besondere Einzelheiten, die sonst nirgendwo einzuordnen sind. Das kann sich durchaus auf der Ebene von Einfällen und Gefühlen bewegen. ‚Seltsame' eigene Gedanken, die nicht einzuordnen sind, sind meist ebenso notierenswert wie ‚seltsame' Gegebenheiten, die zunächst unwichtig erscheinen.

Das Nachspüren nach der entstehenden Gegenübertragung insgesamt oder unterschiedlich in Musik und Gespräch ist auf jeden Fall sinnvoll und notierenswert.

Beispiel 9: (Klinik)

Nach dem Drama um den speziellen Zimmerwunsch, seinem ‚unangenehmen' Auftreten dabei bis hin zu der ‚angedrohten' Abreise, überraschte die konstruktive und freundliche Atmosphäre in dieser Situation. Als ich ihn am Ende der Stunde noch einmal darauf anspreche, zeigt sich in diesem Konflikt ein Teil seiner gesamten Problematik beispielhaft. …

Beispiel 10:

Obwohl ich im Gespräch und in der Musik keine Anhaltspunkte finden konnte, verläßt mich ein gewisses ‚mulmiges' Gefühl nicht. Irgendwie ist da etwas ‚Bedrohliches', was aber nicht zu packen ist. Ich kann auch nicht sagen, ob sie Dinge ‚verschweigt', die sie mehr bedrohen als diese eher ‚harmlosen' Probleme, von denen sie erzählt, oder ob ich mich von ihr bedroht fühle. . .

Beispiel 2:

Ein Gespräch ist nicht möglich. Ich vermute allerdings, daß er Sprache versteht, habe dafür aber keine bestätigenden Hinweise. Sein Kontakt zu den Instrumenten ist ebenso heftig wie kurz. Eine emotional heftige Beziehung, wie verdichtet, dann ein schneller Abbruch, als würde er sich sonst in diesem Kontakt verbrennen. In allem, was er tut, ist er unglaublich schnell. Er ist immer in Bewegung.

Er wirkt dabei völlig fasziniert, besonders von den Klängen. Gelegentlich stößt er dabei schwer zu beschreibende Laute aus. Auch seine Augen sind ständig in Bewegung. Dabei schaut er mich nur sehr selten an, und dann auch nur für einen Moment. Häufiger blickt er an eine bestimmte Stelle des Raumes (von ihm aus gesehen nach rechts oben), als ob dort etwas Bestimmtes zu sehen wäre (was ich nicht sehe, wenn ich spontan gucke, was dort sein könne und was bei mir die Frage auslöst, ob da für ihn jemand ist, der ihm Zeichen gibt, der etwas zu ihm sagt oder den er etwas fragt). Durch die Art der Bewegung wirkt er wie ein scheuer Vogel: nur kurz etwas tun, dann wieder schauen, dann schnell wieder zu etwas anderem.

Im Eindruck völliger Faszinierbarkeit, einer Schnelligkeit, die nicht nur eine der äußeren Bewegung zu sein scheint, sondern auch im Begreifen der Situation liegt, in der Herstellung seiner Art von Beziehung, in der Menge der Mitteilungen, die ich nicht verstehe, aber empfinde, wirkt er eigenwillig intelligent: eher wie ein ‚Überflieger' im doppelten Wortsinne als geistigbehindert. Das Ganze wirkt auf mich wie eine enorme Verdichtung in der Zeit, eine ständige Umbildung im Nu, die es unmöglich macht, einzelne Gestaltbildungen lange genug wahrnehmen zu können, um sie zu erkennen.

Ich selbst bin fasziniert von ihm und dem Geschehen, welches er in Szene setzt. Ich freue mich, daß er von den Instrumenten und Klängen fasziniert ist. Ich finde ihn „bezaubernd, zauberhaft".

Im Nachherein wird mir erkennbar, daß er oder die Szene eine weitere starke und eindeutige Wirkung hat, die sich mehr in meinem Handeln als in meinem Erleben äußert: sofort ans Klavier zu gehen, zu spielen und zu singen. Das tue ich fast die ganze Zeit. In der Schnelligkeit und fast Pausenlosigkeit passe ich mich ganz ihm an. Es ist, als dürfe kein leerer Raum entstehen.

Das löst später viele Phantasien und Fragen aus: worauf bezieht sich die darin zu vermutende Angst. Würde er dann ‚abstürzen'? Könnte er das nicht aushalten oder ist da etwas, was ich glaube nicht aushalten zu können?

Ergänzende Hinweise:

Das Erstinterview mündet ein in die Frage der **Einschätzung** und des spezifischen **Behandlungsauftrages**. In die Frage: wie verstehe ich das Leiden des Patienten/der Patientin, den Zusammenhang zwischen Psychodynamik und den geäußerten Beschwerden, etc. und: was verstehe ich als meinen Auftrag, wie sehe ich die musiktherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten? (vgl. TÜPKER 1992) Das beinhaltet auch die Frage, ob überhaupt eine Zusammenarbeit zustandekommt, die Gründe, die für oder gegen eine Aufnahme der Behandlung sprechen, die Vereinbarungen über das Setting der Behandlung und evtl. eine erste Formulierung der vorläufigen Ziele.

In einer morphologischen Untersuchung besteht die Möglichkeit, das Protokoll des Erstinterviews in Austausch mit der Beschreibung und Analyse der Binnenregulierung der ersten Improvisation zu bringen.

Der Punkt E. 1. wird so durch eine distanziertere Form der Bearbeitung ergänzt.

Geht man – quasi andersherum – von dem Gesamtverfahren der ‚Beschreibung und Rekonstruktion' aus, so kann das Erstinterviewprotokoll als Material für den dritten Schritt dieses Verfahrens dienen. Die Formulierung des spezifischen ‚Behandlungsauftrages', der so auf dem einen oder anderen Wege gefunden werden kann, stellt die Grundsituation des ‚Leiden-Könnens und Nicht-Leiden-Könnens' im Sinne des ersten der ‚vier Behandlungsschritte' dar, dessen Entwicklung dann im weiteren Verlauf untersucht werden kann. (Grundlagen dazu in TÜPKER 1988)

Im Zusammenhang spezifischer musiktherapeutischer Verfahren sind an verschiedener Stelle Analysemethoden entstanden, die ebenfalls hier in einen Austauschprozeß gebracht werden können. So z.B. die Form der genauen Tonbandanalyse der Nordoff/Robbins Musiktherapie, die ebenfalls in Austausch mit dem ersten subjektiven Eindruck von Punkt E. 1. gebracht werden kann. Auch hier könnten dann die Ziele der Behandlung von diesen beiden Aspekten her formuliert werden. (Grundlagen dazu in NORDOFF/ROBBINS 1986)

Hinweise für die weitere Bearbeitung und Analyse der Musik finden sich auch bei NIEDECKEN (1988).

Es kann sein, daß eine Antwort auf diese Frage oder ein Teil der Einschätzung nach dem Erstinterview noch nicht möglich ist. In manchen Fällen werden wir die Frage, ob wir die Behandlung aufnehmen werden oder nicht, erst nach dem ergänzenden Interview entscheiden können. In manchen Fällen benötigen wir für eine formulierbare Einschätzung dessen, was wir als unseren Behandlungsauftrag verstehen, noch eine oder einige weitere Therapiestunden.

III. Varianten, Ergänzungen

Es kann verschiedene Gründe dafür geben, daß der/die MusiktherapeutIn wesentliche Punkte des Erstinterviewbogens nicht ausfüllen kann. Zu unterscheiden sind die Gründe, die sich aus einem bestimmten Kliniksetting ergeben und die, die mit der Eigenart oder dem Zustand des Patienten/der Patientin selbst zusammenhängen.

So kann es z.B. sein, daß der/die MusiktherapeutIn auch bei Einzeltherapien nicht selbst eine Anamnese erhebt. Hier würde ich empfehlen, die an anderer Stelle erhobene Anamnese entsprechend in den Erstinterviewbogen zu übernehmen und die Herkunft dabei zu kennzeichnen. Auch in bezug auf einige andere Punkte kann man sich ähnlich behelfen. Vielleicht ist es aber auch bisweilen möglich für Einzelfälle, die man auf diese Art näher untersuchen möchte, einmal ein anderes Setting mit der Klinik oder dem Team zu vereinbaren, denn oft sind Fremdinformationen aus verschiedenen Gründen schwerer verwendbar.

Eine andere Variante kann aus unterschiedlichen Gründen sinnvoll sein: die Verteilung des Gesamts des Erstinterviews auf zwei Sitzungen. Es kann z.B. sein, daß im Aufnahmegespräch noch nicht gespielt wird oder daß die Anamneseerhebung gleich zu Beginn den Patienten/die Patientin überfordern würde. Auch dabei wäre meine Empfehlung, dennoch einen Bogen zu benutzen und die Verteilung auf zwei Sitzungen durch die zwei Daten zu kennzeichnen.

Eine doch erheblich andere Situation scheint mir allerdings dann gegeben, wenn der/die PatientIn grundsätzlich oder für einen längeren Zeitraum nicht in der Lage ist, Auskunft über einen größeren Teil der Fragen zu geben. Dies wird vermutlich in vielen Fällen im Bereich von psychotischen Erkrankungen der Fall sein, in der Arbeit mit Kindern, mit geistig Behinderten und allgemein mit Menschen, die – aus welchen Gründen auch immer – nicht sprechen.

Hier kann sich dann die Notwendigkeit eines ergänzenden Interviews ergeben. Ich habe daher einen Bogen für ein solches ergänzendes Interview entworfen, der sich etwa für das Gespräch mit den Eltern zu Beginn einer Kindertherapie eignet. Die Kennzeichnung der einzelnen Punkte verlaufen dabei parallel zum Erstinterview selbst. Ich kann mir auch vorstellen, daß er eine Anregung für ein längeres Gespräch etwa mit einem/einer der pädagogischen BetreuerInnen sein kann, wenn man z.B. in einer Einrichtung für geistig Behinderte arbeitet. Oft kennen diese den Menschen, den wir zum ersten Mal erleben, ja schon über Jahre und in den unterschiedlichsten Situationen. Neben den zusätzlichen Informationen, die wir erhalten, kann auf diese Art vielleicht auch die Zusammenarbeit gefördert werden, so daß pädagogische und therapeutische Arbeit nicht in Konflikt oder Konkurrenz geraten. Wie weit er auch im klassischen Sinne einer ‚Fremdanamnese' im Bereich der Psychiatrie verwendbar wäre, kann ich nur schwer einschätzen, da ich in diesem Bereich keine Erfahrung habe. Da es unterschiedliche Beziehungspersonen sein können, mit denen ein solches ergänzendes Interview geführt wird, nenne ich die Person im Text die „Dritte".

Diese dritte Person ist häufig zugleich diejenige, die um die Behandlung anfragt. Auch wenn in diesem ersten Kontakt der Anfrage einiges vorbesprochen werden muß, sollte man immer darauf achten, daß dieser Kontakt möglichst kurz ist und wir uns zuerst einen gründlicheren Eindruck von dem Patienten/der Patientin selbst verschaffen. Das ‚Erstinterview' muß also *vor* dem ‚Ergänzenden Interview' stattgefunden haben!

ERGÄNZENDES INTERVIEW

Name:

Alter:

Beziehung zum Patienten/zur Patientin :

formal: z.B. Mutter, Wohngruppenleiter o.ä.

Beruf:

Datum des Interviews:

A. Warum wurde ein ergänzendes Interview vereinbart?

B. Ergänzende Auskünfte über den Patienten/die Patientin hinsichtlich:

1. Erscheinungsbild und Auftreten außerhalb der Therapiesituation

Dies ist ein Punkt, über den man natürlich auch in ‚üblichen' Behandlungen keine Informationen aus der Sicht anderer Personen erhält. Es erscheint mir daher wichtig zu betonen, daß es hier nicht um den Versuch einer scheinbaren ‚Objektivierung' geht. Auch die Informationen der Dritten sind notwendigerweise subjektiv und als solche zu behandeln. Sie schildern das Erscheinungsbild und Auftreten des Patienten/der Patientin im Erleben der Dritten. Unter Berücksichtigung dessen kann das selbst gewonnene Bild auf diese Weise aber durchaus sinnvoll ergänzt werden.

2. Beschwerden

Hiermit sind zum einen die Beschwerden im üblichen Sinne gemeint, die selbst nicht geäußert werden können. Darüberhinaus aber auch die Beschwerden, die von dritter Seite über den Patienten/die Patientin geäußert werden. In Kindertherapien ist es ja z.B. oft so, daß es die *anderen* (Eltern, Schule) sind, die Beschwerden mit dem Kind haben. Dies ist ein Teil des Behandlungsauftrages.

Beispiel 2: (mit der Pflege- Mutter des Kindes)

Aggressionen, Hyperaktivität, Unkonzentriertheit und dadurch wiederum Schulschwierigkeiten. Spielt nicht. . . .

Es fällt auf, daß alle genannten Beschwerden kaum eine Auskunft über das Leiden von B. selbst machen und auch keine Beschwerden der Mutter über ihn sind, sondern Beschwerden, die die Welt außerhalb des häuslichen Milieus über ihn hat. . . .

3. Was scheint der Grund zu sein, warum der/die PatientIn gerade jetzt geschickt wird?

> Beispiel 2:
>
> Die soziale Situation droht sich zuzuspitzen. Die Schule schickt ihn immer wieder weg, entweder nach Hause oder in die Psychiatrie. Frau H. erlebt das von ihr gewollte Zusammenleben mit B. durch verschiedene Amtsvertreter als bedroht. Ihr wird immer wieder eine Heimeinweisung von B. angeraten.

4. Erster Satz, erste Szene

Der hier entweder etwas über den Patienten/die Patientin, über die Beziehung der Dritten zum Patienten/zur Patientin, bisweilen vielleicht auch über die Dritte selbst oder über die gesamte Konfliktsituation aussagt.

> Beispiel 2:
>
> Auf meine Eingangsfrage nach ihrem ‚Auftrag', nach ihren Wünschen an die Behandlung: „Was ich nicht will: noch eine Diagnose!"

C. Ergänzungen zur Lebensgeschichte und aktuellen Lebenssituation

Hier geht es um die Informationen im Sinne einer Anamnese des Patienten/der Patientin, wenn diese im Gespräch mit dem Patienten/der Patientin selbst nicht möglich ist. In der Kindertherapie kann dies natürlich auch Informationen beinhalten, die die Familie betreffen, also etwa auch lebensgeschichtliche Daten der Mutter, mit der man vielleicht dieses Gespräch führt. Es ist hier aber – stellvertretend für einige andere Punkte auch – besonders darauf zu achten, daß sich der Behandlungsauftrag nicht unbemerkt verschiebt. Wir dürfen – auch wenn es sich noch so sehr aufzudrängen scheint – nicht in eine Behandlung etwa der Mutter geraten, wenn wir eine Kindertherapie beginnen wollen.

Bei aller Verflechtung der Psychodynamik und trotz der notwendigen Einbeziehung der Familie im Zusammenhang mit Kindertherapien dürfen wir nicht *verwechseln*, wer unser Patient/unsere Patientin ist und wer die ‚Dritte' im Sinne unterstützender Gespräche und notwendiger Zusammenarbeit ist. Familientherapeutische Arbeit bedarf eines besonderen Settings und ist hier nicht angesprochen.

D. Ergänzende Informationen zum Erleben und zur Selbsteinschätzung des Patienten/der Patientin aus der Sicht der Dritten

Kann wie im Erstinterviewbogen ebenso nach den dort aufgeführten vier Unterpunkten gegliedert werden. Da die Beschreibungen etwa der Mutter über das Erleben und die Selbsteinschätzung ihres Kindes nicht dasselbe sind wie das, was jemand selbst zu diesen

Fragen sagen oder ausdrücken kann, erscheint es mir sinnvoll, auch diese Aussagen nicht einfach in den ersten Bogen selbst ergänzend einzutragen. Dennoch erhält man durch diese Ergänzungen in Fällen, in denen hier im Kontakt mit dem Kind selbst große ‚Lücken' bleiben, wichtige Hinweise.

In manchen Fällen kann es auch sinnvoll sein, diese Fragen – sinngemäß – direkt zu stellen, da dies der Dritten auch vermittelt, was uns wichtig ist und ihr indirekt mitvollziehbar macht, auf was wir achten und wie wir unsere Arbeit verstehen. Das kann dann auch für die weitere Zusammenarbeit hilfreich sein.

1. Wie erlebt sich der/die PatientIn selbst?

Von den vier Fragen vermutlich diejenige, auf die wir in manchen Fällen nur sehr bedingt etwas aus der Sicht der Dritten erfahren können. Es kann aber z.B. sein, daß die Dritte von Situationen erzählt, in denen der/die PatientIn sich dazu geäußert hat. So können z.B. langjährige BetreuerInnen von geistig behinderten PatientInnen, die sprechen können, oft von spontanen Äußerungen berichten, auch wenn der/die PatientIn auf eine solche *Frage* von uns nicht direkt antworten könnte.

2. Wie erlebt der/die PatientIn andere Menschen?

Hier erhalten wir einige Hinweise z.B. durch die Beschreibung, ob der/die PatientIn FreundInnen hat, wie die Beziehung zu anderen Familienmitgliedern, zu BetreuerInnen ist etc.

3. Wie erlebt der/die PatientIn die Welt?

Hier finden wir Hinweise z.B. durch Beschreibungen darüber, mit was ein Kind spielt, welche Dinge es zu Hause und in anderer Umgebung gerne tut, welche es meidet etc.

4. Wie versteht der/die PatientIn selbst seine/ihre Erkrankung, Störung oder Problematik?

Auch dazu kann es wie in Punkt 1 manchmal spontane Äußerungen gegeben haben, die die Dritte berichten kann.

E. Merkmale des Beziehungsdreieckes

Wohl in den meisten Fällen, in denen Gründe für ein ergänzendes Interview vorliegen, wird es sich um Therapien handeln, in denen wir ein Dreieck von Beziehungen zu berücksichtigen haben. Oft ist die Person, mit der wir dieses Gespräch führen auch diejenige, die um die Behandlung gebeten hat, die sie auch jederzeit abbrechen könnte etc.

Der dritte Faktor dieses Dreiecks ist nicht in jedem Fall gleichzusetzen mit einer einzelnen Person. So spielt in Kindertherapien natürlich auch der Einfluß des Vaters – wenn er vorhanden ist – eine Rolle, obwohl es wohl meistens so ist, daß solche Gespräche mit der Mutter geführt werden. Hier kann man vorher überlegen ob es sinnvoll ist, beide Eltern zu diesem Gespräch zu bitten. In der Arbeit betreuender Einrichtungen ist es manchmal schwierig zu entscheiden, mit welcher oder mit welchen Einzelpersonen oder mit welcher Gruppe wir mit der Aufnahme der Behandlung in ein solches Beziehungsdreieck eintreten. (vgl. auch TÜPKER 1992)

1. Merkmale der Beziehung zwischen dem Patienten/der Patientin und der Dritten.

Wie die Dritte dies schildert und wie wir es erleben.

2. Atmosphäre des Interviews und Merkmale der entstandenen Beziehung zwischen TherapeutIn und der Dritten.

Diese Beziehung zu reflektieren ist besonders wichtig, wenn die weitere Behandlung des Patienten/der Patientin auf das Einverständnis, die Unterstützung und Zusammenarbeit mit der Dritten angewiesen ist.

F. Besondere Kennzeichen des Interviews

Wie im Erstinterview selbst sind hier natürlich auch die eigenen Empfindungen des Therapeuten/der Therapeutin selbst, ihrer Beziehung zur Dritten zu reflektieren. Ich persönlich würde mit der Dritten keine musikalische Beziehung eingehen, also nicht spielen, da für mich da bei die Gefahr des ‚Hereinrutschens' in eine behandlungsähnliche Verfassung zu groß wäre. Für MusiktherapeutInnen, die das anders handhaben, würde hierher auch die Beschreibung der in der Musik entstandenen Beziehung gehören.

Das ergänzende Interview mündet in den Fällen, in denen es auch um eine Zusammenarbeit mit der Dritten geht, in eine Einschätzung der Zusammenarbeit. In diesen Fällen wird auch die Einschätzung über Aufnahme der Behandlung, Vereinbarungen über das Behandlungssetting erst nach diesem, bzw. am Ende des ergänzenden Interviews möglich sein. Das wird sinnvollerweise oft auch Vereinbarungen über gewisse Formen der Zusammenarbeit beinhalten.

IV. Protokollformblatt

Das Protokollformblatt ist zur regelmäßigen Protokollierung nach den Therapiestunden gedacht. Dabei empfiehlt es sich natürlich, die Therapien, die man einmal auf diese Art genauer untersuchen möchte, zeitlich so einzurichten, daß eine möglichst geringe Zeitspanne zwischen Therapiestunde und Protokollierung liegt. Dennoch kann sich herausstellen, daß das Protokollieren *direkt* im Anschluß an die Stunde nicht so günstig ist, da man vielleicht zunächst auch etwas Abstand braucht.

Die Ausführlichkeit des Protokolles richtet sich dabei nicht nur nach den zeitlichen Möglichkeiten, sondern ist natürlich auch von dem Ziel einer Untersuchung abhängig. Ob man zunächst eher stichwortartig protokolliert oder (gleich) in ganzen Sätzen, hängt dabei auch vom persönlichen Arbeitsstil ab.

Name:

Stunde: durchlaufende Nummerierung

Datum:

Zeitabstand: zur letzten Stunde

Band: z.B. 2 Improvisationen, Band 1, Seite B

Instrumente: die PatientIn und TherapeutIn gespielt haben

Sonstiges: andere Materialien, mit denen z.B. Kinder spielen

oder die aus anderen Gründen einbezogen sind

A. Ereignisse zwischen den Behandlungsstunden

1. auf Seiten des Patienten/der Patientin

Etwa Terminverschiebungen, Krankheit, Urlaub etc. Auch Veränderung einer Medikation, medizinische Befunde oder Eingriffe, unabhängig davon, ob man darüber vom Patienten/von der Patientin selbst oder von Dritten erfährt.

In der Arbeit in Institutionen können hinzukommen: andere Kontakte mit dem Patienten/der Patientin: in der Sprechstunde, auf dem Flur, bei Visiten etc.; sowie Ereignisse, die andere berichten: Schwestern, Badeabteilung, pädagogische MitarbeiterInnen, andere therapeutische KollegInnen; desweiteren Ereignisse aus der Gruppe bei PatientInnen, die Einzel- und Gruppentherapie erhalten. Auch Zwischengespräche mit Eltern, Betreuungspersonen sind unter diesem Punkt zu notieren.

2. auf Seiten des Therapeuten/der Therapeutin

Wie etwa Ausfälle von Behandlungsstunden von Seiten der Therapeuten/der Therapeutin durch Krankheit, Urlaub etc. Aber auch:

- Gedanken aus der Supervision des Therapeuten/der Therapeutin, Teamsitzungen u.ä.
- Ergebnisse von Beschreibungen von Improvisationen
- Träume, Einfälle o.ä., die im Zusammenhang mit dem Patienten/der Patientin stehen.

B. Anfängliche Erwartungen / Vorüberlegungen

Es ist sehr nützlich, wenn man sich die Zeit nimmt, eine Notiz hierzu tatsächlich direkt *vor* der Stunde zu machen. Gerade eigene Erwartungen werden einem oft erst dadurch bewußt, daß man sich diese Frage stellt.

Beispiele für anfängliche Erwartungen:

- Ich frage, mich wie es wohl mit der Musik weitergehen mag. Wird sie weiterhin nicht spielen wollen?
- Ich vermute, daß sich der Widerstand noch weiter verstärken wird. Fast rechne ich damit, daß er heute gar nicht zur Stunde erscheinen wird.
- Nach den Ereignissen der letzten Stunde wird es wohl jetzt wieder besser vorangehen.
- Irgendwie habe ich ein ungutes Gefühl, weiß aber noch nicht warum.

Beispiele für Vorüberlegungen:

- Ich muß dafür sorgen, daß nicht zu viele Dinge im Musiktherapieraum stehen, mit denen er nicht spielen soll, um nicht den therapeutischen Prozeß durch zu viele Situationen zu behindern, in denen ich ihm sagen muß, daß er damit nicht spielen kann. (Kindertherapie)
- Ich will bei der nächsten Gelegenheit versuchen, ihr die Übertragung, die sich jetzt immer mehr zeigt, zu deuten.
- Ich will einmal ausprobieren, ob sich im Erleben der Patientin etwas ändert, wenn ich am Klavier nicht mehr immer das ergänze, was sie ‚ausläßt'.

Bei Stunden, vor denen sich keine merklichen oder erwähnenswerten Erwartungen oder Vorüberlegungen einstellen, kann dieser Punkt auch unausgefüllt bleiben.

C. Atmosphäre der Stunde / Gesamteindruck

In Abgrenzung zu Punkt D sind hier zusammenfassende Beschreibungen der gesamten Stunde gemeint, die kurz sein können, wenn keine besonderen Veränderungen vorliegen und ausführlicher bei den Stunden, in denen Neues in der Atmosphäre auftaucht, sich Widerstände besonders verdichten, der/die TherapeutIn etwa sein/ihr methodisches Vorgehen verändert o.ä. Die Beiträge von PatientIn und TherapeutIn beeinflussen sich natürlich gegenseitig und bilden das gemeinsame Behandlungswerk, so daß sie oft nur schwer auseinander zuhalten sind. Die getrennte Darstellung soll dies nicht zertrennen, kann aber helfen, das Wechselspiel besser zu erfassen.

Auch hier kann es Phasen in der Behandlung geben, in denen ein schlichtes „unverändert" ausreichen mag.

Beispiel Balint:

1. Beitrag des Patienten:
Sehr aufrichtig, warm, versucht ehrlich mit seinem Problem vorwärtszukommen. Natürlich ergab sich die freundliche, kumpanhafte Atmosphäre, die für eine passive homosexuelle Beziehung charakteristisch ist.

2. Beitrag des Therapeuten:
Akzeptiert das und versucht, es zur Förderung der Arbeit zu benutzen.

Beispiel 11:

1. Beitrag der Patientin:
Weiterhin gute Arbeitsatmosphäre. Im Kontakt mit den Instrumenten ist sie – anders als im Gespräch – unsicher, ängstlich, eingeschüchtert und gehemmt. Beginnt aber trotzdem, die Methodik des Wechsels von Spielen und Sprechen selbst anzuwenden.

2. Beitrag der Therapeutin:
Unterstützend, allzu große Unsicherheiten überbrückend durch Bereitwilligkeit, Fragen zu den Instrumenten zu beantworten und darin, Verständnis für die Verunsicherung zu zeigen.

Beispiel 2:

1. Beitrag des Patienten:
Ist heute deutlich aggressiv und versucht, mich mit verschiedenen Aktionen zu provozieren.

2. Beitrag der Therapeutin:
Wo nötig, setze ich Grenzen. Manchmal singe ich kommentierend vom Klavier aus, was er tut oder seine Empfindungen, soweit sie mir einsichtig sind.

D. Hauptthemen, Improvisationen und therapeutische Interventionen

Unter diesem Punkt ist das übliche Protokoll der Stunde zu notieren, welches entweder dem Ablauf der Stunde folgt oder sich an deutlichen Hauptthemen orientiert. Gesprächsteile und musikalische Improvisationen sollten dabei deutlich voneinander abgehoben werden. Von den Improvisationen können kurze Beschreibungen der Musik notiert werden, so wie sie dem Therapeuten/der Therapeutin in Erinnerung sind.

Gerade für diesen Punkt sind natürlich große Unterschiede in der Ausführlichkeit und Genauigkeit des Protokollierens denkbar.

Auch können hier spezielle Protokollierungsverfahren, wie etwa die Protokollierung anhand des mitlaufenden Tonbandes wie dies in der Arbeit nach NORDOFF/ROBBINS üblich ist, einfließen.

Will man aus Forschungsgründen eine möglichst genaue Protokollführung auch der Gespräche, so wäre (die Zustimmung des Patienten/der Patientin vorausgesetzt) auch eine Tonbandaufnahme der gesamten Stunde denkbar, die dann zur Unterstützung des Protokollierens genutzt werden kann. Im allgemeinen dürfte aber auch zu Forschungszwecken die Protokollierung aus der Erinnerung ausreichend sein. Wenn es die eigene Verfassung erlaubt und den Patienten/die Patientin nicht beeinträchtigt, kann man natürlich auch während der Stunde Notizen machen und diese mitnutzen.

Beispiel 12:

(einer eher kurzen Protokollierung des Ablaufs einer Therapiestunde)

Herr S. klagt heute wieder über seine Schlafstörungen. Von da aus geht es in fließenden Übergängen – unterstützt durch einige Bemerkungen von mir – hin zu der unbefriedigenden Sexualität mit seiner Frau.

Als ich frage, wie es denn zu Beginn der Beziehung war, kommt es zu Erzählungen, die wieder ein Beispiel dafür sind, wie er in alles ‚hineinrutscht', bzw. sich hineingleiten läßt.

Seine Frau teilte ihm damals erst im 5. Monat mit, daß sie schwanger war. Er habe es auch nicht bemerkt. Über Verhütung hatten sie weder gesprochen, noch hatte er überhaupt darüber nachgedacht. Sie heirateten dann, obwohl er sich nicht einmal sicher war, ob das Kind überhaupt von ihm war. Inzwischen sei er sich dessen aber sicher, weil seine Tochter ihm so ähnlich sei.

Zurück zur aktuellen Situation wird deutlich, daß sich insofern nicht viel verändert hat, als er mit seiner Frau nie über Sexualität spricht. Er erwartet, daß alles von alleine läuft.

Tut es das nicht, ist er hilflos. Ich mache den Vorschlag, zu diesem Thema zu spielen. Er präzisiert das zu einem Spieltitel:

Improv. 4* : „Die Zärtlichkeit, die ich mir wünsche."

P.: Metallophon Th.: Klavier

Die Musik bleibt statisch. Es entwickelt sich nichts. Ich bin mir nicht sicher, ob dies zwanghaft ist oder einfach ohne Widerstand, flüchtig herumschweifend.

* Bei durchlaufender Nummerierung aller Improvisationen

Es bleibt auch keine Wirksamkeit: Ihm fällt „nichts“ dazu ein. Als ich ihm das Band vorspiele, ringt er sich mühsam ein Bild ab: „Ein Reiter, der durch die Landschaft reitet.“ – „Reitet er irgendwo hin?“ – „Nein, er hat kein Ziel.“ Dann meint er, das Instrument habe nicht zum Thema gepaßt.
Daraus entsteht auf meinen Vorschlag hin ein ‚zweiter Versuch zum selben Thema'.

Improv. 5: „Die Zärtlichkeit, die ich mir wünsche. 2. Versuch“

P.: Xylophon Th.: Klavier

Musik ist ganz ähnlich, nur etwas leiser.

Er selbst hat es als „etwas mehr meiner Empfindung entsprechend“ erlebt.

Ist schon zufrieden mit sich.

Beispiel 2:

(Ausschnitt aus einer ausführlichen Protokollführung, nach ‚Themen' gegliedert)

… …

2. Er entdeckt, daß er auf der Conga auch sitzen kann, herunterschauen, aber dann nicht spielen. Ich kommentiere das alles singend und spielend. Es entsteht ein Lied daraus:

„Hoch auf der Trommel kann er sitzen, wenn er will, wenn er will.

Und auf dem Boden – ganz tief.

Und auf den Knien gehn.

Und auf den Füßen stehn.“

3. Er nimmt mehrmals direkteren Kontakt zu mir auf. Formen: Stöcke nach mir werfen, wie nach den Instrumenten. An meinem Klavier vorbeikommen und ein paar Töne spielen. Zu mir kommen und mich direkt von geringer Entfernung aus angucken. Zu mir an das Monochord kommen und mitspielen. Einmal bringt er mir seine Sandalen, die er wieder gleich zu Beginn ausgezogen hatte.

4. Er hantiert mit den hängenden Klangstäben (‚Klingklang'). Ruft: „Abmachen“. (Konsonanten dabei nicht gesprochen.) Ich gehe zu ihm, frage: „Abmachen?“ Er sagt nichts mehr, zuppelt aber eindeutig daran. Ich lasse die Stäbe etwas tiefer herunter. Er versteht sofort die Art der mechanischen Aufhängung. Spielt wieder etwas damit. Hängt die Schnur in eine tiefere Schlaufe an den Haken. Sagt wieder etwas, was ich nicht verstehe. (Hört sich so ähnlich an wie „gebauer“) Will es ganz

abhaben, wobei ich ihm helfe. Drückt es begeistert an sich. Spielt damit. Die Schnüre vertütteln sich. Er versucht die Verdrehungen wieder herauszumachen, indem er einen Stab durch die obere Schlaufe führen will. Ich sage: „Nein, einfach drehen." Was er tut. Ich sage: „Andersrum." Was er auch sofort tut.

5. Er spielt nun zwanzig Minuten für sich mit dem Klingklang. Läßt es doll klingen, zarter, stoppt es. Drückt es an sich. Spielt mit einzelnen Stäben, nimmt einzelne Stäbe und versucht daran seine Kraft, als wolle er sie biegen. Egal, was er macht, immer ist dabei etwas zu hören.

Ich sitze dabei. Singe eine Weile ohne Worte, je nach der Heftigkeit der Bewegung, mit der er spielt und die klanglich entsteht.

Dann höre ich auf zu singen und schaue ihm zu. Er ist völlig konzentriert, nichts anderes mehr drängt sich ihm zu tun auf. Nach längerer Zeit versuche ich eine Deutung: „Egal was Du machst, es bleibt immer bei Dir." Es erfolgt keine Reaktion. Er macht weiter wie bisher.

. . . .

E. Nachträgliche Gedanken / Erwogene, aber nicht unternommene Interventionen / Besondere Empfindungen

Dieser Punkt läßt sich auch als nachträgliche Fragestellung verstehen, die helfen kann, auch flüchtige Gegenübertragungsphänomene, eigene Einfälle während des Spielens, wieder verworfene Gedanken an Deutungen oder andere therapeutische Interventionen wahrzunehmen. Sie zu notieren fördert die Reflexion über den Fall und über die eigene Methodik.

In manchen Fällen wird sich dieser Punkt eher auf das Gesamt der Stunde beziehen, in anderen kann eine Gliederung nach Punkten und die entsprechende Zuordnung sinnvoll sein.

Beispiel Balint:

Erst als die Stunde vorüber war, kam mir der Gedanke, ob seine Frage nach der Zukunft nicht als Verschiebung seines Dranges, Menschen zu quälen, auf mich gewesen sein könnte – das mag stimmen, wird aber vom Patienten nicht leicht angenommen werden.

Beispiel 12: (gleiche Stunde wie unter D)

Im Spiel widerstehe ich der aufkommenden Tendenz, von mir aus Kontur in das Umherschweifende zu bringen. Es erscheint mir nicht sinnvoll, ihm diese Arbeit abzunehmen.

Beispiel 2: (entlang der oben angegebenen Punkte)

Zu 3. Sein Umgang mit mir erscheint mir irgendwie ‚instrumental'. Dabei erscheint es mir durchaus sinnvoll, dies als Angebot zu verstehen und mich ihm zunächst auch weiterhin als ‚hilfreiches Objekt' zur Verfügung zu stellen.

Zu 4. In dieser Szene ist zum ersten Mal deutlich, daß er ‚notfalls' auch spricht, wenn er etwas von mir will. Im Umgang mit der Aufhängung und der Verdrehung der Schnüre, dem Reagieren auf meine spontanen kurzen Anweisungen zeigt er sich recht intelligent im Durchschauen der Mechanik und feinmotorisch geschickt. Zeigt auch, daß er genau und schnell versteht, was ich sage, wenn er das will. D.h. vielleicht auch, daß er nicht will, wenn er scheinbar nichts versteht! Als er alles hat, was er von mir will, ist der Kontakt wieder abgebrochen.

Zu 5. Er ‚konzentriert' sich zwanzig Minuten lang, in dem Moment, wo er ‚das Richtige' gefunden hat. Dies steht in völligem Kontrast zu seiner sonstigen Unruhe und Schnelligkeit. Ob er Deutungsähnliches verstehen kann, bleibt unklar.

Dieser Punkt ist auch als eine Art Sammelpunkt für ‚Reste' jeglicher Art gemeint: Etwa wenn einem Tage später noch ein Ereignis aus der Behandlungsstunde einfällt, welches man beim Protokollieren vergessen hatte oder wenn man irgendwo zusätzliche Einfälle methodischer Art bekommt. Oder in bezug auf angesprochene Themen oder auch Gelesenes, Literaturhinweise im Zusammenhang mit dem Fall etc.. Manches davon mag bei einer späteren Bearbeitung genutzt werden, anderes auch wieder wegfallen.

F. Ergebnisse und Ziele

Hier geht es darum, den Zusammenhang zum erarbeiteten Behandlungsauftrag zu wahren, das im Verlauf hinzukommende Verstehen Schritt für Schritt festzuhalten und die sich daran entwickelnden Ziele wahrzunehmen. So kann es bei einem schwer gestörten Menschen zunächst das Ziel sein, überhaupt einen vertrauensvollen Kontakt herzustellen. Vielleicht wird dann in der zwanzigsten Stunde ein Konflikt deutlich, dessen Bearbeitung und Wandlung dann zum nächsten Ziel wird, bis über weitere Schritte etwa gegen Ende der Behandlung das Ziel eine gute Trennung sein wird.

Mit Ergebnissen sind nicht notwendig ‚Heilungserfolge' gemeint, vielmehr auch die zur therapeutischen Arbeit notwendigen Zwischenschritte wie etwa die Einübung in das Improvisieren, in das Sprechen über das eigene Erleben, in das Produzieren von Einfällen, in das Erinnern und Herstellen von Zusammenhängen zwischen ‚Jetzt' und ‚Damals' oder zwischen dem Erzählten und der hergestellten Musik. Alles selbstverständlich nur in soweit, wie dies für den therapeutischen Prozeß notwendig ist.

Beispiel Balint:

Unter ‚Fokalziele': Nach der Stunde überlas ich noch einmal, was ich in dem Bericht über die zweite Stunde über die Fokalziele gesagt hatte. Ich glaube, daran

braucht sich nichts zu ändern. / Unter ‚Ergebnis der Stunde': Ungewiß, aber nicht hoffnungslos. Er hat sich sicherlich etwas von der Stelle bewegt, und man wird sehen, was sich daraus ergibt.

Beispiel 12: (gleiche Stunde wie unter D und E)

Wenn auch noch mühsam tauchen jetzt doch Einfälle und Zusammenhänge auf. Dabei scheinen Reihenbildungen hilfreich zu sein. Weiterhin kann es kaum andere Ziele geben, als das weiter zu fördern.

Beispiel 2: (gleiche Stunde wie unter D und E)

Ich habe wieder ein kleines Stück über sein ‚Können' erfahren. Daneben hat er mir in seinem Verhalten wieder viele ‚Rätsel' aufgegeben. Mein Hauptziel ist weiterhin, erst einmal zu verstehen, was das, was er tut, zu bedeuten hat.

Ergänzende Hinweise:

Aus der Morphologie kann zur weiteren Bearbeitung der Protokolle die Systematisierung des Geschehens anhand der ‚4 Behandlungsschritte' (s. SALBER, W. 1977 und TÜPKER, R. 1988) angewandt werden. Das heißt: die Frage nach der **Entwicklung des Behandlungsgeschehens** wird anhand der Aspekte des Leiden-Könnens, des Methodisch-Werdens, der Transformation und des Bewerkstelligens gestellt. Praktisch kann dies – bei entsprechender Einübung – dadurch geschehen, daß man etwa schon während des Protokollierens kurze Hinweise auf die Zuordnung zu einem der vier Aspekte am Rand mit einem entsprechenden Kürzel notiert, so daß eine spätere zusammenfassende Analyse und Darstellung erleichtert wird oder ein genaueres Sich-Befassen mit dem Material in größeren Behandlungsabschnitten.

LITERATUR:

Argelander, H. (1970): Das Erstinterview in der Psychotherapie, Darmstadt

Balint, M. et. al. (1976): Fokaltherapie, Frankfurt a.M.

Hartmann, E. (1987): Der erste Satz des Kranken im Gespräch mit dem Arzt. Therapiewoche, 28, 8056-8062 Arzt.

Klußmann, R. (1988): Psychoanalytische Entwicklungspsychologie, Neurosenlehre, Psychotherapie, Berlin-Heidelberg

Niedecken, D. (1988): Einsätze, Material und Beziehungsfigur in musikalischem Produzieren, Hamburg

Nordoff, P. & Robbins, C. (1986): Schöpferischer Musiktherapie, Stuttgart

Rudolf, G. (1981): Untersuchung und Befund bei Neurosen und Psychosomatischen Erkrankungen, Weinheim-Basel

Salber, W. (1977): Kunst, Psychologie, Behandlung. 2. Aufl. 1986, Köln

Thomä. H. & Kächele, H. (1989): Lehrbuch der Psychoanalytischen Therapie, Bd. 1, Berlin-Heidelberg

Tüpker, R. (1988): Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zur morphologischen Grundlegung der Musiktherapie, Regensburg

Tüpker, R. (1993): Der Behandlungsauftrag der Musiktherapie. In: Tagungsbericht: Wirklichkeit als Ereignis, Arbeitskreis Morphologische Psychologie e.V., Postfach 410273, Köln

ERSTINTERVIEW

Name ..... **Alter** .....

Beruf .....

Beziehung zum/r Patienten/in .....

Vordiagnose .....

Institutionelle Rahmen .....

Datum des Interviews .....

A. Wie kam die Behandlung zustande?

B. 1. Erscheinungsbild und Auftreten des Patienten/der Patientin:

2. Beschwerden

3. Was scheint der Grund zu sein, warum der Patient/die Patientin gerade jetzt kommt
(geschickt wird)?

4. Erster Satz, erste Szene

C. Lebensgeschichte und aktuelle Lebenssituation

D. Erleben und Selbsteinschätzung

1. Wie erlebt sich der/die PatientIn selbst?

2. Wie erlebt der/die PatientIn andere Menschen?

3. Wie erlebt der/die PatientIn die Welt?

4. Wie versteht der/die PatientIn selbst seine Erkrankung, Störung oder Problematik?

E. Beziehung zwischen TherapeutIn und PatientIn

1. Wie gestaltete sich die Beziehung in der Musik?

2. Außerhalb der Musik

a. Wie hat der/diePatientIn den Therapeuten/die Therapeutin behandelt?

b. Wie hat der/die TherapeutIn den Patienten/die Patientin behandelt?

F. Besondere Kennzeichen des Interviews und der Musik, der Empfindungen und Gegenübertragungen des Therapeuten/der Therapeutin

ERGÄNZENDES INTERVIEW

Name ..... **Alter** .....

Beruf .....

Beziehung zum/r Patienten/in .....

Vordiagnose .....

Institutionelle Rahmen .....

Datum des Interviews .....

A. Warum wurde ein ergänzendes Interview vereinbart?

B. Ergänzende Auskünfte über den Patienten/die Patientin hinsichtlich:

1 . Erscheinungsbild und Auftreten außerhalb der Therapiesituation

2. Beschwerden

3. Was scheint der Grund zu sein, warum der/die PatientIn gerade jetzt geschickt wird?

4. Erster Satz, erste Szene

C. Ergänzungen zur Lebensgeschichte und aktuellen Lebenssituation

D. Ergänzende Informationen zum Erleben und zur Selbsteinschätzung des Patienten/der Patientin aus der Sicht der Dritten

1. Wie erlebt sich der/die PatientIn selbst?

2. Wie erlebt der/die PatientIn andere Menschen?

3. Wie erlebt der/die PatientIn die Welt?

4. Wie versteht der/die PatientIn selbst seine Erkrankung, Störung oder Problematik?

E. Merkmale des Beziehungsdreieckes

1. Merkmale der Beziehung zwischen PatientIn und der Dritten

2. Atmosphäre des Interviews und Merkmale der entstandenen Beziehung zwischen TherapeutIn und der Dritten.

F. Besondere Kennzeichen des Interviews

PROTOKOLLFORMBLATT

Name: ..... **Stunde:** .....

Datum: ..... **Zeitabstand:** .....

Band: .....

Instrumente: .....

.....

Sonstiges: .....

.....

A. Ereignisse zwischen den Behandlungsstunden

1. auf Seiten des Patienten/der Patientin

2. auf Seiten des Therapeuten/der Therapeutin

B. Anfängliche Erwartungen / Vorüberlegungen

C. Atmosphäre der Stunde / Gesamteindruck

1. Beitrag des Patienten/der Patientin

2. Beitrag des Therapeuten/der Therapeutin

D. Hauptthemen, Improvisationen und therapeutische Interventionen

E. Nachträgliche Gedanken / Erwogenene, aber nicht unternommene Interventionen / Besondere Empfindungen

F. Ergebnisse und Ziele

BUCHBEITRAG

3.3

Forschen oder Heilen

Kritische Betrachtungen zum herrschenden Forschungsparadigma[4]

Das Junktim von Forschen und Heilen war mir immer ein wichtiger Grundsatz. Er ist der psychotherapeutischen Arbeit immanent. Besteht doch die psychotherapeutische Arbeit mit unseren PatientInnen insgesamt darin, mit ihnen gemeinsam die Gründe des Leidens zu erforschen und die Wege zu entdecken und zu entwickeln, mit denen dieses Leiden sich verwandeln kann. In den künstlerischen Therapien bedienen wir uns dabei neben dem Wort all der anderen Mittel menschlicher Erkenntnis, die die Künste über Jahrtausende ausgebildet haben. Wir verstehen Musik, Malerei, Plastizieren, Tanz, Theater hierbei nicht primär als die Produktion von Werken, die eine *öffentliche* Wirkung entfalten, sondern wenden uns dem Teil der künstlerischen Beschäftigung zu, der die Künste als Möglichkeit sinnlicher Erkenntnis und seelischer Verwandlung in den Vordergrund stellt (Psychästhetik). Innerhalb des Forschungsprojektes »Behandlung« fokussieren wir unser Erkenntnisinteresse dabei jeweils auf diesen einen Menschen als *eine* individuelle Ausgestaltung möglicher Lebensformen, die zum Zeitpunkt der Behandlung in eine Krise geraten ist – wie auch immer diese Krise sich zeigen mag: als Psychose, als körperliches Leiden, als Angst oder als soziale Verwicklung. Über die einzelne Behandlung hinaus lassen sich die Erkenntnisse, die wir in der gemeinsamen psychästhetischen Arbeit mit den PatientInnen gewinnen, zusammentragen zu Erkenntnissen über die Entstehung menschlicher Leidenszustände und die Möglichkeiten ihrer Metamorphose.

Daß ich mein Referat mit dem provokanten Titel »Forschen oder Heilen« überschrieben habe, liegt darin begründet, daß ich die Gefahr sehe, daß das gegenwärtig herrschende Forschungsparadigma diese Möglichkeit der Forschung zunehmend zerstört und stattdessen eine Forschung evoziert, die sich dem Heilungsinteresse entgegenstellt. Der Bitte Peter Petersens, dieses Symposion mit einem »Paukenschlag« zu eröffnen, komme ich daher gerne nach. Ich werde dabei als »Ouvertüre« 15 Thesen skizzieren. Einige davon werde ich mit Beispielen versehen und erläutern. Manches andere wird hoffentlich in der »Durchführung« an einigen ausführlicheren Beispielen deutlicher werden. Dennoch bleiben dies Thesen und ich möchte sie auch als solche verstanden wissen und sie gern zur eigenen Reflexion und Positionierung zur Verfügung stellen – ohne daß es mein Bestreben wäre, hier immer recht zu behalten. Im Gegenteil: Lieber wäre mir, wenn ich mich in vielen Punkten irren würde. Im dritten Teil werde ich als nicht ganz so düsteren »Ausklang« von einem kleinen Forschungsprojekt im Rahmen des Studiengangs Musiktherapie an der Universität Münster berichten.

---

[4] In: Peter Petersen (Hg.): Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Mayer Verlag, Stuttgart 2002, 34-72

1. Ouvertüre

Wenn ich in den folgenden Ausführungen etwas verallgemeinert von *dem* herrschenden Forschungsparadigma spreche, so kann ich in diesem Kreise darauf verzichten, das damit Gemeinte näher zu erläutern. Stichworte wären: das Primat naturwissenschaftlicher Methodik, die Suche nach einem biologisch-neurologisch-chemisch-genetischen Korrelat psychischer Störungen, klinische Studien, Vergleichsgruppen, Doppelblindstudien, standardisierte Verfahren, Randomisierung, Magie der großen Zahl, evidence based medicine.

An dieser Stelle sei auch auf die Ausführungen der Kollegen Kiene und Kriz hingewiesen (S. 69 u. 110).

These 1

Das herrschende Forschungsparadigma zerstört die Kollegialität der therapeutischen Zusammenarbeit.

Ein Beispiel aus dem klinischen Alltag einer Universitätsklinik: Ein erfahrener Psychologe, der als Kunsttherapeut arbeitet, soll – im Auftrag des Chefarztes – die Wirkung der Kunsttherapie bei einer bestimmten Klientel nachweisen. Der Chef der Klinik hat dafür Forschungsgelder der DFG eingeholt. Den üblichen methodischen Kriterien entsprechend stellt sich wie naturgemäß die Frage nach der Kontrollgruppe. Der Chef bezieht nun die Bewegungstherapeutin dergestalt in das Projekt mit ein, als ihre Gruppe zur Kontrollgruppe wird. Was vom Forschungsdesign her naheliegend und problemlos erscheint, heißt auf der Ebene der kollegialen Zusammenarbeit, daß nachgewiesen werden soll, daß der Kunsttherapeut mit seiner Arbeit bessere Erfolge erzielt als die Bewegungstherapeutin.

Was dies für die Zusammenarbeit auf einer solchen Station bedeutet, brauche ich wohl nicht näher auszuführen. Jeder kann sich die vielfältigen Dilemmata, die daraus entstehen, selbst ausmalen. Anstelle kollegialer Teamarbeit tritt hier die Profilierung einer Methode auf Kosten der anderen. Anstelle gegenseitiger Förderung der Arbeit wird ein im Grunde bitteres Konkurrenzverhältnis der Behandelnden untereinander erzeugt. Bitter deshalb, weil es im Sinne der Logik des Paradigmas wäre, im Falle des gelungenen Nachweises der Hypothese die Bewegungstherapeutin zu entlassen. (Wenn man ein besseres Medikament gefunden hat, braucht man die anderen nicht mehr.)

Das zusätzlich Unlautere daran, was das gesamte Forschungsdesign mehr als in Frage stellt, ist die Tatsache, daß es sich bei der Bewegungstherapeutin um eine junge Sportlehrerin handelt, die gerade eine bewegungstherapeutische Ausbildung beginnt, bei dem Kunsttherapeuten aber um einen erfahrenen Kollegen am Ende seiner Laufbahn. Außerdem arbeitet er als Psychologe in der Gesamtbehandlung der Patienten (einschließlich Aufnahme, Entscheidung über Therapieverlauf etc.), während die Bewegungstherapeutin »nur« eine zusätzliche Gruppe betreut. Jeder, der die unterschiedliche Übertragungs- und Beziehungsstruktur, die durch solche Rahmenbedingungen in Kliniken entstehen, kennt, weiß, daß es dadurch zu Artefakten kommen wird, die vermutlich einen größeren Einfluß auf die Untersuchungsergebnisse haben werden als die zu untersuchende Behandlungsmethodik. Von daher ist zum einen das Ergebnis der Untersuchung vorhersehbar und zum anderen wissenschaftlich unbrauchbar, was aber vermutlich niemand merken wird. Gehen wir davon aus – und ich

wüßte nicht, ob da jemand wiedersprechen würde –, daß eine gute Teamarbeit die Heilung der PatientInnen fördert, eine von Konkurrenz geprägte einer Heilung hinderlich ist, heißt dies de facto, daß hier die Interessen der PatientInnen den Forschungsinteressen geopfert werden.

Auch wenn dieses Beispiel zugespitzt wirken mag, so spiegelt sich darin ein grundsätzliches Dilemma, welches mir durchaus häufig begegnet. Häufiger in der Form, daß KollegInnen in Kliniken überlegen, ihre alltägliche Arbeit in einer vergleichbaren Form einer Evaluation zu unterziehen (etwa in Form einer Prä-/Poststudie), um damit einen Beitrag zur Forschung zu leisten. Lassen sie sich von üblichen Forschern beraten, so werden sie wie von selbst mit der Forderung der Kontrollgruppe konfrontiert. Diese ist in der üblichen Praxis aber – etwa durch Patienten in der Warteschleife – nicht realisierbar. Also wird nach einer parallelen Patientengruppe im eigenen Hause gesucht werden, die mit einer Methode behandelt wird, die man für nicht oder weniger wirksam hält, was dann in selbiges Dilemma führt. In etlichen Fällen habe ich erlebt, daß die KollegInnen an dieser Stelle von ihrem Forschungsvorhaben Abstand nehmen.

Methodisch ist hier natürlich zusätzlich zu kritisieren, daß wir davon ausgehen können, daß in stationären psychotherapeutischen Settings stets zu berücksichtigen ist, dass hier eine Gesamtheit von Behandlungen, ihr Zusammenwirken, das ist, was das Spezifische der Wirkung eines stationären Aufenthaltes ausmacht. Dazu gehören dann auch solche Phänomene wie die Atmosphäre, die von der Gruppe der Mitarbeiter ausgeht, die Eingangsrituale der PatientInnen untereinander und vieles mehr. Um *das* zu untersuchen bedürfte es eines Methodenrepertoires, wie wir es eher aus der Feldforschung der Ethnologie, der Soziologie oder anderen Sozial- und Geisteswissenschaften kennen. Auch insofern wären übrigens Patienten, die noch nicht in die Klinik aufgenommen werden können, keine methodisch saubere Kontrollgruppe für die Untersuchung eines einzelnen Verfahrens, welches in einer Klinik angewandt wird.

Die Tendenz zur Vergiftung der Kollegialität bemerke ich auch in der Veränderung innerhalb der Studentenschaft. Als ich vor zehn Jahren meine Tätigkeit mit den Musiktherapiestudierenden der Universität Münster begann, waren die Erzählungen über die Begegnungen mit den Studierenden der Medizin und der Psychologie, mit denen sie in gemeinsamen Veranstaltungen sitzen, fast ausschließlich positiv geprägt. Es gab gegenseitiges Interesse, die Mitstudierenden waren neugierig und offen.

Inzwischen häufen sich die Klagen der angehenden MusiktherapeutInnen über Skepsis, Abweisung und Arroganz. Erzählungen tauchen auf wie die, daß gerade von jüngeren mit Lehrveranstaltungen betrauten ÄrztInnen ohne Anlaß angezweifelt würde, ob die Musiktherapiestudierenden den Stoff denn überhaupt verstehen könnten bis hin zu den darauf folgenden spitzen Bemerkungen der PsychologiestudentInnen, ob sie denn überhaupt wüßten, was der ICD 10 sei. (Während ich früher von den Professoren eher die Rückmeldung bekam – und von den älteren auch weiterhin bekomme –, die Musiktherapiestudierenden seien oft die Interessiertesten und diejenigen, die die intelligentesten Fragen stellten.) Das klingt natürlich einerseits wie lächerlicher Kleinkram, kündigt aber meines Erachtens in seiner Häufung doch eine denkwürdige Verschlechterung des kollegialen Klimas im Gesundheitswesen an, was gerade dort, wo die Beziehungen – auch die der Behandelnden untereinander – sich heilsam oder schädlich auf die Behandlungen auswirken, ein ernst zu nehmendes Problem darstellt.

These 2

Die derzeit üblichen Maßnahmen zur sogenannten Qualitätssicherung dienen weder der Feststellung noch der Sicherung, geschweige denn der Verbesserung der Qualität, da andere Interessen (z.B. Erhalt berufsständischer Hierarchien) der Qualität der Arbeit überstellt sind.

Die zunehmende Differenz zwischen dem oft hohen Qualifikationsniveau vieler künstlerischer TherapeutInnen und ihrem verstärkt nach hierarchischen Kriterien entschiedenen »Einsatz« im Setting der Kliniken, spricht hier eine eindeutige Sprache: Der psychologisch völlig ungeschulte Neurologe soll die psychotherapeutischen Gespräche führen. Die Musik- oder Kunsttherapeutin mit diversen psychotherapeutischen Zusatzqualifikationen soll nur »zuliefern« und bekommt – wenn ihre Qualifikation zu sehr auffällt – alles mögliche verboten, damit sich der Unterschied in der Qualität der Behandlung nicht zu sehr abhebt. Zum Beispiel darf sie nicht die Übertragung deuten – weil der Neurologe das nicht kann, bzw. nicht so recht weiß, was das eigentlich ist –, oder auch nicht nach Träumen fragen. All dies sind keine ausgedachten Beispiele, sondern Erzählungen, die ich in Supervisionen oder informellen Gesprächen mit KollegInnen zu hören bekomme.

Erschreckend ist auch, in wie vielen psychotherapeutischen Kliniken, selbst Universitätskliniken, keine Supervision stattfindet. Stattdessen wird in den sogenannten Studien zur Qualitätssicherung mit Betten-, Patienten- und Aufenthaltsdauerzahlen jongliert, die naturgemäß keinerlei Aussagen über die Qualität der Arbeit machen. Auch anspruchsvollere Modelle neigen zu einer erzwungenen Vereinheitlichung und Medizinalisierung (s. auch These 6) und ignorieren die Differenziertheit bisherigen Erkenntnisse, statt zu ihrer Erweiterung beizutragen.

In ihrer Kritik der Psy-BaDo (Psychotherapeutische Basisdokumentation) haben Pohlen und Bautz-Holzherr (2000) dargestellt, wie eingeschränkt der Gesundheits-Krankheitsbegriff ist, wie die den Patienten gestellten Fragen allein die Oberfläche eines normierten Befindlichkeitsbegriffes zur Geltung kommen lassen. »Der Therapieerfolg als qualitative Änderung in der Sichtweise der Problematik des Patienten wie des Therapeuten ist nicht vorgesehen« (ebd. S. 159). Außerdem versagt die gesamte Psy-BaDo hinsichtlich der Darstellung therapeutischer Prozesse. Betrachtet man das Design der Studie von ihrer Zeitstruktur her, so ist sie für den einzelnen Therapeuten (an den sie sich aber richtet) in bezug auf die Frage der Qualitätssicherung oder Verbesserung seiner Arbeit so gut wie wertlos, da er erst nach Jahren erfährt, wie »erfolgreich« er denn nun mit seinen Verfahren im Vergleich arbeitet. So sehen die Autoren denn in diesem psychotherapeutischen Annäherungsversuch an die »evidence based medicine« eher einen wissenschaftlichen Legitimierungsversuch der »Enteignung der Eigenheiten von konkurrierenden Systemen« (ebd. S. 160) und das »Diktat der Vereinheitlichung«. Sie kritisieren die Psychiatrisierung der Diagnostik, die Ausklammerung der Gütekriterien der therapeutischen Beziehung und fassen zusammen: »Die Psy-BaDo macht psychotherapeutische Behandlung zum Krankheitsmanagement, das seine Qualitätssicherung an Normalisierungskriterien bemißt und damit dem medizinischen Modell der Transformierung von Krankheit in Gesundheit folgt« (ebd. S. 149).

Bei einer Durchsicht der Patientenfragen der Psych-BaDo unter MusiktherapeutInnen fiel uns ergänzend auf, daß ein großer Teil der PatientInnen der Musiktherapie kaum in der Lage wäre, die gestellten Fragen zu beantworten. Sprachgestus und Vokabular scheinen davon auszugehen, daß Psychotherapie nach wie vor nur für Menschen ab einem gewissen

IQ, mit gehobenem Bildungsniveau und einem bestimmten schichtenspezifischen Vokabular geeignet ist.

Nur verweisen möchte ich an dieser Stelle auf die weitere interessante und differenzierte Debatte zu diesen Fragen im »Forum der Psychoanalyse«: Pohlen (1999/1), Buchholz (2000/1), wie erwähnt Pohlen/Bautz-Holzherr (2000/2) und Naatz (2000/3) sowie die abschließende Gegenwehr einer ganzen Gruppe von Vertretern der verschieden Gesellschaften, die wenig auf die Komplexität der vorangegangenen Debatte eingehen, dafür aber umso massiver auftreten. (Wie anders kann man einen Diskussionsbeitrag verstehen, der zwar nur fünf Seiten umfasst, aber von 11 Autoren verfasst wurde, die sich durch die Referenz zweier Universitätskliniken und 9 medizinischer Fachgesellschaften ausweisen müssen (Heuft et. al. 2000/4).)

These 3

Das herrschende Forschungsparadigma verhindert, solche Mechanismen und das Entstehen institutionalisierter Widerstände aufzudecken.

Theoretische Ansätze und methodische Kriterien, die in der Lage wären, Phänomene wie institutionalisierte Widerstände, systemimmanente Fehlentscheidungen, Produktion von Unbewusstsein oder Wechselwirkung von psychischer Grundstruktur einer bestimmten Klientel und Teamstruktur. aufzudecken und damit einer Veränderung zugänglich zu machen, gibt es durchaus (vgl. Mentzos 1988, Erdheim 1988, Kisker 1988). Sie scheinen sich aber nicht im Blickwinkel dessen zu befinden, was derzeit in der Forschung interessiert. Hier entsteht ein erster Kreis des Irrlaufens: Solche Forschungen werden nicht durchgeführt, da die dafür anerkannten Methoden nicht Teil des Methodenkanons sind, der dem herrschenden Forschungsparadigma entspricht. Alles, was gemäß diesem Methodenkanon nicht erforschbar ist, bleibt eo ipso aus dem Forschungsinteresse ausgeschlossen. Endgültig scheint sich in diesem Bereich durchzusetzen, daß nicht die für den Untersuchungsgegenstand angemessene Methode zu suchen ist, sondern die Methodik das bestimmt, was als erforschbar gilt. Fragen wir uns, wieso diese Verdrehung so resistent gegen die ja zigfach geäußerte und begründete Kritik ist, so gelangen wir zu einer nächsten These.

These 4

Die Einengung auf das Forschungsparadigma dient der Verwechslung von Erkenntnis und Interesse.

Denn betrachten wir die jeweilige Interessenlage, so wird deutlich, daß die Einengung, die sich durch das Forschungsparadigma ergibt, durchaus ihren Sinn hat. Aber eben nicht im Sinne der Zunahme an Erkenntnis, sondern im Sinne des Erhalts von Herrschaft, der Wahrung berufsständischer Interessen. Auf der Seite der PatientInnen dient sie der Ausgliederung von Menschen, deren Förderung als »zu teuer« angesehen wird. Schizophrenien als wie auch immer biologisch bedingt und damit weitgehend psychologisch nicht beeinflußbar oder zumindest psychotherapeutisch nicht behandelbar anzusehen, hat »den Vorteil«, daß das Gesundheitssystem gar nicht diskutieren muß, wer für die möglicherweise tausend Stunden Psychotherapie aufkommt, die hier wirklich zu

einer Verwandlung führen könnten. Statt dessen setzt sich durch, Psychotherapie sei bei Schizophrenien *nicht indiziert*. Die hoffnungsvollen Anfänge des Verstehens der Schizophrenien (Benedetti 1964, 1975, 1983, Searles 1965; Arieti 1979; Ciompi 1982; Scharfetter 1986; Mentzos 1992; Wulff 1995 etc.) gelten schon fast als historische Sackgasse, weil die Interessenlage hier offensichtlich mächtiger ist als ein ernstzunehmendes Erkenntnis- und Heilungsinteresse. Man kann es auch drastischer formulieren: Da es für die Karriere eines Forschers dienlicher ist, ein neues Gen entdeckt als einen schizophrenen Patienten geheilt zu haben, verliert sich das Interesse am Patienten zugunsten der Tätigkeit im Labor. (Ein Universitätskollege, Psychiater »alten Schlages«, drückte es so aus: »Wir brauchen die Patienten eigentlich nicht mehr für die Forschung, wir brauchen nur ihren Saft.«) Das Junktim von Forschen und Heilen *ist* hier bereits zerstört.

Auch Buchholz (2000) spricht im Zusammenhang mit der Debatte um EST (empirically supported therapy) und der neuen Rechtslage durch das neue Psychotherapeutengesetz von einer »Konfusion von wissenschaftlichem, wirtschaftlichem, juristischem und professionellem Kontext« und zeigt auf, wie vielerorts wissenschaftlich sich gebärdende »Dominanzansprüche im Dienste der Ökonomie« stehen.

These 5

Es löst Psychologie in Medizin auf, Kultur in Gesundheitsfetischismus.

Eine Studentin hat den Wunsch, sich im Rahmen ihrer Diplomarbeit mit etwas zu beschäftigen, was sie zunächst – als Arbeitshypothese – als »heilsame Wirkung des Chorsingens« bezeichnet. Als begeisterte Chorsängerin und engagierte Chorleiterin geht sie dabei von ihrer persönlichen Erfahrung aus. Spontan, im Sinne einer ersten vorwissenschaftlichen Sichtung, geben ihr die SeminarteilnehmerInnen, die alle reichlich Chorerfahrung haben, mit ihrer Vermutung recht. Bei der Diskussion darüber, wie und mit welchem methodischen Repertoire man diese Hypothese untersuchen könnte, kommt relativ schnell die Frage nach »der Kontrollgruppe« auf. Als ein positiver Aspekt wird zum Beispiel das Gemeinschaftserlebnis beim Chorsingen hervorgehoben. Dann kommt die Frage auf: Aber! Erleben das nicht auch Sportler in ihrem Sportverein? Ob sich wirklich *nachweisen* läßt, daß Singen im Chor heilsamer ist als Blaudrucken in der Frauengruppe? (Man achte hier auf die Komparation, die sich unbemerkt in die Debatte eingeschlichen hat!)

Die Diskussion bewegt sich in diese Richtung fort, ohne daß zunächst das methodische Versatzstück »Kontrollgruppe« hinterfragt wird. Amüsiertes Entsetzen kommt auf, als ich einwerfe, ob denn dann, wenn nachzuweisen wäre, daß Makrame-Knüpfen heilsamer ist als Chorsingen, wir nun alle nicht mehr in den Chor dürften und statt dessen anfangen müßten zu knüpfen oder umgekehrt die, die das Knüpfen lieben, dann singen müßten?

Die Selbstverständlichkeit, mit der in dieser Art methodische Versatzstücke aus dem Methodenrepertoire des herrschenden Forschungsparadigmas in Diskussionen auftauchen, in denen sie, gemessen an der Fragestellung überhaupt nichts zu suchen haben, macht deutlich, wie sich mit dem herrschenden Forschungsparadigmas eine Gestaltlogik über ihren eigentlichen Geltungsbereich hinaus ausbreitet wie die unbeherrschbare Speise im »Märchen vom süßen Brei«.

These 6

Das herrschende Forschungsparadigma neigt zum Totalitarismus oder – psychologischer formuliert – zur Besessenheit

Denken wir dies einmal an dem obigen Beispiel weiter: Die Frage nach einer Kontrollgruppe macht ja nur da Sinn, wo es um ein »Entweder-Oder« geht. Wenn eine Substanz gegen ein fest umrissenes Symptom – unabhängig vom »Träger« dieses Symptoms – besser, schneller, preiswerter, nebenwirkungsärmer wirkt, so macht diese Entweder-Oder-Konkurrenz im Vergleich der beiden Substanzen einen Sinn. Im Bereich der Kultur aber ist diese Sichtweise absurd: Was ist »besser«: Malerei oder Musik, Tanz oder Theater? Kirchen oder Denkmäler? Kino oder Fußball? Welch groteske Fragestellung. Der Gestaltlogik des herrschenden Paradigmas in der Medizin folgend kämen wir über kurz oder lang zur Abschaffung der meisten Künste und kulturellen Ereignisse. Auch beim Essen könnten wir – wäre die optimale Menüfolge einmal »wissenschaftlich nachgewiesen« - auf den Rest der Kochkunst verzichten und müßten uns mit der täglich gleichen optimalen Speisefolge abfinden.

Worin gründet eine solch abstruse Verkehrung? Eine solche Wissenschaft strebt nach Vereinheitlichung, Kultur aber nach Vielfalt. Diese Art der Wissenschaft sucht Endgültiges (De-finitionen), Festlegung, Sicherheit. Die Richtung der Kunst ist Offenheit, Neuheit, Sich-Einlassen auf Unsicherheit. Wird das Gesundheitssystem ausschließlich dem Primat der Wissenschaftlichkeit unterstellt, so führt das durch die dieser Gestalt immanente Logik, zu einer Funktionalisierung des Menschen, gerinnt Behandlung zum optimierten Reparatursystem. Krankheit als Krise, Leiden als Erfahrung, Entwicklungsoffenheit, Individuation, Differenz und Scheitern haben darin keinen Platz mehr. Die Vermarktung von Musik, Steinen, Lebensmitteln, Sport zu Gesundheitszwecken macht spürbar, wie dies dann auch den kulturellen Bereich besetzt.

Zeichen dieser Entwicklung sind nicht nur die Phänomene der Musikapotheke, sondern auch Kuriositäten wie die, daß man keinen Stein mehr erstehen kann, ohne gesagt zu bekommen, wofür oder wogegen er »wirkt«, daß Studien veröffentlicht werden, die nachweisen, daß lesende Menschen länger leben als solche die nicht lesen, daß Musik machen intelligenter macht, kreative Menschen gesünder sind und vieles dergleichen mehr. Alles wird zur Therapie. Gesundheit zur Besessenheit, Lebensprozesse verkehren sich zur Überlebensmaßnahme. Auch wenn einige dieser Beispiele nicht gerade aus dem Bereich der Schulmedizin kommen, so folgen sie dennoch der Logik der herrschenden Paradigmas und steigern es zu einer Funktionalisierung der Kultur wie auch der Natur. Kultur und Ästhetik werden aufgelöst »gesund«, »hilft gegen...«.

Gelingt es den künstlerischen Therapien nicht, sich dieser Gestaltlogik zu entziehen, so verlieren sie nicht nur ihre wesensmäßige Immanenz, sondern verfehlen das, was vielleicht auch ihre Aufgabe im Gesundheitswesen ist, nämlich darauf zu beharren, daß das Gesundheitswesen auch ein kulturelles Phänomen ist. Dem Begriff des »wissenschaftlich Anerkannten« ist der des »kulturell Erstrebenswerten« gegenüberzustellen. Das heißt auch, daß der Diskurs über die Fragen der Behandlungen ein gesellschaftlicher Diskurs bleiben muß, an dem mehr Professionen und gesellschaftliche Gruppen beteiligt sein müssen als dies derzeit der Fall ist. Über den hier angesprochenen Bereich der psychologischen Behandlungen hinaus ist dies ebenso wichtig für die Brennpunkte der High-Tech-Medizin, der Genforschung, der Biotechnologie. Anstelle der Verwissenschaftlichung von Kunst und Kultur sollten wir besser auf die Kultivierung von Wissenschaft setzen. Zwar kann man über Kunst und Kultur auch wissenschaftlich nachdenken, dennoch bleibt die

Tatsache bestehen, daß Wissenschaft zu betreiben immer auch ein kulturelles *und* gesellschaftliches Phänomen ist, welches sich als solches nicht rein naturwissenschaftlich betrachten läßt, ohne in einen verengenden Zirkelschluß zu geraten.

These 7

Das vorherrschende Forschungsparadigma zerstört den wichtigen, entwicklungsoffenen Grundsatz medizinischen Denkens, der bisher erfolgreich totalitären Tendenzen entgegenwirken konnte: den Grundsatz: Wer heilt, hat recht.

Neuere Erfahrungen mit Krankenkassen, einschließlich privater Kassen, zeigen, daß dieses Prinzip als Maßstab für die Finanzierung von Leistungen bereits aufgegeben worden ist. Ob ein Patient – auch nachweisbar – durch eine Behandlung geheilt wurde, spielt selbst für die *nachträgliche* Finanzierung dieser Behandlung keine Rolle. Allein entscheidend ist, ob diese Behandlung in bezug auf diese Diagnose nach Vereinbarung xy als »wissenschaftlich anerkannt« gilt.

Aus Sicht des Versicherungsnehmers als Vertragspartner etwa der privaten Kassen grenzt dieses Vorgehen meines Erachtens oft an Betrug. So werben zum Beispiel viele Kassen damit, daß auch alternative Heilmethoden wie Akupunktur, Manuelle Therapien oder die Behandlung beim Heilpraktiker bezahlt würden. Verschwiegen wird, daß dies aber dann nicht für alle Krankheiten gilt, bei denen dies aus ärztlicher Sicht im Einzelfall indiziert oder zumindest erprobenswert erscheint, sondern eben nur bei den Diagnosen, bei denen diese Verfahren jeweils als »wissenschaftlich anerkannt« gilt. Wer dies wann, wo, wie und warum entschieden hat, was da zum Beispiel bei Eintritt in eine Kasse der Stand der Dinge ist, erfährt der Versicherungsnehmer ebensowenig wie die jeweiligen Änderungen, die ja im Grunde stets eine Änderung des Vertragsverhältnisses sind. Auch hier zeigt sich die totalitäre Tendenz: Welches andere Vertragsverhältnis im bürgerlichen Recht könnte sich solche Unschärfen und einseitigen Vertragsbestimmungen und -veränderungen erlauben?

Arzt und Patient einigen sich bisweilen in einer Art Gegenbetrug, indem dem Patienten mehr oder weniger deutlich abweichende Symptomnennungen empfohlen werden, damit quasi die zu eine bestimmte Behandlung »passenden« Beschwerden in der Rechnung auftauchen können. (»Sie haben doch bestimmt auch manchmal Kopfschmerzen.«) Worüber dann eine anderweitig als sinnvoll vermutete Akupunktur abrechenbar wird. Nicht vorgesehen ist es hingegen, daß sie sich als entscheidungskompetente und mündige Menschen begegnen und verhalten, indem Arzt und Patient sich zum Beispiel einigen, hier einen Versuch zu wagen und neue Wege in der Behandlung eines Symptoms zu beschreiten, von denen etwa der Arzt mit gutem Gewissen sagen kann, daß es »manchmal klappt« und der Patient bereit ist, sich auf diese offen-unsichere Chance einzulassen. Dies gilt auch bei Erkrankungen, bei denen die Heilungsrate der offiziell vorgesehenen Methoden weit unter 50 Prozent liegen. Natürlich können sich Arzt und Patient in solchen Fällen auch einigen, daß der Patient die Behandlung selbst bezahlt. Das ändert aber nichts an der grundsätzlichen Kritik, um die es mir hier geht. Führt doch diese Situation meist dazu, daß neuere oder sogenannte alternative Verfahren vom Gros der Ärzte gar nicht erst in den Diskurs mit dem Patienten gelangen oder erst dann, wenn Patienten anfangen, entlang ihrer Erkrankungen eigene kleine private Forschungsprojekte (Internetrecherche, Fachliteratur, Betroffenenliteratur) zu starten und den Arzt mit den jeweiligen Ergebnissen konfrontieren. Das aber kann wohl kaum das wünschenswerte Bild des sogenannten mündigen Patienten sein.

Aus diesen Gedanken ergibt sich als weitere These:

These 8

Das führt erstens dazu, dass der Diskurs als eines der wesentlichen Insignien von Wissenschaft zum puren Stempel degradiert wird.

»Wissenschaftlich anerkannt« wird zum Etikett, zum Warenzeichen. Es ist klar, daß dies auch zur Folge hat, daß neuere Behandlungsmethoden, die in vielen Einzelfällen durchaus im direkten Versuch am Patienten, beziehungsweise *mit* ihm, ethisch vertretbar erprobt werden könnten – wie eben auch künstlerische Therapien – dem Patienten gar nicht erst angeboten werden, da die verordnenden ÄrztInnen die entstehenden Verwicklungen mit den Kassen und den PatientInnen verständlicherweise scheuen.

Durch den zunehmenden Druck, dem die künstlerischen Therapien seit der Neureglung durch das »Psychologische Psychotherapeutengesetz« ausgesetzt sind, ist zu beobachten, daß das Forschungsinteresse auch in der Musiktherapieszene sich zunehmend auf die Frage einengt, welche Forschungen zum begehrten »Label« »wissenschaftlich anerkanntes Verfahren« = »Kassenzulassung« führen könnten. Bei dem Kongreß der DGMT in Hamburg vor einigen Monaten fand zunächst ein Fachgespräch im kleineren Kreis und dann eine Podiumsdiskussion zum Thema »Forschung in der Musiktherapie« statt. Als Teilnehmerin des geladenen Fachkreises stellte ich zu Beginn der Podiumsdiskussion den fünfzig bis sechzig MusiktherapeutInnen im Publikum sinngemäß die folgende Frage: »Wenn Sie einmal absehen von der Not des Forschen-Müssens zum Zwecke der Kassenzulassung, was interessiert Sie wirklich, was möchten Sie wissen? Was hätten sie gerne von >den Forschern< erforscht oder was würden Sie selbst gerne herausfinden?« Trotz mehrfachen Insistierens bekam ich neunzig Minuten keine Antwort auf diese Frage.[5]

These 9

Und zweitens zur massiven Verfälschung des gesamten epidemiologischen und statischen Datenmaterials.

Dies gilt zum einen für Beispiele (wie das mit der Akupunktur und den dazu passend »empfohlenen Kopfschmerzen«), die in der ärztlichen Praxis vermutlich völlig alltäglich und von nicht zu unterschätzender Zahl sind. Es gilt aber auch für unseren Bereich der psychotherapeutisch relevanten Erkrankungen und Störungsbilder. Ein eher kurioses Beispiel: In Münster und Umgebung gab es bis vor kurzem auffällig wenig Borderline-Störungen. Der einfache Grund war der, daß *der* Psychiatrieprofessor der Münsteraner Universitätsklinik schlicht keine Lust hatte, diese neue Diagnose zur Kenntnis zu nehmen und sie deshalb innerhalb der Unipsychiatrie einfach nicht gestellt werden durfte. Das wirkte sich natürlich auch auf die Diagnostik der umliegenden Kliniken und Praxen aus, zumal viele in Münster ausgebildete PsychiaterInnen sich in der Nähe niederließen oder als Chefs der umliegenden Psychiatrien das (Nicht-)Gelernte weiter gaben. (Durch den

[5] Bezeichnenderweise wird aus der ursprünglich ungerichteten Formulierung des Themas »Forschung 2000« in der Wahrnehmung einer Teilnehmerin, die einen Bericht über die Tagung schrieb, die Frage: »In welcher Weise kann Musiktherapie erforscht werden, damit sie umfassende wissenschaftliche Anerkennung findet?« (Schönhals-Schlaudt 2001). Klarer kann man die Zweckorientierung kaum formulieren.

Wechsel des Lehrstuhlinhabers dürfte es inzwischen zu einem sprunghaften Anstieg der Borderline-Störungen im Münsterland gekommen sein.) Aber neben solchen leicht zu identifizierenden Verfälschungen sind bedeutsamer die Verschiebungen, die sich durch die Regulierungen für die Erstattung von Psychotherapie in Abhängigkeit von der Diagnose ergeben. Wird zum Beispiel derzeit eine Zunahme an Depressionen und Angststörungen verzeichnet, so ist überhaupt nicht mehr eruierbar, inwieweit dies ein Artefakt der Tatsache ist, daß Kassenanträge mit diesen beiden Diagnosen eine relativ hohe Erfolgschance haben. Das Ganze wird entgültig zum in sich geschlossenen Irrläufer, wenn Studien, wie etwa nach dem Modell der Psy-BaDo, dann den bei der Behandlung angewandten Verfahren eine hohe Erfolgsquote bescheinigen würden und sich daraus wiederum ergäbe, daß diese Verfahren als besonders indiziert für diese Diagnosen gälten.

These 10

Das vorherrschende Forschungsparadigma verhindert eine Klarheit der Begriffsbildung und das Verstehen von Zusammenhängen in der psycho-logischen Dynamik von Krankheiten.

Es verhindert erkenntnisfördernde Forschung und minimiert das Interesse junger ForscherInnen an der Entstehung psychischen Leidens und den Bedingungen seiner Linderung oder Heilung. Wenn wir bedenken, welch bedeutsame Ergebnisse die Forschungen Freuds, die oben erwähnten Therapeuten Benedetti, Kohut und viele andere, die alle *nicht* so geforscht haben, wie es nach dem herrschenden Forschungsparadigma opportun wäre, für das Verständnis seelischer Erkrankungen erbracht haben, von denen *alle* therapeutischen Richtungen de facto weiterhin zehren, so fragt man sich, ob dieses ja durchaus unabgeschlossene Projekt nun versanden soll. An welchen Universitätskliniken gibt es Forschungen zu den Heilungschancen psychotischer PatientInnen durch langfristige psychotherapeutische Behandlung? Wo findet sich die Forschung, die die Alzheimer-Erkrankung als auch psycho-logisch zu verstehendes Phänomen zu erfassen sucht und daraus therapeutische Umgangsformen entwickelt? Wo sind – nach der sinnvollen Ausgliederung der geistig Behindern aus den Großpsychiatrien – die psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten für diese Menschen, die nachweisbar in großer Zahl auch an psychischen Störungen leiden? Ob zum Beispiel Musiktherapie aufgrund ihrer sprachübergreifenden Möglichkeiten hier eine sinnvolle Form der Psychotherapie sein könnte und welche anderen Formen der Psychotherapie möglich sind, kann trotz ermutigender Erfahrungen (Niedecken 1989, Heinemann/Groef 1997) kaum weiter erforscht werden, weil für diesen Personenkreis einfach keine Psychotherapie vorgesehen ist. Statt dessen fördert es, wie ich im zweiten Teil zeigen möchte, die weitere Ausgrenzung des Leides aus »der Mitte der Gesellschaft«, die sich gerne auf ewig jung, gesund, schön, strahlend, rein, unbehindert, allzeit funktionstüchtig sähe. Auf diese Behauptung wie die beiden nächsten Thesen werde ich im zweiten Teil näher eingehen.

These 11

Es dient der Verschleierung gesellschaftlicher Zusammenhänge seelischen Leidens.

These 12

Es dient einer zunehmenden Entsubjektivierung und Enthistorisierung des Leidens und der Verschleierung des Primats ökonomischer Interessen.

These 13

Es ist gesellschaftlich und politisch rein affirmativ und verhindert damit notwendige Entwicklungen und Veränderungen.

These 14

All dies liegt vermutlich weniger an den Methoden und Verfahren des Forschungsparadigmas, sondern vielmehr schlicht an der Tatsache, daß es herrscht – und sein Hauptanliegen der Erhalt und Ausbau von Herrschaft – Alleinherrschaft ist.

Auch wenn eine Methodenkritik im einzelnen ebenfalls nötig ist (siehe S. 95), so kommt es mir hier eher darauf an, aufzuzeigen, daß die eigentliche Gefahr in den folgenden Aspekten zu sehen ist: in der Verquickung von (wirtschaftlichen und Macht erhaltenden) Interessen und wissenschaftlichem Paradigma, beziehungsweise Methodenfixierung, in der Enkulturation des Gesundheitswesens und ihrem Ausklinken aus dem allgemein-gesellschaftlichen Diskurs, in der totalitär sich gebärdenden Ausbreitung eines Methodenrepertoires über den wissenschaftlich sachgerechten Geltungsbereich hinaus. Daß all dies eher ein Herrschaftsphänomenen ist, als daß es sich hier um eine wirklich wissenschaftliche Auseinandersetzung dreht, zeigt sich auch daran, daß eine Fülle wissenschaftstheoretischer Kritik all dessen ja seit Jahren und Jahrzehnten vorliegt und durch immer neue kluge Veröffentlichungen erweitert wird, ohne daß dies auf die hier beschriebene Tendenz eine Wirkung zu haben scheint (siehe u. a. Literaturverzeichnis Kriz S. 93).

»Die Theorie entscheidet darüber, was wir beobachten können«, heißt es bei Einstein. Wenn es uns nicht gelingt, die Enge des herrschenden Forschungsparadigma zu überwinden, werden wir vieles nicht mehr sehen und hören können, was wir für die Weiterentwicklung wirksamer Behandlungen bräuchten.

These 15

Es macht keinen Spaß.

Ich hatte im Vortrag angekündigt, diese »These« in der schriftlichen Fassung wegzulassen, da sie mehr als persönliche Mitteilung unter »Gleichgesinnten« gemeint war. Durch die Resonanz der KollegInnen fühle ich mich aber auffordert, dies hier so stehen zu lassen, um auch dem Leser und der Leserin die Möglichkeit eines eigenen Echos auf diese Anmerkung nicht vorzuenthalten. Mir persönlich geht es nämlich tatsächlich so, daß mir die Zähigkeit und Unwissenschaftlichkeit der derzeitigen Wissenschaftsdebatte im Bereich der Psychotherapieforschung bisweilen die Freude an den Fragen der Forschung zu rauben droht, mit der ich mich zunächst in diesen Bereich begeben hatte. Vor allem das Drängen

in unseren eigenen Kreisen auf eine zweckorientierte »Beweisforschung« anstelle einer offenen Forschung, durch die man tatsächlich etwas erfährt, was man noch nicht weiß, droht mir bisweilen die Lust an der Forschung ziemlich zu verleiden.

Fragt man sich angesichts der Herrschaft des herrschenden Forschungsparadigmas zusammenfassend, welche Chancen die künstlerischen Therapien hier haben, so können wir zwischen der katholischen und der calvinistischen Variante wählen. In der Stringenz, Strenge und Ehrlichkeit der letzteren Manier, müßten wir unsere Therapien den »erlaubten« Forschungsdesigns anpassen, die Studenten in den entsprechenden Methoden ausbilden, das nötige Geld heranschaffen, die institutionellen Rahmenbedingungen herstellen, so daß die entsprechend bereinigten Behandlungen in der entsprechend großen Zahl mit den geforderten Vergleichsgruppen und gemäß den akzeptierten Regeln durchgeführt werden könnten. Abgesehen davon, daß in dieser Aufzählung einige unüberwindliche Hürden eingebaut sind, bin ich mir sicher, daß das Ergebnis dieser Anpassung wäre, daß sich die Wirksamkeit der künstlerischen Therapien *nicht* nachweisen läßt, schlimmer noch, daß sie – nun nachgewiesenermaßen – nicht wirken. Ich glaube das nicht etwa, weil ich Zweifel an der Wirksamkeit von – nach allen Regeln der Kunst durchgeführten – künstlerischen Therapien habe. Aber eben in diesem Einschub, »nach allen Regeln der Kunst durchgeführten«, liegt das Dilemma, beziehungsweise in der Differenz zwischen diesen Regeln und den Regeln des herrschenden Forschungsparadigmas. Diese Anpassung würde meines Erachtens so wesentliche Züge von dem, was tatsächlich wirksam ist, zerstören, daß nichts mehr bliebe. Es wäre, als wolle man die Wirksamkeit homöopathischer Arzneien untersuchen, ließe aber »den Unsinn mit den Verdünnungen und dem Geschüttele« weg.

Der zumindest in der Musiktherapie derzeit bevorzugte Weg scheint der zu sein, alle möglichen dem Forschungskodex entsprechenden Studien anzufertigen, die in irgendeiner Hinsicht irgendetwas mit irgendeiner Wirkung von Musik zu tun haben (wenn auch weder mit dem, was wir in der Musiktherapie tun noch mit dem, was da tatsächlich wirkt), um dann mit Hilfe dieser Studien sagen zu können: »Musik wirkt«. Nach gutem altem Ablaßglauben scheint die Hoffnung darin zu bestehen, daß man eine genügend große Anzahl solcher Ablaßzettelchen zur Pforte bringt, man über diesen Weg dann doch Zugang in das Himmelreich »Kassenzulassung« erhält. Der gute katholische Trick dieser Variante besteht darin, zu glauben, man könne daneben in den Behandlungen selbst weiter das tun, worauf man tatsächlich setzt. (In gewisser Hinsicht würde dies dem Vorbild Verhaltenstherapie folgen, die sich in ihrem therapeutischen Vorgehen oft weit von dem entfernt, wodurch sie ihre »wissenschaftliche Anerkennung« erworben hat.)

2. Durchführung: Wenn die Musik spricht.

> Oder: *Warum nur der ein guter Musiktherapeut ist, der nicht spricht.*
>
> Oder: *Das Forschungsparadigma als Abwehrformation, um Leiden nicht zur Sprache kommen zu lassen*

Eine Art Sprechverbot für MusiktherapeutInnen begegnet mir in Supervisionen in letzter Zeit so auffällig häufig, daß man einfach vermuten *muß*, ein System stecke darin. Ein Sprechverbot als Kristallisationspunkt kommt dabei gerade durch den Umstand in den Blick, daß dieses Phänomen in sehr unterschiedlichen Arbeitsbereichen auftaucht:

Ein erstes Beispiel: Eine Musiktherapeutin arbeitet mit Sterbenden. Die Institution, ein Hospiz, scheint froh über diese Ergänzung zu sein. In einer sehr schwierigen Begleitung kommt es nach ein paar Tagen endlich dazu, daß die noch junge, todkranke Frau, die eigentlich gar nichts mehr sagte, über ihre Wut, sterben zu müssen, sprechen kann und darin große Erleichterung findet. Die Musiktherapeutin, selbst sehr bewegt, erzählt dem Pflegepersonal spontan von dieser entscheidenden Wende. Daraufhin kommt es zu einer Krise dieses Arbeitsverhältnisses, in der der Musiktherapeutin gesagt wird, daß sie *das nicht* dürfe: mit den Patienten über den Tod reden, das gehöre nicht zu ihren Aufgaben.

Ein weiteres Beispiel: Ein Musiktherapeut verwendet in seiner Arbeit in der Psychiatrie wie üblich den Austausch von Improvisation und Gespräch. Mit einer Patientin arbeitet er zweimal in der Woche eine Stunde und es kommt in den zehn Wochen der Behandlung zu einer guten therapeutischen Zusammenarbeit. Bei der Entlassung zeigt die Stationsärztin der Patientin einen Brief, den der Ehemann ihr (als behandelnder Ärztin) geschrieben hat. Daraufhin kommt es zu einer so heftigen Krise, daß die Patientin – anstatt entlassen zu werden – auf die geschlossene Station überwiesen werden muß. Die Ärztin ist nun nicht mehr für die Patientin zuständig. Auf Bitten der Patientin selbst nimmt aber der nun zuständige Arzt Kontakt zum Musiktherapeuten auf, obwohl diese Station bisher keine Patienten in die Musiktherapie schickte. Es kommt es zu einer Weiterbehandlung durch den Musiktherapeuten. Nach kurzer Zeit kann die Patientin die geschlossene Station verlassen, darf aber nicht wieder auf die erste Station ihres Aufenthaltes zurück, sondern wird auf eine weitere Station geschickt, was wiederum einen Arztwechsel zur Folge hat. Wieder wird von der Patientin der Wunsch geäußert, die Musiktherapie fortzusetzen. Dabei macht sie nun einen entscheidenden »Fehler«, sie sagt nämlich, die *Gespräche* bei Herrn M., dem Musiktherapeuten, seien das, was ihr bisher am meisten geholfen habe. Daraufhin meint dieser Arzt, wenn da Gespräche stattfänden, *dann* sei das ja eine Psychotherapie und stünde in Konkurrenz zu den Gesprächen, die er mit der Patientin zu führen gedenke. Er beklagt sich beim Chefarzt, der – ohne den Musiktherapeuten zu hören – die Reduktion der Musiktherapie von zwei auf eine Stunde die Woche anordnet. Wenn auch natürlich nicht als direkte Folge nachweisbar, so erscheint dennoch erwähnenswert, daß drei Wochen später, als die Vertragsverlängerung des Musiktherapeuten ansteht, ihm mitgeteilt wird, daß man ihn nicht weiter beschäftigen wolle, seine Arbeitsweise und die der Klinik paßten wohl doch nicht zueinander. (Es handelte sich um eine Erziehungsurlaubsvertretung. Die Inhaberin der Stelle hatte zu diesem Zeitpunkt mitgeteilt, daß sie den Erziehungsurlaub um ein Jahr verlängern wolle.)

Warum bestehen wir als Musiktherapeuten eigentlich darauf zu sprechen? Musik ist ein Medium, ist Mittlerin, Bindeglied, ist im Übergang, auf dem Weg. Wenn wir Musik hören oder spielen, sind wir seelisch immer im Durchgang, unterwegs, nicht ganz hier und nicht ganz dort. Musik ist nicht am Ort des Tones. Musik ereignet sich immer im Dazwischen, sie entwickelt sich von Ton zu Ton. Sie geschieht nur zwischen uns und dem, was wir hören, spielen und singen und hören. Und selbst noch der Einzelton ist ein Klangverhältnis zwischen aufeinander bezogenen Schwingungen. Und auch die Schwingung ist als solche ja schon ohne festen Ort, ist ein Unterwegs-Sein. Musik ist in vielfacher Hinsicht nur *in* Beziehungen, ist ein Phänomen zwischen Menschen und tönt von Verhältnissen – zwischenmenschlichen wie »innerseelischen«, Weltverhältnissen, Erlebensverhältnissen.

Musik als methodisch eingesetztes Mittel der Psychotherapie ist so etwas wie ein *zweiter* Vermittlungsversuch. Das, was nicht in Konsens kommen konnte zwischen Menschen, was nicht Sprache werden durfte, was ausgegrenzt, isoliert blieb, oder ausgestoßen, exkommuniziert, privatisiert wurde, das können wir mit der Musik versuchen wieder einzuholen, symbolisierbar zu machen: im eigenen Selbst und durch und für andere. Damit

ist die Musik notwendigerweise und zugleich potenziell immer auch im Sprung, im Übersetzen zur Sprache. Nicht, daß es Sprache werden *müßte*, nicht, daß ich die Bedeutung des Wortes hier überschätzen würde, oder für wichtiger, besser, klüger, realitätsnäher oder was auch immer hielte. Darum geht es hier nicht.

Es geht vielmehr darum: Wenn dieser Übergang, das Durchfahren, das Übersetzen, verboten, blockiert, abgeschnitten oder sabotiert wird, dann wird damit auch die Musik selbst ihrer Übergangsqualität beraubt, der Träger auf halbem Wege aufgefordert, das Wasser zur Quelle zurückzutragen. Das Seelische, welches im Musik-Sein eine Form gewinnt, die zur Sprache ansetzt, wird im Sprung zurückgeworfen in die Nicht-Kommunizierbarkeit. So gesehen spricht der Musiktherapeut gar nicht freiwillig. Das Seelische zwingt ihn dazu. Er kann nicht anders.

Warum aber sollen wir *nicht* sprechen? Wo kommt der Argwohn gegen das Sprechen des Musiktherapeuten her? Eine Verstehensmöglichkeit ist die: Solange die Musik sprachlose Bewahrerin dessen ist, was aus dem Konsens ausgegrenzt werden soll, solange sie in ihrer (vermeintlichen) Sprachlosigkeit bleibt, scheint es gut. Solange die Musik tönt und darin verschweigt, steht man ihr freundlich gegenüber.

Solange der Musiktherapeut verspricht, über das, was er in und mit der Musik über das Ausgegrenzte und über die Gründe des Ausgrenzens erfährt, zu schweigen, seltsamerweise vor allem mit und gegenüber dem Patienten zu schweigen, darf er dort im Keller seines Therapieraumes – in der Unbewußtheit des Nicht-zur-Sprache-Kommens – mitsamt der Wucht des Leidens bleiben. Im Wissen darum, daß das Exkommunizierte letztlich nicht ohne Aufsehen völlig vernichtet werden kann, ist man sogar froh über den Musikus, weiß man das Verbannte in seinem Keller doch sicher verwahrt. Drängt es aber aus dem Keller in die oberen Geschosse, das heißt, maßt es (das Verbannte), maßt er (der Musiktherapeut) sich an zu sprechen, zu übersetzen, so wird dies sofort als das erkannt und bekämpft, was es auch ist: nämlich der Versuch, das Ungewollte zurückzutragen in die Sprache, und damit in die gemeinsame Wirklichkeit, ins Verstehen und in Teilhabe.

Das zu verhindern gelingt vorzüglich, indem das Ausgegrenzte aufgefordert wird, sich in die Sprache des derzeit herrschenden wissenschaftlichen Paradigmas zu übersetzen. Wenn vielleicht nicht im bewußten Wissen, so dennoch in der Gewissheit, daß es sich in *dieser* Übersetzung schon totlaufen wird oder – wenn nicht dies, sich doch zumindest so verformen wird, daß die Eigenlogik seiner ursprünglichen Gestalt nicht mehr erkennbar ist oder sich zumindest dem Erkennen nicht mehr unerträglich aufdrängt.

Findet hingegen das Ausgegrenzte über sein Gehört-Werden in der Musik zu einer ihm gemäßen Sprache, die zwar ungewohnt ist, aber immerhin trotzdem noch so bekannt, daß das Erkennende sich ihr nicht ohne weitere Maßnahmen verschließen kann, so reagiert das System mit Gewalt, indem es das Übersetzen in Sprache, das Umgewandelt-Werden in Verstehen schlicht und ergreifend verbietet, dienstrechtlich, berufsrechtlich, gesundheitsrechtlich oder noch einfacher durch die Macht des Zugangs zu den finanziellen Mitteln.

Es ist auffällig, daß dort, wo solche Sprechverbote entstehen, das Sprechen über das Leiden durchaus nicht anderenorts, also in der Gesprächstherapie, im Arztgespräch, geschieht. Nein, die Patienten erhalten statt dessen die Anweisung, jetzt »endlich ihre Probleme hinter sich zu lassen«, »nicht mehr daran zu denken«, sondern sich hier in der Klinik »jeden Tag mal ´was Gutes zu tun« und ansonsten besser zu planen, wie es weitergehen soll. Im Mittelpunkt der Behandlung steht das Medikament oder zum Beispiel die

Elektrokrampftherapie. Die Krankheit wird zunehmend als organischer Defekt aufgefaßt und der Zusammenhang zum eigenen Leben, zur eigenen Geschichte ignoriert (Enthistorisierung). Ignorieren ist aber hier kein Passivum, sondern Täter: Von dem aus, was erstmals ausgegrenzt blieb, interpretiert sich jedes beziehungsvolle Nicht-Bemerken im Patienten als Verachtung, Abneigung, Geringschätzung, ja Haß.

Die einst progressiven Ansätze der Sozialpsychiatrie kondensieren in den meisten Psychiatrien zu einer Verdünnung, in der das Wieder-Funktionieren wichtiger ist als die Frage des Leidens. Vereinfacht und zugespitzt: Wenn der Patient aufhört, über seinen Wahn zu reden oder sich seine Depression ansehen zu lassen, und wieder arbeiten kann, dann ist die Frage, ob er weiterhin oder noch mehr leidet, unerheblich. Diese Verdünnung der ursprüngliche Ideen der Sozialpsychiatrie, gepaart mit einem biologistischen Forschungsinteresse, – raubt den Behandelnden das Interesse an der Geschichte, an der je besonderen Art und Weise des Leidens der ihnen Anvertrauten. Diese wiederum erleben das auch – und zwar berechtigterweise – als ein Desinteresse an ihnen als Person, als Subjekt. Die Bestimmung des Patienten als biologisches Funktionsgefüge einerseits und als Schnittmenge sozialer Bezüge andererseits führt zu eine Entsubjektivierung, die sich notwendigerweise auch im Patienten selbst wiederfinden wird. In einem gewissen nicht näher bestimmbarem Maße wird der Patient das, als was wir ihn – auch wissenschaftlich – ansehen.

Ergänzend möchte ich hier aus dem Kommentar M. Hampes zu den gerade veröffentlichten Forschungsstudien zur Langzeitwirkung der Psychoanalyse zitieren:

»Es ist jedoch wichtig, sich vor Augen zu halten, daß die Beschreibungen, die in Heilungsberufen tätige Menschen von den Heilung suchenden Menschen geben, sicherlich die *Selbstbeschreibungen* der Menschen beeinflussen. Wenn aufgrund vereinfachter wissenschaftstheoretischer und ethischer Sichtweisen diejenigen Therapieformen begünstigt werden, die Menschen als *Funktionssysteme* beschreiben, in denen es zu mehr oder weniger leicht behebbaren Funktionsstörungen und -ausfällen kommen kann (etwa in Orientierung an der Computermetapher, wie sie in der kognitiven Psychologie verbreitet ist), so werden sich Menschen in Zukunft sicher auch selbst mit größerer Wahrscheinlichkeit als solche Funktionssysteme beschreiben und vor dem Hintergrund dieser Selbstbeschreibungen entsprechend sozial zu einander verhalten. Insofern steuern Entwicklungen im öffentlichen Gesundheitswesen, die bestimmte Therapieformen begünstigen und andere eher an den Rand drängen, auch die Selbstbeschreibungen und das an diesen Selbstbeschreibungen hängende Sozialverhalten von Menschen« (Hampe 2001, S. 335).

Nun komme ich zu einem etwas ausführlicheren Beispiel: Ein Student (Musiklehrer mit 1. und 2. Staatsexamen, also durchaus kein junger Spund) stellt in der Supervision eine Praktikumserfahrung vor mit der Frage, wie man mit einer Situation, wie er sie gerade erlebt hat, umgehen könne. Der Musiktherapeut, sein Mentor, arbeitet unter anderem in einer Einrichtung für psychisch Kranke, in der (ehemalige) LangzeitpsychiatriepatientInnen betreut werden. Er arbeitet dort seit drei Jahren, jeweils einen Vormittag in der Woche mit einer Gruppe von etwa fünfzehn PatientInnen. An dieser Stelle muß man sich eigentlich schon korrigieren, denn es sind eigentlich gerade keine Patienten, da sie zwar Arbeitstherapie, Bewegungstherapie, Musiktherapie »bekommen«, aber zugleich nicht behandelt werden dürfen. Doch davon später. Die Gruppe ist seit drei Jahren relativ stabil, jetzt sind zwei neue Frauen hinzugekommen. Die Ziele habe der Musiktherapeut, so der Student, so formuliert: Nachsorge, Resonanz erfahren, aktuelle Konflikte austragen, Einsamkeit und Isolierung überwinden. Ziel des Konzeptes insgesamt ist das, was die

Sozialpsychiatrie unter dem Stichwort »Integration« – nun zögere ich wieder – zusammenfasst, verbirgt, kaschiert ...?

Der Ablauf des Musiktherapievormittages – von 9.30 bis 12.30 besteht – grob umrissen – aus Teil 1: Es werden mitgebrachte CDs gehört. Diese werden Anlaß für Weiteres – die Menschen sollen »aushalten lernen«, daß andere einen anderen Musikgeschmack haben als sie selbst. Dann folgt die Kaffeepause. Wenn einige das schon bis dahin nicht aushalten, gibt es dazwischen noch eine Rauchpause. Es folgt Teil 2: Es werden Lieder gesungen. Eine gemeinsame Liedermappe ist mit der Zeit aus der Gruppenarbeit erwachsen. So sind es die »Lieder der Gruppe« geworden. Auch das kann Anlaß für Weiteres werden.

Ich will dieses Setting hier nicht weiter diskutieren, auch in der Supervision war dies nicht das Thema. Vielmehr möchte ich – wenn auch verkürzt – mit Ihnen das betrachten, was das Seelische mit einem solchen Angebot macht. Was es »anläßt«, in Gang setzt, in Bewegung bringt. Was sich – so aufgerufen – einstellt:

Der Student erzählt: Frau M., eine stille, rundlich-mütterlich wirkende Frau, Ende 40, relativ neu dabei, nimmt die mitgebrachte CD zum Anlaß, aus ihrem Leben zu erzählen: von ihren Kindern, die man ihr weggenommen hat und davon, daß ihre Mutter ihr das Pfeifen und Singen verbot. Sie steht auf und pfeift ein Lied – »in einer Haltung wie eine Opernsängerin«, sagt der Student. Der Musiktherapeut, berichtet er weiter, hat sie dann »gebremst« und in der Pause mit ihr allein geredet. Aber so leicht läßt sich das nicht bremsen. Nach der Pause singt sie eindrucksvoll mit aggressiver, fast schreiender Stimme ein Lied (einen sehnsuchtvollen Schlager aus den sechziger Jahren). Der Musiktherapeut bremst sie wiederum. Sie drohe sich darin zu verlieren, das mache der Gruppe Angst, lautet die Erklärung für den Praktikanten.

In der darauffolgenden Woche meldet sich Frau M. krank.

Frau S., als Borderline-Störung diagnostiziert, ist auch relativ neu in der Gruppe. In der Akte steht ein Hinweis auf »Gewalterfahrungen«. In der Gruppe bleibt sie zunächst unauffällig. Der Student lernt sie in der Pause näher kennen. Sie setzt sich neben ihn, meint er und sie würden ja vielleicht ähnliche Musik mögen, weil sie in etwa gleich alt seien. Sie sei Jahrgang 64. Der Student meint, das könne er sich gut merken, denn seine beiden Brüder seien Jahrgang 63 und 65, da liege das genau dazwischen. Daraufhin erzählt die Patientin, sie habe eine Schwester und vier Brüder. Zu denen habe sie keinen Kontakt, denn von den Brüdern sei sie vergewaltigt worden.

Völlig unvermittelt bricht diese Mitteilung da hinein. Ein Knall, Peng. Stille. Fast glaubt man, sich verhört zu haben. So auch noch einmal jetzt in der Supervision.

In der Situation selbst, versuchte der Student mit einigen unbeholfenen Worten so etwas wie eine Resonanz, was aber nicht gelingt – vielleicht auch nicht gelingen kann – und nicht weiterführt. Frau S. redet über anderes weiter als sei diese Mitteilung nicht gewesen. Jetzt in der Supervision sagt der Student: »Ich wollte dann nicht weiter in sie dringen.«

Es ist nicht ganz leicht aufzuzeigen, was diese Szene für mich mit der Frage des herrschenden Forschungsparadigmas zu tun hat. Und ich bitte Sie um etwas Geduld für den Umweg über die Psychodynamik dieser letzten Szene. Psychologisch läßt sich ganz gut verstehen, was da geschieht. Im Sinne des small-talks – aber natürlich nicht zu trennen von dem, was durch die Musik, Frau M.´s Auftritt und Erzählung in Bewegung gesetzt und fast zugleich gebremst wurde – leitet die Patientin mit einem Satz ein, der auf eine vermutete,

erfragte, erhoffte Gleichstimmung mit dem Studenten setzt: »gleicher Jahrgang – gleicher Geschmack?« Klingt wie beim Wein. »Aushalten-Lernen, daß andere einen anderen Geschmack haben«, wird hier in der Gegenbewegung als Wunsch nach verbindendem Gusto und Herkunft fortgeführt. Als Übertragungsangebot könnten wir das auch als Versuch der Beziehungsaufnahme auf der Ebene der Geschwisterlichkeit verstehen. Der Student versteht das (unbewußt) irgendwie richtig und antwortet, sich selbst etwas absetzend, mit seinen beiden Brüdern, stellt die Patientin dazwischen. Da reißt das harmonische Gefüge schlagartig, die Patientin denkt, vielleicht besser gesagt, es fährt in sie: »Zwischen Brüdern? – Vergewaltigung!«

Der Topos »Geschwisterlichkeit« kippt unvermittelt in den Topos »männliche Gewalt«. Als seien »Geschwisterlichkeit – Gewalt«, »Herkommen – Vernichtung«, »Wohlgeschmack – Ekel« die zwei Seiten einer Münze. Dreht man sie auf der Kante und sieht zunächst auf die eine Seite, so kann sie doch unvermittelt auf der anderen landen. Der Student kennt das nicht, diese ungetrennte Kehrseitigkeit von Geschwisterlichkeit und Gewalt. Er fühlt sich von der ungewohnten Wucht dieses Umschlagens getroffen, überfordert, weiß nicht, wie er reagieren soll. Seine Fähigkeit zur Resonanz ist von diesem plötzlichen Knall überfordert. Wie könnte es auch anders sein. In der Supervision gibt er in dem ergänzenden Satz (»schon als ich ihn aussprach, wollte ich ihn gerne zurücknehmen«, sagt er später) zugleich zu erkennen, daß er das Übertragungsgeschehen dennoch richtig interpretiert hat, wenn ihm dies auch verständlicherweise in der Situation nicht bewußt werden konnte: »Können wir Geschwister sein?« – »Als Schwester wären Sie zwischen meinen beiden Brüdern.« - »Zwischen Brüdern? Das kenn‘ ich. Da wird man vergewaltigt!« – »Nein, nein, so bin ich nicht. Diese Übertragung will ich nicht.« (»Ich wollte nicht weiter in sie dringen.«)

Die Möglichkeiten eines weiterführenden therapeutischen Umgangs mit einer solchen Übertragungssituation, brauche ich in diesem Kreise nicht zu erörtern, sie ist auch nicht das wirkliche Problem dieser Szene, auch nicht die Unerfahrenheit des Studenten.

Interessanter sind einige Aspekte der weiteren Analyse der Frage, wie es denn wohl zu dieser *Wucht* kommt, auf die Resonanz nicht möglich ist? Wieso muß sich das Seelische zusammendrängen in einen Knall, der nur in der Pause kurz explodieren kann. Das gibt schon einen Hinweis. Es muss in den sogenannten Therapien an der Ausbreitung in Resonierbares behindert worden sein. Und das nicht erst seit eben.

Auch dieser Musiktherapeut unterliegt nämlich einem Sprechverbot, erfahren wir. In diesem Fall einem speziellen: Er darf nicht »biographisch« arbeiten, wie es im Therapeutenjargon heißt. Er darf zwar Konflikte bearbeiten, aber nur aktuelle und auch nur *im* Aktuellen (Enthistorisierung). Außerdem wird er von den übrigen Kollegen, die hauptsächlich Arbeitstherapeuten sind um die (scheinbaren) Freiräume, die seine Therapieform bietet, beneidet, und muß demzufolge darauf achten, daß seine Behandlung keine von außen wahrnehmbaren Nachwirkungen hat, denn sonst fragt die Chefin drohend: »Was haben Sie denn schon wieder mit dem gemacht, der war so unruhig. Immer, wenn der bei Ihnen war, schafft er sein Arbeitspensum nicht.«

Der Musiktherapeut soll also ein Seelisches behandeln, welches nach hinten und nach vorne abgeschnitten wird. Jetzt versteht man das Bremsen. Auch den Knall. Akustisch kann man aus einem Klang einen Knall machen, indem man ihm vorne und hinten etwas abschneidet. Die Musik, so unmethodisch sie hier auch im Grunde genommen eingesetzt wird, bewirkt offenbar dennoch seelische Bewegungen, Bewegtheiten. Sie holt etwas hervor (Frau M. erzählt aus ihrem Leben). Das scheint bei diesem Setting einerseits fast erstaunlich, zeigt aber zugleich: Wenn man dem Seelischen etwas anbietet, was auch nur im

entferntesten so etwas ist wie ein offener seelischer Raum, dann sucht es sich darin, seinen Ausdruck, sein Lied, seine Inszenierung, seine Sprache.

Das aber ist verboten. Es muß gebremst werden. Die Bewegung wirkt weiter, in den Nachmittag hinein, auch das darf nicht sein. Wo soll das hin? In die Pausen. Wie soll die Musiktherapie da wirken?

Das wirkt eher wie ein bulimisches Modell: In einem ständigen Kampf von zu viel und zu wenig, von rein und raus, muß sich der Organismus von dem, was dazwischen noch hängen bleibt, ernähren (»Zum Kotzen«).

Aber es zeigt sich noch ein weiterer Bedeutungszusammenhang, in dem das Ganze steht: In der Supervision wird von anderen StudentInnen gefragt, wer denn dann für diese PatientInnen die Psychotherapie mache. Es stellt sich heraus, daß niemand das tut. Psychotherapie ist für diese Patienten nicht mehr vorgesehen. Sie sind aus ihrem Patientenstatus entlassen, »austherapiert« (wäre auch ein Vorschlag für das Unwort des Jahres gewesen). Es gibt für sie keine Psychotherapie mehr und ich bin mir fast sicher, für die meisten dieser PatientInnen hat es sie nie gegeben. Ihre Behandlung wurde aufgegeben, bevor sie stattfand.

De facto hat das Qualitätsmanagement dieses Gesundheitssystems diese Menschen nämlich schon längst als unverdaulich ausgespieen, und eigentlich hatten sie nie eine zweite Chance. In den Psychiatrien, in denen sie waren, wurden die verschiedenen Medikamente an ihnen erprobt, ihre Stoffwechselproduktion wurde für die Forschung vermessen, ihre DNS-Stränge gezählt und in die Statistik eingearbeitet. Verschiedene Ärzte haben sich an ihnen ihre Zusatztitel erworben und einige ihre wissenschaftlichen Weihen. Eine regelrechte Psychotherapie findet nämlich in unseren Psychiatrien fast nicht mehr statt. »Biographisches Arbeiten« ist auch dort verpönt, statt dessen gibt es Realitätsorientierungstraining, Arztgespräche, Visiten, gute Ratschläge. Nach einem mehrmonatigen konzeptlosen Hier-etwas-dort-etwas, fällt dann meist irgend jemandem auf, daß Herr X oder Frau M. nun doch schon recht lange in der Klinik sind und jetzt eigentlich wieder »in den Alltag integriert« werden müßten. Haben diese Patienten diese Art der Behandlung einige Male durchlaufen – übrigens »landen« sie dabei fast nie bei den gleichen Behandlern, die Psychiatrien scheinen hier tatsächlich ein methodisches Prinzip zu haben, welches da lautet: Nur keine Kontinuität aufkommen lassen (Stichwort: Geschichtslosigkeit), so gelten sie als unheilbar und dann werden sie nun endgültig »integriert«.

Integriert heißt dabei: Da es auf dem freien Mark für sie keinen Wohnraum gibt, siedelt man sie in Wohnheimen oder in betreuten Wohngemeinschaften an. Da es de facto keine Arbeit für sie gibt, kommen sie in die Arbeitstherapie. Und damit dieser ganze Schmu nicht so auffällt, wird dabei auch noch so getan, als wäre diese Arbeit irgendeinem Produktionsdruck unterworfen, was sie natürlich in Wirklichkeit überhaupt nicht ist. Deshalb haben die Arbeitstherapeuten das Gefühl, sie dürften den Patienten nicht zuhören, denn die müßten ja arbeiten und beneiden dann den Musiktherapeuten (s. These 13).

Wenn wir Forschungsmethoden hätten – und wir haben sie ja –, wenn also Forschungsmethoden zugelassen und weiterentwickelt würden, die in der Lage sind, solche Szenen und das System, in dem sie sich als letzte Verwandlung einer langen Suchbewegung generieren, zu erforschen, und zwar ergebnisoffen zu erforschen, dann hätte das Folgen. Allerdings – so fürchte ich – Folgen, die niemand will: Weil sich damit das komplette System der psychischen Versorgung in seiner ganzen zynischen Fratzenhaftigkeit

offenbaren würde: der Fratze der Ausgrenzung der Qualität der Subjektivität zugunsten der endgültigen Unterstellung des Menschen unter seine Verwertbarkeit als ein Teil des Versuchs der endgültigen Verwandlung der Subjekte in Humankapital und der möglichst kostengünstigen und unauffälligen Verwahrung der Reste. Die Musiktherapie hat dabei die Aufgabe, dies klangvoll zu verschweigen.

3. Ausklang: Beispiel für eine andere Art der Forschung

Daß es aber durchaus auch Forschung gibt, in der das Junktim von Forschen und Heilen gewahrt bleibt, beziehungsweise ein Zugewinn an Verstehen menschlichen Leidens möglich ist, möchte ich abschließend an einem kleinen Beispiel aufzeigen, welches mir im Rahmen eines Seminars zur Betreuung der Diplomarbeiten des Studiengangs Musiktherapie an der Universität Münster gerade vorgestellt wurde. Zum Symposion hatte ich dieses Beispiel auch mitgebracht, um nach allem »Pauke schlagen« einen hoffnungsvolleren Ausklang zu finden und zu zeigen, daß Forschung so auch durchaus Spaß machen kann (wenn auch viel Arbeit).

Während des Symposions hatte ich zunächst folgende Textsammlung gezeigt und die TeilnehmerInnen um Assoziationen, Einfälle und ihren spontanen Eindruck gebeten.

A. Das Alleinsein macht traurig. Selbst in der unendlichen Weite kann kein Kontakt aufgefunden werden. Gibt es nichts, was Begegnung ermöglicht?

B. Aus einem Innenraum schaue ich von oben auf eine grenzenlos graue Landschaft: Nebel hüllt sie ein, sie ist wie weg. Ich fühle mich angenehm allein und traurig. Gibt es Hoffnung auf Veränderung?

C. Der Druck einer fremden Macht verhindert Leichtigkeit und Leben. Ohne eigenen Willen ist das erzwungene Akzeptieren der einzige Weg. Für immer?

D. Eine fremde Macht verhindert Selbständigkeit. Ist Veränderung des endlosen Zustandes unmöglich?

E. Einsame Personen verlieren sich immer mehr in der Unendlichkeit. Gibt es Orte ohne Bedrohung, wo Freude im Leben herrscht?

F. Das Leben ist ein Kampf durch die Bedrohung, es gibt keine Beziehung und Harmonie. Es bleibt die Flucht vor dem Leben in Unwirklichkeiten, in die Endlosigkeit. Wo ist das Normale am Leben?

G. Eine einsame Gestalt wird in dunkle, geheimnisvolle Tiefen gezogen. Sie wehrt sich dagegen, will ans Licht und die Schönheit des Lebens genießen.

H. Es ist ein trauriger Frühling. Das Vorwärtskommen ist anstrengend und geht nur langsam. Wo ist die Leichtigkeit des Frühlings?

I. In einem dunklen Raum gibt sich jemand seiner schmerzenden Traurigkeit hin. Eine Veränderung scheint unmöglich, da kein Ansatzpunkte für eine Lösung bestehen. Wo ist Sommer zu finden?

J. Bewegung in Isolation dreht sich im Kreis, ist endlos und monoton. Innehalten ist keine Lösung. Wo sind Bewegungsfreiheit und innere Leichtigkeit?

K. Etwas fesselt die Figuren, macht Bewegung und Veränderung unmöglich. Starrheit verursacht das Leiden, aus dem es keinen Ausweg gibt. Wo ist das Normale im Leben?

L. Etwas Zartes versucht sich einzukapseln, wird aber von Auflösung in Unendlichkeit bedroht. Gibt es etwas, was das Gefangensein in der traurigen Eintönigkeit beenden kann?

Bezeichnenderweise beziehen sich alle Einfälle der SymposionsteilnehmerInnen wie selbstverständlich auf ein Ganzes und nicht auf einzelne Texte: »Als hätte eine Gruppe von Menschen *ein Musikstück* gehört und dann gesagt, was dabei in ihnen bewegt wurde. Denn: Alle Texte haben eine gewisse Ähnlichkeit, sind aber nicht ganz gleich« (Marianne Eberhard-Kächele).

Eine *ungleichgewichtige Polarität* der Texte fällt auf: Die eine Hauptfigur erinnert »an depressive Patienten«, die Gegenfigur an »ressourcen-orientierten Therapeuten« (Jürgen Kriz) oder läßt an Haikus denken mit »einer Ausgangssituation und einem Kontrapunkt« (Eckhard Weymann).

Und natürlich springen *die vielen Fragen* ins Auge: »Es ist immer eine Frage möglich« (Anna-Dorothea Brockmann).

Die Einfälle fanden ihren Abschluß in einer Erzählung Rudolf zur Lippes, der an eine Tolstoi-Novelle denken mußte, deren letzten Teil er just an diesem Morgen im Radio gehört hatte, »Tod des Iwan Iljitsch«: »Da wurde die Novelle eines Lebens dahin gesteigert, daß das ganze Leben in den letzten Stunden vor dem wirklich eintretenden Tode plötzlich die Frage aufkommen läßt: Wie wäre denn richtig zu leben gewesen? Und diese Frage hat im Leben nicht stattfinden können, weil man sonst hätte einräumen müssen, daß es falsch war. Und um zu verteidigen, daß es so irgendwie geht und richtig ist, ist die Frage unterdrückt worden und dann ist die wirklich große Erlösung: diese Frage zu finden – und das genügt eigentlich.«

Ich möchte diese Einfälle nicht weiter kommentieren, sondern statt dessen die inzwischen fertig gestellte Untersuchung hier zusammenfassend darstellen als ein Art von Forschung, die durch die Anwendung qualitativer Methoden zu Ergebnissen kommt, die zunächst nicht nach der Effizienz eines Verfahrens fragen, sondern nach der vertieften und erweiterten Verstehensmöglichkeit, die das Musizieren in der Musiktherapie (das Malen in der Kunsttherapie etc.) der psychologischen Wissenschaft bietet. Auf die Entstehung der obigen Texte werde ich später, an der entsprechenden Stelle der Untersuchung, eingehen. Nur soweit: die deutlich erlebbare Gestaltverwandtschaft und gestische Ähnlichkeit der Texte ist insofern erstaunlich als es sich um die – methodisch sorgfältig kontrollierten – Zusammenfassungen der Beschreibungen von zwölf verschiedenen musikalischen Improvisationen durch zwölf verschiedene Menschen in unterschiedlichen Beschreibergruppen handelt, die diese Musiken ohne jegliche Vorinformationen vom Band hörten.

Die Fragestellung der Arbeit von Jana Maria Krapf (2001) lautete, ob es Ähnlichkeiten in den verschiedenen Erstimprovisationen von psychogen chronischen Schmerzpatienten gibt. Falls ja, welche Eigentümlichkeiten und Besonderheiten bezüglich einer

vergleichbaren seelischen Struktur dabei zur Geltung kommen und welche Erkenntnisse über Sinn und Bedeutung dieses Leidensbildes sich daraus ableiten lassen (ebd. S. 46).

Die Fragestellung der Arbeit war während eines Praktikums bei einer Musiktherapeutin entstanden, die in einer Ambulanz und Poliklinik für chronische Schmerzpatienten arbeitet. Untersucht wurden die Erstimprovisationen von zwölf PatientInnen mit der Therapeutin. (Zu den psychologischen Voraussetzungen bezüglich des musiktherapeutischen Settings, auf die hier nicht eingegangen werden kann, vgl. Tüpker 1996, S. 85 ff.) Die Stichprobe entstand durch das zur Verfügung stehende Zeitfenster und entsprach weitgehend dem allgemeinen Durchschnitt der Klientel der Abteilung. Diagnose war »chronischer Schmerz ohne feststellbare körperliche Ursache« (Näheres Krapf, Anhangband S. 93). Alle Improvisationen entstanden ohne Vorgaben oder ein »Thema«. Es handelte sich in allen Fällen um die erste Improvisation.

Die Untersuchung gliedert sich in zwei größere Abschnitte: die (musikwissenschaftliche) Analyse der musikalischen Formenbildung der Improvisationen und die (psychologische) Untersuchung der »Wirkungsgestalt« durch das morphologische Verfahren der Beschreibung.

Die musikalische Formenbildung

Die Frage, ob sich in den Improvisationen von einer musikimmanenten Analyse her Ähnlichkeiten aufweisen lassen, kann eindeutig positiv beantwortet werden. Methodisch wurden dazu zunächst alle zwölf Improvisationen einzeln anhand bestimmter musikalischer Kategorien analysiert (Instrumentenwahl, Melodik, Rhythmik, Harmonik, Dynamik, Klang, Dauer, Form, Aufbau, Beziehungsgestaltung und Beteiligung der beiden SpielerInnen). Durch die der Arbeit beigefügten CD mit allen Beispielen ist dies im einzelnen überprüfbar. Diese Einzelanalysen wurden dann miteinander verglichen. Dabei kann Krapf nachweisen, daß sich in allen Improvisationen Ähnlichkeiten und charakteristische Formenbildungen nachweisen lassen (Krapf, S. 71). Nach der Darstellung der vergleichenden Untersuchung anhand der oben angeführten Kategorien kommt sie zusammenfassend zu einer Zuordnung der wesentlichen Aspekte unter zwei Perspektiven, die sich zugleich in einem paradox anmutenden Verhältnis zeigen: dem eines Mangels an Vorhandensein oder Durchsetzung eigener Impulse und der gleichzeitig vorhandenen Tendenz, sich nicht verschmelzend im Spiel zu verlieren, welches sie als Streben nach eigenem Empfinden und Präsenz interpretiert (ebd. S. 72).

Mangel an Eigenem		**Streben nach eigenem Empfinden**
Untertauchen	**versus**	Präsenz
- Dynamik sehr leise - Keine eigenen Bereichen - Keine neuen Impulse - Wenig Ausdruck - Keine Mannigfaltigkeit - Nebulöser Eindruck - Keine Kontraste		- Tonwiederholungen - Dichtes Spiel ohne Phrasierungen - Impulse des anderen werden kaum aufgenommen - Keine Verschmelzungen - Keine Instrumentenwechsel

Zur Verdeutlichung möchte ich hier nur einige Aspekte aus der in der Arbeit selbst ausführlicher und genauer dargestellten Analyse der musikalischen Formenbildung zusammenfassend darstellen, deren Eigenart sich für mich auch vor dem Hintergrund hunderter anderen Improvisationen erschließt, die ich im Zuge verschiedener Lehr- und Forschungstätigkeiten gehört habe.

1. So entspricht es nicht im geringsten dem, was wir von einer durchschnittlichen gemischten Klientel her kennen, daß sich hier über die Hälfte der PatientInnen aus dem großen Angebot der in der Musiktherapie üblichen Instrumente die Leier mit ihrer Anmutungsqualität des Zarten, Weichen, Leisen und Lieblichen auswählen. Der betont rhythmische Bereich fehlt in der Wahl dieser Gruppe völlig, auch die übrigen gewählten Instrumente (Xylophon, Klavier, Regenmacher) werden melodiös oder verschwommen klanglich gebraucht. Die Therapeutin paßt sich in ihrer Instrumentenwahl der Wahl der PatientInnen an (ebd. S. 60). Dem entspricht, daß musikalisch die Ausdruckbezeichnung »dolce«, diejenige wäre, die am häufigsten zutreffen würde (ebd. S. 67).

2. Die Strukturierung des Ganzen und die Phrasierung im einzelnen sind eher undeutlich, es kommt zu keinen klaren Gliederungen. Der von den PatientInnen gestaltete Beginn ist meist zögerlich und leise, die Schlüsse ausschleichend (dim., rit. und im p). Es gibt keine einzige Improvisation, die sich in Abschnitte untergliedern ließe oder in der es zu einem Wendepunkt, einem Umbruch oder einer Entwicklung »von - zu« kommt (ebd. S. 66). Auch fehlt tendenziell die Strukturierung durch einen klaren Taktbezug. Der gesamte rhythmische Bereich ist eher schwach ausgeprägt. Meist sind die Improvisationen durch einen gleichbleibend pulsierenden metrischen Grundbezug gekennzeichnet, was Sicherheit gibt (auch dem Hörer) und die Eindrücke eines unbegrenzt Endlosen entstehen läßt, obwohl die Improvisationen im Durchschnitt nicht sehr lang sind. Das Tempo bewegt sich

im langsamen Bereich zwischen Largo und Adagio. Obwohl das Metrum fast nie einheitlich ist, kommt es auch nicht zu deutlichen Veränderungen. Es ist eher schwankend, rhythmisch frei schwebend, darin aber gleichbleibend (ebd. S. 61ff.).

3. Melodik und Harmonik sind oft durch die fehlende Leittönigkeit nicht genau bestimmbar, zum Beispiel uneindeutig in bezug auf eine Dur-Moll-Zuordnung. Dennoch sind die Improvisationen nicht atonal, sondern wirken harmonisch, schwebend, sind oft ohne tonale Grundtönigkeit. Die melodische Ausbreitung ist insgesamt reduziert, unausgebreitet, nutzt nicht die Mannigfaltigkeit des Materials. Die Stücke bewegen sich in enger Lage oft in Tonschritten. Es gibt viele Tonwiederholungen, Tremoli und Glissandi. »Es klingt, als müsse Minimales ausreichen, ohne größere musikalische Bewegung zu ermöglichen« (ebd. S. 64) Interpretieren läßt sich das dahingehend, daß Eigenes eher in regressiver Beschränkung gesucht oder gefunden zu werden scheint (ebd. S. 62ff).

4. Dem entsprechen auch die dynamische und formale Ebene: Die Entfaltung einer vollen Lautstärke gibt es in keiner der Improvisationen. Meist bewegen sie sich zwischen piano und pianissimo, einige wenige erreichen ein mezzoforte. So sind auch die dynamischen Abstufungen innerhalb eines Stückes nur gering. Es kommt auch zu keinem Hervortreten eines der beiden Spieler. Beide passen sich aneinander an, bilden einen wechselseitigen Schutzraum. Eine Ausnahme bildet die Improvisation G, in der es zu größeren dynamischen Schwankungen kommt.

5. Durch die geringe Ausbreitung und Mannigfaltigkeit wirkt auch die innere Teilnahme der SpielerInnen eher schwach, wenig beteiligt (ebd. S. 67f.). Was die Beziehungsgestaltung der beiden Spielerinnen anbetrifft, weist Krapf überzeugend nach, daß sowohl Selbständigkeit als auch Verschmelzung vermieden wird (ebd. S. 68f.). Während die Therapeutin jeweils die Impulse der die Musik beginnenden PatientInnen aufgreift, fällt die Unbeeinflußtheit des Spiels der PatientInnen vom Mitspielen der Therapeutin auf. Krapf kommt zu der Aussage, daß von der Tendenz her das Resonanzverhalten der PatientInnen stark eingeschränkt ist (ebd. S. 70).

Die Wirkungsgestalt der Improvisationen

Wie bereits angedeutet wurden die alle zwölf Improvisationen jeweils durch eine Beschreibungsgruppe von fünf bis sechs im Verfahren geschulten Experten beschrieben. Diese Rater erhalten keine Vorinformation über die PatientInnen, hören die Musik vom Tonträger und sind aufgefordert, ihr subjektives Erleben der Musik nach dem Hören aufzuschreiben. Es gibt keine vorgegebenen Kategorien für die Beschreibung (Grundlagen dieses Untersuchungsverfahren s. Tüpker 1996, S. 70 ff.). Durch die Beschreibungen wird zu erfassen gesucht, wie die Musik wirkt (was sie naturgemäß nur auf Subjekte tun kann), was sie auslöst, welche Eindrücke sie hinterläßt. Die einzelnen Beschreibungstexte werden noch in der Gruppe auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede hin diskutiert, auch um ein eventuelles Mißverstehen einzelner Textstellen oder Begriffe auszuschließen. Aus diesem intersubjektiven Austausch der subjektiven Eindrücke wird die Wirkungsgestalt der Improvisation erarbeitet, die in einem zusammenfassende Text festgehalten wird.

(Auch dieser Schritt ist hier überprüfbar durch die Wiedergabe der Originaltexte im Anhang der Arbeit.) Dieser zusammenfassende Text bleibt sprachlich einerseits möglichst nah an den ursprünglichen und sucht zum anderen *die* Ebene der Verallgemeinerung, durch die alle Texte zu vereinheitlichen sind. Bei den im Symposion vorgestellten Texten (A - L) handelt es sich also um diese zwölf vereinheitlichenden Zusammenfassungen. (Die vielen Fragen z.B. entsprechen den vielen Fragen in den Einzeltexten s. unten).

Die so erarbeiteten Wirkungsgestalten lassen sich aufgrund der deutlichen Ähnlichkeiten noch einmal zusammenziehen. (Das ist nicht immer möglich.) Krapf kommt bei diesem Schritt zu der folgenden zusammenfassenden Formulierung: »Die Musik erzeugt Grenzenlosigkeit in Raum und Zeit. Dadurch wird das eigene Gewahrsein verhindert. Es existiert kein Gegenüber, das Kontrast schafft. Es bleibt das langsame, endlose Tasten in einer grauen Welt. Ein Wehren gegen die Bedrohung ist nicht möglich, da es kein Ziel gibt. Es bleibt die Auflösung und das Entschweben, die Flucht. Dieser Zustand lässt Hoffnung auf Veränderung, die Ahnung von Freude und Schönheit im Leben oder einfach nur Normalität aufkeimen« (Krapf, S. 75).

Als weiteres Verfahren wurden zur Kontrolle und Erweiterung die 66 Einzeltexte einer inhaltsanalytische Auswertung unterzogen. (Zum Verfahren s. Mayring 1993) Die Kategorien der Inhaltsanalyse wurden zum Teil selbst entwickelt und zum Teil einer Untersuchung entnommen, die 171 solcher Beschreibungstexte von 26 Improvisationen verschiedenen TherapeutInnen und unterschiedlicher Klientel nach textimmanenten Kriterien untersuchte (Mömesheim 1999).

1. Die Texte beschreiben auffällig häufig *Zuständlichkeit ohne Entwicklung*. Wenn Veränderungen beschrieben werden, dann oft als Bedrohung (dunkle Wolken ziehen auf) oder Flucht vor dem Leben (Tod, Schlaf) oder regressiv. »Entwicklungen einem Zustand entgegen, der als positiv beurteilt wird, vollziehen sich klar erkennbar in keiner einzigen Beschreibung« (Krapf, S. 78).

2. Dem entspricht die *Zeitstruktur* der Texte: In 61 Beschreibungen setzen die Texte »mitten in einem Geschehen ein«. Sie beschreiben eine Szene, welche oft so wirkt als sei sie aus einem bereits bestehenden Zustand, Geschehen herausgegriffen. »Der Anfang gleicht oft eine Regieanweisung« (»im Dachgeschoß«; »auf der Bühne«). Das Ende der Texte bleibt offen, »deckt sich nicht mit einem Abschluss des Geschehens«, erfährt »keine inhaltliche Beendigung«. »Teilweise werden die Beschreibungstexte durch eine Fragestellung beendet (12 x) oder durch Fragen in der Abfolge unterbrochen (31 x)« (ebd. S. 80f.).

3. Eine Ausnahme bilden die Beschreibungstexte zur Improvisation G. Hinsichtlich der in den Texten auftretenden *Figuren* zeigen sich keine auffälligen Häufungen. (Es werden insgesamt 39 mal Figuren mit allgemeiner Bezeichnung erwähnt, wie »Menschen« [10 x], »jemand [6 x] etc.; 57 mal Figuren mit genauer Bezeichnung wie: »Clown« [2 x], »Engel« [3 x], »Schwarzes Männchen« [1x] etc.) Auffällig ist hingegen, daß die *Figuren nicht in Beziehung* treten bis hin zur Isolation und daß es zu keiner »kraftvolle(n) Erscheinung der Subjekte« kommt, sondern bei Andeutungen bleibt (ebd. S.79).

4. Betrachtet man die beschriebenen *Handlungsräume*, so überwiegen die Außenräume (121 x) gegenüber der Erwähnung von Innenräumen (31 x). Weite und Unstrukturiertheit sind kennzeichnend. (Die häufigsten sind: See, Himmel, Wolken, Berge, Weg, Wiese, Landschaft, Ferne, Wüste, Umgebung.) Auch hinsichtlich der untersuchten Stimmungsräume und materialen Eigenschaften, zeichnet sich ab, daß die Texte von »Unendlichkeit, Weite, Konturlosigkeit, Monotonie«, »Zeitlosigkeit, Fließende(m) und Unstrukturiertheit« gekennzeichnet sind. Reales, Greifbares fehlt. »Grenzen treten kaum in Erscheinung« (ebd. S. 81f).

5. *Affekte und Empfindungen* der Beschreiber lassen sich nur als Tendenzen zusammenfassen. Eine Tendenz geht in Richtung: Melancholie, Einsamkeit, innere Ruhe, Schmerz, Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit und Schwere. Aber auch (deutlich seltener) Unruhe, Angst, Zwang und Bedrohlichkeit werden erwähnt. Eine weitere, die sich auch als eine Abwendung vom Gehörten verstehen lässt, ist charakterisiert durch das Abschweifen der Gedanken beim Hören, die benannte Schwierigkeit, das Gehörte in ein Bild zu fassen oder das Empfinden der Unerträglichkeit der Musik. Auch wird die Musik als nervend oder langweilig erlebt, bewirkt Müdigkeit oder weckt den Wunsch nach Veränderung. Positive Empfindungen tauchen nur in drei Beschreibungstexten auf, und selbst dort werden sie im Verlauf der Beschreibung wieder relativiert. (Vergleicht man dies mit Beschreibungstexten dieser Art im allgemeinen, so ist dies durchaus nicht typisch, wie man dies vielleicht auf Grund der Tatsache, »daß es sich ja um kranke Menschen handelt«, annehmen könnte.) Zu ergänzen sind diese Positivbefunde durch den Aspekt, daß in knapp der Hälfte der Texte (31) keine direkten Äußerungen zu Affekten oder Empfindungen erwähnt sind, was als eine gewisse emotionale Distanz zum Gehörten interpretiert wird (ebd. S. 83f.).

6. Als eine weitere auffällige Kategorie von Beschreibungstexten hat sich die Differenzierung zwischen »Tendenz zur Hervorhebung eines Pols« versus »Tendenz zur gleichwertigen Behandlung zweier Pole« erwiesen (Mömesheim 1999, S. 86). Mit einer Ausnahme sind die vorliegenden Texte eindeutig der Tendenz zur Hervorhebung eines Pols zuzuordnen. Der Leser kann dies auch anhand der Zusammenfassungen nachvollziehen (s. oben). Wie dort, so ist es auch in den Originaltexten so, daß der Gegenpol (Begegnung, Hoffnung auf Veränderung, Leichtigkeit, Freude und Schönheit des Lebens, Bewegungsfreiheit oder auch nur das Normale) nur in Form des Fehlens, des Ersehnten, formal sehr oft als Frage, ob es denn jenseits der Unendlichkeit des Leidens noch etwas anderes gibt, auftaucht (vgl. Krapf, S. 84).

7. Eine Ausnahme bilden hier wiederum die Beschreibungstexte zur Improvisation G.

8. Ebenfalls nach Mömesheim (1999, S. 89f) lassen sich solche Texte in einen »szenisch-erzählenden« und einen »symbolhaft-lyrischen« Texttypus unterscheiden. Hier gehören 63 der 66 Texte dem szenisch-erzählenden Typus an (Krapf, S. 85).

9. Hinsichtlich sprach-formaler Aspekte fällt vor allem die auch in den Zusammenfassungen übernommene Frageform auf. In den Einzeltexten tauchen insgesamt 70 Fragen auf. (Zu den häufigeren inhaltlichen Ausrichtungen: »25 Fragen [richten] sich in die Zukunft und [fragen] nach einer Veränderung.« »36 mal wird eine Echtheit, ein Sinn in Frage;gestellt und Täuschung angenommen« [wie »Alles nur ein Traum?«; »oder war es eine Fata Morgana?«] ebd. S. 85f.).

10. In bezug auf die Erzählperspektive zeigt sich eher ein gemischtes, unauffälliges Bild: So gibt es sowohl Beschreibungen, die aus der Ich-Perspektive erzählt sind als auch solche, in denen eine auktoriale Erzählerrolle eingenommen wird, zum Teil aus der Innensicht der beschriebenen Figuren. Teilweise wechselt die Erzählperspektive auch. (ebd. S. 86).

Als Ausnahme weichen die Texte zur Improvisation G von der allgemeinen Tendenz ab. (Sie verweisen auf eine Bipolarität, das Geschehen findet eher einen Abschluß, aus der Analyse der Formenbildung kommt die stärkere Dynamik hinzu.) Vergleicht man dies mit den in der Arbeit angegebenen Patientendaten, so fällt bei diesem Patienten eine Misch-Diagnose auf. Neben der »anhaltenden somatoformen Schmerzstörung« ist eine Angststörung und spezieller eine »Agoraphobie mit Panikstörung« diagnostiziert. Ebenso gibt der Patient bezüglich des subjektiven Schmerzempfindens auffällig niedrige Werte an. Faßt man die Werte in Ruhe und bei Belastung zusammen, die niedrigsten der gesamten Stichprobe. Hier läßt sich feststellen, daß diese teilweise Abweichung auch einer deutlichen Abweichung im Leidensbild entspricht.

Auswertung, Schlussfolgerungen

Aufgrund der gefundenen Ähnlichkeiten in der seelischen Gestalt, wie sie sich in den Erstimprovisationen niederschlagen, gelangt die Autorin zu der Hypothese, die sie aufgrund der geringen Datenmenge und ihrer Gebundenheit an die gegebenen Rahmenbedingungen als »Hinweis« einstuft, »daß SchmerzpatientInnen nicht nur der Schmerz als Symptom, sondern auch eine seelische Gestalt gemeinsam ist.« Als ungeklärt müsse dabei angesehen werden, ob es sich bei dem, was sich in den Improvisationen niederschlägt, um eine der Symptomatik zugrundeliegende seelische Struktur handelt oder um eine Folge der langjährigen Schmerzerfahrung. (Zur Erinnerung: Alle Aussagen beziehen sich dabei nicht auf chronische Schmerzzustände im allgemeinen, sondern auf solche, für die sich keine körperliche Ursachen finden lassen!)

Nun könnte man dieses Ergebnis als bloße Wiederholung oder quasi musiktherapeutische Bestätigung der Diagnose auffassen, was in einem gewissen Sinne banal erschiene. Nachgewiesen wäre dann »nur«, daß sich in diesen Fällen - wie in vielen anderen - die seelische Struktur in den Erstimprovisationen niederschlägt. Dies wird aber zum einen deshalb spannend, weil eine solche Strukturverwandtschaft bei dieser Klientel ansonsten nicht unbedingt angenommen wird. Das Bild der sogenannten »Schmerzpersönlichkeit« ist eher vielschichtig bis diffus und meist eher durch verschiedene theoretische Erklärungsansätze gekennzeichnet als durch einen Vergleich einer Ausdrucksgestalt. Krapf betont aber dennoch, daß es ihr nicht auf die Propagierung einer solchen Schmerzpersönlichkeit ankommt, sondern vielmehr auf das Mehr an Verstehen, welches

sich aus der Analyse der Ausdrucksgestalt der musikalischen Äußerungen der PatientInnen ergibt. Das heißt auch zu fragen, was denn das musiktherapeutische Setting, die Möglichkeit des musikalischen Ausdruck an Erkennen und Verstehen bezüglich des Leidens eröffnet. In der Psychotherapie sind ja Diagnose und Behandlung nicht in der Art voneinander getrennt wie in der Organmedizin. Ist doch jedes differenziertere Verstehen des Patienten zugleich ein Schritt in der Behandlung selbst.

Zur weiteren Annäherung an diese Frage wird hier mit Hilfe der morphologischen Systematik der Gestaltfaktorenanalyse eine Analyse der bisherigen Ergebnisse durchgeführt und damit eine psychologische Rekonstruktion des Phänomens erreicht (ebd. S. 91ff.). Zusammenfassend kommt die Autorin dadurch zu der folgenden psychologischen Beschreibung des Leidens, wie es sich in den Improvisationen niederschlägt: »Es besteht eine Gefahr, daß das (Emp-)finden von Eigenem in einer stark ausgeprägten, sich ausbreitenden unendlichen und unstrukturierten Weite verhindert wird. Indem nichts zweites hinzukommen kann, droht ein Auflösen von Eigenem. Denn für die eigene Entwicklung wird die Existenz eines Gegenübers, eines Objektes gebraucht« (ebd. S. 96).

Weiter fragt sie, welchem Sinn der Schmerz psychologisch innewohnen könnte und kommt zu der noch als »Vermutung« bezeichneten Hypothese: »Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Schmerz und der Erhaltung des Subjekts. Dabei steht eine Auflösungstendenz der seelischen Gestalt in strukturlose Weite mit dem Schmerz als einem strukturschaffenden, haltgebenden Merkmal in Beziehung« (ebd.) Die Arbeit schließt mit einer Diskussion der Folgerungen für den Behandlungsauftrag bis hin zu spezifischen methodischen Aspekten des (musik-)therapeutischen Vorgehens, die ebenfalls aus den Analysen ableitbar sind. Gerade darin sich meines Erachtens, wie Forschen und Heilen ineinander greifen können.

Anschließend verweist Krapf deutlich auf die Vorläufigkeit der Ergebnisse aufgrund der kleinen Stichprobe und der Tatsache, daß es sich um dieselbe Therapeutin handelt. (Persönlich kann ich allerdings aus meiner langjährigen Erfahrung beifügen, daß solche Gestaltverwandtschaften nicht durch das Mitspielen eines Therapeuten entstehen. In der Forschungsarbeit des IMM haben wir oft über Jahre gegenseitig oder in der Weiterbildung Improvisationen derselben Therapeuten gehört, die stets eine sehr deutlich Varianz aufwiesen und jeweils auf die seelische Struktur des Patienten zu beziehen waren, wenn auch in der Resonanz des Therapeuten. Wissenschaftlich betrachtet wäre es aber natürlich schön, die vorliegende Untersuchung durch Beispiel aus der Arbeit anderer Therapeuten zu validieren, zu erweitern und zu modifizieren.)

Beeindruckt und erfreut hat mich an dieser Arbeit das engagierte (und ausgesprochen arbeitsintensive) Bemühen der Kollegin um ein Verstehen der PatientInnen. Die hier bewerkstelligte Engführung von einfühlendem Verstehen (als Therapeutin) und gründlicher methodischer Untersuchung (als Forscherin) schafft meines Erachtens erst eine Ausgangslage, in der wir uns den Patienten in ihrem Leiden in unserer weiterhin notwendigen Suchbewegung zumuten dürfen. Daß hier ein anderer Blick auf menschliche Leidenzustände geworfen wird und dies auf ein anderes Paradigma verweist, wird zum Schluß der Arbeit deutlich mit einem Gedanken, der hier ebenfalls den Abschluß meiner Ausführungen bilden soll.

»Diesen therapeutischen Konsequenzen zur Behandlung von SchmerzpatientInnen sei noch ein Hinweis hinzugefügt, der gerade bei dieser PatientInnengruppe als besonders

wichtig erscheint. Petersen sieht die Gefahr, daß die Therapie unmenschlich reduziert wird auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit der PatientInnen. >Krankes wird damit auch verkürzt zu einem Zustand, der möglichst rasch perfekt und ohne Folgen zugunsten der Arbeitsfähigkeit auszulöschen ist - dagegen Kranksein als Chance zur Entwicklung der Persönlichkeit des Kranken wird tabuisiert< (Petersen 1994, S. 4) Daraus geht hervor, daß es nicht alleiniges Ziel einer Behandlung sein kann, Symptome zu behandeln. Diese Haltung könnte den hier untersuchten PatientInnen besonders zugute kommen, indem als erstes Ziel der Behandlung die Wiederherstellung des Gleichgewichts innerhalb der seelischen Gestalt versucht wird. Dadurch kann es dann evt. für die PatientInnen nicht mehr zwingend notwendig sein, am eigenen Lösungsversuch in Form des Symptoms festzuhalten« (Krapf, S. 107).

LITERATUR

Arieti, S (1979/1986), Schizophrenie. Ursachen, Verlauf, Therapie, Hilfe für Betroffene. 2. Aufl., München/Zürich: Piper.

Benedetti, G (1964/1980), Klinische Psychotherapie. Einführung in die Psychotherapie der Psychosen. 2. überarb. Aufl., Bern/Stuttgart/Wien: Huber.

- (1975), Psychiatrische Aspekte des Schöpferischen und schöpferische Aspekte der Psychiatrie. Göttingen: Verlag für medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht.
- (1983/1994), Todeslandschaften der Seele. Psychopathologie, Psychodynamik und Psychotherapie der Schizophrenien. 4. Aufl., Göttingen/Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.

Buchholz, MB (2000), Effizienz oder Qualität? Was in Zukunft gesichert werden soll, in: Forum der Psychoanalyse 16/1, S. 59-80.

Ciompi, L (1982/1994), Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung. 4. Aufl., Stuttgart: Klett-Cotta.

Erdheim, M (1988), Die gesellschaftliche Produktion von Unbewußheit. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Hampe, M (2001), Theorie, Erfahrung, Therapie. Anmerkungen zur philosophischen Beurteilung psychoanalytischer Prozesse, in: Psyche, 3/2001, 328-336.

Heinemann E, Groef J de (Hrsg.) (1997), Psychoanalyse und geistige Behinderung, Mainz: Matthias-Grünewald-Verlag.

Heuft G, Senf W, Brähler E, Geyer M, Janssen PL, Merkle W, Meermann R, Paar G, Saß H, Strauß B, Treff W (2000), Fachpsychotherapie als Teil der Medizinischen Versorgung der Bevölkerung, in: Forum der Psychoanalyse 16/4, S. 152-157.

Kisker KP (1988), »Team« - Erfahrungen mit einer problematischen therapeutischen Interaktionsfigur in der Psychiatrie, in: Psychiatrische Praxis 15, 149-154, Stuttgart/New York: Thieme.

Krapf JM (2001), Auf den Schmerz hören. Vergleichende psychologische Untersuchung der musikalischen Erstimprovisation von chronischen Schmerzpatienten. Anhangband, CD der Tonbeispiele. Unveröffentl. Diplomarbeit, Zusatzstudiengang Musiktherapie, Universität Münster.

Mayring P (1993), Einführung in die qualitative Sozialforschung. 2. überarb. Auflage, Weinheim: Beltz-Verlag.

Mentzos S (1988), Interpersonale und institutionalisierte Abwehr, Frankfurt/ M.: Suhrkamp

- (1992), Psychose und Konflikt, Göttingen/Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.

Mömesheim E (1999), »Wer verschweigt das letzte Wort?« - Vergleichende Untersuchung von Beschreibungstexten aus der Morphologischen Musiktherapie. Unveröffentl. Diplomarbeit, Zusatzstudiengang Musiktherapie, Universität Münster.

Naatz T (2000), Effizienz oder Qualität - ein wirklicher Gegensatz?, in: Forum der Psychoanalyse 16/3, S. 279-281.

Niedecken D (1989), Namenlos. Geistig Behinderte verstehen, München. [Taschenbuchausgabe »Geistig Behinderte verstehen«,1994]

Petersen, P (Hrsg.) (1990), Ansätze kunsttherapeutischer Forschung, Berlin/Heidelberg/New York: Springer.

- (1994), Heil-Kunst. Ein integrales Konzept von Psychotherapie und Psychosomatik, in: Musiktherapeutische Umschau 17, S. 115-128.

Pohlen M (1999), Was ist Psychotherapie als Wissenschaft?, in: Forum der Psychoanalyse 15/1, S. 71-80.

Pohlen M, Bautz-Holzherr M (2000), Die Gleichschaltung der Psychoanalyse mit der neuen psychotherapeutischen Ordnung. Die Psy-BaDo - ein Instrument der medizingerechten Psychotherapie, in: Forum der Psychoanalyse 16/2, S. 148-164.

Scharfetter Ch (1986), Schizophrene Menschen. Bewußtseinsbereiche und Psychopathologie. Ich-Psychopathologie des schizophrenen Syndroms. Forschungsansätze und Deutungen. Therapiegrundsätze, 2. überarb. u. erw. Aufl., München/Weinheim: Urban & Schwarzenberg.

Searles, HF (1965/1974), Der psychoanalytische Beitrag zur Schizophrenieforschung. Deutsche Ausg. München: Kindler.

Schönhals-Schlaudt D (2001), Musiktherapie 2000. Ausbildung - Forschung – Gesundheitspolitik. Zu Event und Tagung der DGMT, in: Musiktherapeutische Umschau 22/, S. 41-47.

Tüpker R (1990), Auf der Suche nach angemessenen Formen wissenschaftlichen Vorgehens in kunsttherapeutischer Forschung, in: Peter Petersen (Hrsg.) Ansätze kunsttherapeutischer Forschung. Berlin/Heidelberg/New York: Springer.

- (1988/1996), Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie. Überarb. u. erw. Auflage. Münster: LIT-Verlag.

Tolstoi L (1886/1992), Tod des Iwan Iljitsch. Stuttgart: Reclam.

Wulff, E (1995), Wahnsinnslogik: Von der Verstehbarkeit schizophrener Erfahrung, Bonn: Edition »Das Narrenschiff« im Psychiatrie-Verlag.

Morphological Research[6]

mit Eckhard Weymann

BUCHBEITRAG

3.4

Müsset im Naturbetrachten
immer eins wie alles achten.
Nichts ist drinnen, nichts ist draussen,
denn was innen, das ist außen.
So ergreifet ohne Säumnis
Heilig öffentlich' Geheimnis.
Erfreuet Euch des wahren Scheins,
Euch des ernsten Spieles
denn nichts Lebendiges ist eins,
immer ist's ein Vieles.

Goethe – „Epirrhema" (1821)

You must, when contemplating nature,
Attend to this, in each and every feature:
There's nought outside and nought within,
For she is inside out and outside in.
Thus will you grasp, with no delay,
The holy secret, clear as day.
Take joy in true appearance,
And in serious play,
For no living being is singular,
But always a plurality.

Summary

Morphological Music Therapy is an approach that has been developed in Germany for 25 years. It is based on old European scientific traditions, especially on the scientific approach of Goethe. In its modern form, it includes insights from psychoanalysis and Gestalt psychology and has developed methods for qualitative research in music therapy (Tüpker 2002, Weymann 2000a). In Germany this approach is taught at several university music therapy trainings and a number of books and articles have been published.

Morphology (from Greek morphe: form, shape) refers to the study or knowledge of forms or shapes. The objects of morphological research are investigated from the perspective of

[6] Zur Veröffentlichung vorgesehen in: Barbara Wheeler: Music Therapy Research, 2nd edition (ca. 18 Seiten)

their formation, their structure, and their changes of form (metamorphosis). Today the term *morphology* is used in disciplines as diverse as psychology, geology, biology, and linguistics. Occasionally the term is used in a limited way to refer only to set structures or the results of a process of formation. At other times, as in this chapter, the formation process itself is examined and may even be the focus of interest.

In music therapy the entire therapeutic process (music, conversations, emotions, behavior, etc.) can be thought of as a *gestalt* formation and be related to other relevant gestalt formations in the patient (biography, organization of daily life, symptoms, etc.). This is primarily a psychological perspective, since it is related to formations of the psyche, but it includes musicological perspectives also. To think about music as a psychological object means above all to investigate it from an experiential aspect, that is, to understand it as a *gestalt of effects*.

Historical Roots and Theoretical Premises

Under the premise that psychological data can only be obtained through the reflected subjectivity of the researcher, *experiential description* became the most important instrument of knowledge in morphology, integrated into varied methodological contexts such as the in-depth interview and the experiential record. „The description of complete contexts becomes the basic method of psychological morphology because no isolated facts or data as such exist outside of the object-oriented living context" (Salber, 1991, p. 52). „Description seeks to grasp the movement of phenomenal forms"[7] (Salber, 1969, p. 63), which then have to be transformed into explanatory reconstructions through several intermediate steps. Aside from developing and reflecting upon therapeutic concepts, the main foci of morphological psychological research are psychological factors of everyday life, psychology of the arts and the new media, and commercial and business psychology. Research results are published in the journal *Zwischenschritte* (Intermediate Steps) and elsewhere.

Some music therapists became interested in morphological psychology in the 1970s because of its affinity with art and the psychology of the arts. In 1980, Frank Grootaers, Tilman Weber, and the authors of this chapter established a research group for the morphology of music therapy and then later, in 1988, the Institute for Music Therapy and Morphology (IMM). In this institute, the basic ideas of morphological music therapy were developed as an integration of research and practice. The initial goal was to use concepts from morphological psychology to make description of the music therapy process possible, and to develop music therapy-specific procedures to enable their scientific reconstruction. In this context, the investigation of improvisation in music therapy is of special significance. The results were disseminated through numerous professional conferences, courses, and publications, as well as in a series called *Materialien zur Musiktherapie* (Studies of Music Therapy). Morphological music therapy is taught at the University of Münster and the Hamburg University of Music and Drama.

The term *morphology* goes back as far as the German poet and scientist J. W. Goethe (1749–1832), who proclaimed a scientific view expressly set against the (then current) mainstream of positivist and reductionist positions. He turned against the prevailing opinion that the knowledge of nature was to be found only by dissection and analysis, by an identification

[7] The sources for this and other quotations are in German but have been translated to English as cited here. The original German is given only when it provides information that is not apparent in the translation.

of ever-smaller pieces. Instead, he sought to understand characteristic features of „organic natures" in a holistic manner, using principles such as formation and transformation, including both spatial and temporal dimensions. In this way he tried to gain „insight into the context of their essence and actions"[8] (Goethe, 1954, p. 6). He described these contexts, derived by thorough observation of individual cases, as types or formation principles (*ur* or primeval phenomena). With these ideas, Goethe placed himself in the tradition of Aristotle's empirical (based on experience) philosophy of nature, according to which living forms are subject to growth and loss. This philosophy views living forms as historical phenomena, emphasizing aspects of development and process. Thus, Goethe (as well as Aristotle) could be called a forerunner of modern qualitative research strategies (see Harlan, 2002; Mayring, 1986).

Goethe developed his concept of morphology beginning in 1790 in different scientific subjects (anatomy, botany, theory of colors, etc.). He characterized it distinctly in his programmatic introduction *About Morphology*, written in 1817, as the science of „formation and transformation of organic natures" (Goethe, 1954, p. 2).[9] These living organic natures were always regarded both as having/being form and being changeable.

The morphologist attempts to graphically convey the experience of and create a systematic reconstruction of whatever phenomenon or living object is the focus of interest and perception. According to Goethe, theory develops from unmediated vivid experience and is not found behind or beyond the level of phenomena. In the process of perception, we already actively begin to theorize and systematize – or, more to the point, we form, shape, or reorganize. The gestalt concept connects phenomenon, perception, and theoretical reconstruction: All are understood both to be and to have form. In Goethe's (1965) terms, „Gestalt is something that moves, becoming and diminishing. Knowledge of gestalt is the knowledge of metamorphosis" (p. 128). In this definition of the gestalt concept, the developmental approach of morphology becomes clear.

Morphological psychology, established by Wilhelm Salber in the 1950s, takes up this gestalt concept against a background of considerations from gestalt psychology and psychoanalysis. In morphological psychology, the psyche and its essence are conceptualized as a gestalt formation and at the same time as a transitory event between gestalt and transformation. Experience and behavior are functions of this overall process. Within the flow of the reality of formations of the psyche, morphological psychology strives for principles of organization, for blueprints and inherent laws. It attempts to work out the *moving system* of the life of the psyche. The life of the psyche resembles a *traveling figure*[10] (Salber, 1991), a guiding metaphor of morphological psychology. This view attributes to the life of the psyche a special affinity towards the arts. „The marriage of science and art sets a cognitive process in motion where art und science can learn from each other" (Tüpker, 2001, p. 57).

Methodology

The decision to use a specific methodology is based on preconceived notions about the type, composition, and limitations of the object of research. An object with a certain

[8] Original: Einsicht in den Zusammenhang ihres Wesens und Wirkens

[9] Bildung und Umbildung organischer Naturen

[10] Gestalt auf Reisen

prescientific or everyday meaning becomes a scientific object.[11] Using the instruments and procedures of morphological psychology, diverse phenomena are viewed and conceptualized as psychological phenomena, as productions of the psyche. Therefore, the main objective of morphological research is the exploration of psychological processes as they emerge from experience and behavior. One approach involves structural analysis of verbalizations of different (self-) observations. These are then reconstructed in several interrelated hermeneutic steps. The objective in each case is to reconstruct the interplay of those *gestalt factors* or structures of experience involved in the experiential situation under investigation. The psychological event is reconstructed as a dramatic interplay, as an interlocking of several polarities within the process.

The morphological research process unfolds its object suspended between phenomenon and interpretation. A constant shifting of perspectives is characteristic. Every data collection is the result of choosing (and excluding), sorting, or forming. It is motivated by a specific search, a vague pre-knowledge or preconception of the whole. Neither pure facts nor complete objectivity exist. Morphological research always involves reconstruction.

Four Versions or Perspectives

A typical morphological course of research can be demonstrated from four different versions or perspectives that organize the process. The method of the steps is based on the general idea that a psychological wholeness[12] can only be represented (reconstructed) in a sufficiently complete and complex way if it is described repeatedly and from different perspectives. These four perspectives can be equally applied to the therapy process and case descriptions as to the research process in a modified form (for more detail see Tüpker, 2001, pp. 60–70).

Wholeness – Gestalt Logic.

What is seen as a psychological unit or whole is determined through experience on the one hand and scientific investigation (or treatment objectives) on the other. Here, the goal is to discover which stories or images hold the experiences of a given situation together meaningfully, what is the unfolding gestalt of effects and what is the case.

Form Development – Gestalt Construction.

Forms (Gestalten) are structured units. They are made up of parts that are related to each other and to the whole, and they unfold in a dynamic order. This second version tries to work out the system, the inherent order of the individual gestalt of effects, and thus to find some initial explanation for the impact of the whole.

Formation and Reformation – Gestalt Refraction.

The individual gestalts of effects have their own histories, they have precursors, and they affect others. Gestalt refraction alludes to this mutual influencing of gestalts. While observing the developmental aspect of our research subject, we learn of the possibilities for transformation and intervention.

[11] Gegenstandsbildung (formation of the scientific object)

[12] Ganzheit

Interplay/ Cooperation – Gestalt Paradox.

In psychological morphology the gestalt formation is understood as an interplay of factors of the psyche. This interplay always has to cope with polarities and paradoxical circumstances. The fourth version tries to reconstruct phenomena based on a general theory and thus to explain their effects in a way native to the phenomena themselves.

Morphology offers several systems that make this theoretical orientation possible. For research in music therapy, the system of the six gestalt factors (Tüpker, 1988/1996a) and the concept of primary and secondary figuration (e.g., Grootaers, 2001; Weymann, 2004) have been used.

As an illustration of two possible perspectives that morphological research can bring to understanding treatment and research processes, one example of treatment steps and one of research steps are presented below. These are only two of many possible examples of how these perspectives can be applied.

Treatment Steps

As steps or aspects of treatment, the system of the four versions or perspectives can be used on two levels: (a) to help to structure the treatment or to develop a special treatment concept, or (b) to analyze and evaluate a course of treatment after it is completed (as might be done for research purposes). Going through all four steps is the qualitative criterion, with its specific application being based on the individual project that is being researched as well as its general set-up. The treatment steps can be used either to describe the entire development of a treatment or to analyze an individual session.

***Step 1.* Leiden-Können[13] or Treatment Objectives.**

The first treatment step represents treatment objectives and thus corresponds to diagnosis in music therapy. However, whereas in medicine diagnosis and indication formally precede treatment, in psychotherapy they are part of treatment and may develop and change in the course of treatment. The technical term from morphological psychology, Leiden-Können, refers to several things simultaneously. It refers to what the patient complains about as the source of emotional and physical suffering, but also under what circumstances she or he suffers. In the same way, we are interested in the patient's skills, abilities, and resources and in what she or he likes and dislikes.[14] We also go on the assumption that the patient might possibly like what she or he complains about even more than that from which she or he must protect him- or herself through the emotional constructions. All this is explored in both the patient's narrations and the music. In order to do this, the description and reconstruction that are described below may be applied as a diagnostic instrument. Leiden-Können changes within the course of treatment, not just as progress is made in treatment but also as deeper layers of suffering become apparent.

***Step 2.* Methodifying.**

The second treatment step refers on the one hand to the therapist following methodical principles of treatment. On the other hand, we assume that

[13] To suffer, to be able to

[14] The German word leiden not only means to suffer but also to like something. Etymologically it is linked to the meaning of traveling and gaining experience.

patients will follow a method as well in the sense that they treat the treatment situation, the therapeutic relationship, and the music in the same way that they deal with themselves and the world. In this way patients transfer their *method of living* to the treatment situation and also involve the therapist in this event. This is all the more so when the therapist gets involved in the interplay of transference and countertransference. Like modern psychoanalysis, morphological music therapy assumes that it is part of the therapist's methodological task to become empathically involved by being moved. Then, by again acquiring some distance, the therapist's empathy leads to understanding. This understanding may then be communicated to the patient, either symbolically (in music or play) or by means of verbal interpretation. Thus becoming methodological connects the participants and speeds up the development of treatment.

***Step 3.* Changing.** With the concept of *changing* (transformation), we look for changed experiences in treatment, a new viewpoint, a different tone in the music, a new way of expression. Through these, transformation and restructuring within the patient's *method of living* may announce themselves. Such turning points can become evident when connected with an *aha* experience, a sudden insight, a jolt in the psyche. Changes can also take place almost unnoticed and become more evident in retrospect. *Changing* is the internal criterion for the effects of the treatment, such as the effects of therapist's interpretations or of musical interventions. If those elements are missing, we must ask ourselves what must be changed methodologically and why the methodological procedures have not worked so far.

***Step 4.* Implementation.[15]** In the last step we look at the changes that reach beyond the treatment setting: What does the patient put into action in her or his everyday life? What is s/he able to implement? How is s/he able to deal with daily life differently? Part of this is, of course: How do her or his symptoms, complaints, and suffering improve, or how does the treatment improve her or his quality of life?

Methodological Steps: Description and Reconstruction

A scientific procedure called *Description and Reconstruction,* originally developed for analyzing improvisations in music therapy (Tüpker, 1996a), is frequently used. It enables us to focus on the *musical* part of music therapy as the center and starting point for scientific (as well as musical) considerations. Diagnosis and the evaluation of therapy can consequently be done in a music-centered way.

It is our aim to work out the *gestalts of effects* in improvisations. Assuming that their musical structures correspond to those of the psyche, we wish to explore those characteristic patterns in improvisations, which, as psychic structures (*method of living*), are also connected to the patient's disorder or dilemma.

Through these four methodological steps, the above-mentioned versions can be clearly identified. This procedure may be applied to different subjects and contexts of research and is based on the effect of the musical experience. In this regard, it is similar to other

[15] The German word Bewerkstelligen, containing the word Werk, emphasizes the product character of this last step as well as the process.

comparable methodological approaches from the sphere of in-depth hermeneutic procedures (see also Langenberg et al., 1996; Metzner, 2000)

As part of the first step, *experiential descriptions* of the music are made. This is done by a group of trained experts who listen to the audio recording without having any other case information. The subsequent steps are then developed by the researcher, who usually also is the therapist of the case study, along the guidelines of the summarized text.

The four methodological steps (which on the whole perform a hermeneutic spiral), summarized in Table 1, will subsequently be illustrated through excerpts from a case study. (For a detailed example that uses all the steps in a case study see Irle, 1996.)

Table 1

Methodological Steps: Description and Reconstruction

Step	Perspective	Procedure
1	Wholeness	Listening, written descriptions, exchange/discussions of texts, summarized text
2	Internal regulation	Investigation of musical structures, possibly by notating the music
3	Transformation	Comparison with other relevant observations and data from the patient's biography and medical history
4	Reconstruction	Description of the gestalt of effects on a general and a more abstract level (theoretical orientation), e.g., by means of the gestalt factors or the concept of primary and secondary figurations

***Step 1.* Wholeness.** The describers focus their attention on the phenomenon with an unprejudiced attitude and a willingness to be moved by it. They are asked to write notes in a simple and comprehensible language. The descriptions are read aloud and compared with an eye to common factors or differences. The discussion within the describer's group aims at the formulation of a summarized text, which should also inlude possible contradictions and countertendencies and thus often represents something like a formulation of the problem. The following excerpt from the description of one person provides an example:

Something must be done very fast. No pauses. Stillness is dangerous, on and on. I cannot stop. There is a stumbling somewhere inside there. I've got to get away. I'm running, but something always holds me back; shouldn't I rather stay? No, I have no time to linger … almost unbearable longing.

Common to all descriptions was the symptom of restlessness, a restless movement that has no ending and therefore seems without purpose. In a counter-movement, the existence of obstacles is emphasized: stumbling, something holds me back, etc. Everything seems to be kept in suspension, although this becomes almost unbearable. After some discussion the group finally agreed on the following summarized sentence:

Something that's being driven is continuously held up and never arrives. The result is a tormenting suspense.

***Step 2.* Internal Regulation.** Working from the summarized text, we develop questions and follow up with a selective detailed analysis of the music. We investigate relevant examples on the basis of the recording and possibly the notation, as to how the described impression is created in sound. Through this, particular features of the musical structure are worked out. These may then be used as evidence and specification of the experiential gestalt and moreover as an indication of the (subconscious) method of its production. Here, the relationship of part-to-whole is investigated, in the sense of a hermeneutic approach. For example:

How is the impression of suspense achieved, of being driven and at the same time being stopped? What constellation of musical parameters creates the image of not-arriving?

This can be demonstrated in the example through the rhythmic features. From the very beginning, the impression of the unexpected, the unpredictable, is created. The rhythms seem to be put together from many snippets. The first three notes seem to establish the pulse, but the fourth comes too early by comparison. This could be a syncopation, if the connection to the pulse were reestablished at some point. Instead, more breaks follow, but always just missing what is expected, creating an impression of suspense.

***Step 3.* Transformation.** In the third step the research unit is broadened, again along the guideline of the theme gained so far, by including data from other sources: notes from the therapy process, from the case history, the patient's biography, his everyday narrations and dreams. Thereby the picture is enriched but is also corrected. But most of all we discover indications about the importance and the secret meaning of the observed gestalt formation within the patient's life context. Through the variation the structural element is also emphasized. For example:

The patient, a 24-year-old man, suffers from a severe compulsion with obsessive washing and control compulsions. He feels constantly tormented by doubts, rendering him almost completely incapable of making decisions in his daily life. For instance, he cannot just sit down in a chair but hesitates for a while between a standing and a sitting position, as if in suspense. He tries to avoid leaving any traces or feeling impressed by anything.

***Step 4.* Reconstruction.** The reconstruction seeks to lead the gestalt that was found back to basic conditions of emotional life, for instance the interplay of factors of the psyche. Thus, on a structural level, the internal logic of the phenomenon can be represented as a kind of moving pattern from which indications about the patient's subconscious life organization, or about his individual gestalt formation, can be deduced. For example:

The gestalt factors of arrangement and effect do not form a complementary relationship with each other but create a short circuit, as it were. The beginnings of formation are incessantly subjected to sorting procedures; these seem unachievable by any other limiting tendency. Thus, actions are initiated but then inhibited and cannot be completed. At the

same time, the sorting tendency does not unfold because no distinctive gestalt is formed, leading to disorganization.

Relationship to Other Types of Research

The methods resulting from the above-mentioned fundamental ideas of morphology show numerous factors common to other types of qualitative research. These factors include reflexivity, an idiographic approach, and the interpretive paradigm that takes its starting point from the researcher's reflected subjectivity.

Methodologically, the affinity to the hermeneutic approach is particularly noticeable. The postulate of an experiential moving along together[16] with the (living) research object determines a procedural and somewhat phenomenal approach to reality. Through several intermediate steps, this approach approximates the level of theory and thus also the possibility of understanding and explaining the phenomena. Since unconscious determinants are also included, one could also call it an *in-depth hermeneutic* approach in the sense of Lorenzer (1986). A synthesizing basic feature is characteristic of a morphological research process: the search for a context substantiated by analytical working steps. In this we recognize similarities with the heuristic procedures of art, a connection that in morphology is termed *psycho-aesthetics* or an *art-analogous* procedure.

Apart from psychoanalysis and gestalt theory, we also recognize a special affinity with *systemic thought* (Watzlawick, 1976) on the level of models and theories (gestalt factors, versions, part-whole relationship, gestalts, and transformation).

Examples in Music Therapy

Morphological music therapy research includes practical and methodological questions, as well as broader questions that are concerned with music, therapy, health, illness, and society. More specialized areas are classified into (a) individual case and group studies, (b) comparative studies, and (c) music psychology. A selective overview of studies and results to date on the basis of this classification follows.

Individual Case and Group Studies

The morphological scientific procedure Description and Reconstruction, described above, is applied most frequently. There are about 100 examples of this diagnostically oriented research procedure (in some cases as yet unpublished). Almost the whole scope of music therapy is found wherever free improvisation, in the broadest sense, is used. For other areas, some partly modified procedures have been developed (Spliethoff, 1994) and a specially modified form for group analysis may be found in Grootaers (2001). Apart from analysis on the basis of gestalt factors, other reference systems, such as psychoanalytic pathology or developmental psychology (Irle & Müller, 1996), may be chosen for the theoretical orientation. On a pragmatic level, it is possible to apply morphological procedures without fully understanding principles of morphology. This is of special interest because we have found that description itself (included in step 1 of the Description and

[16] Mitbewegung

Reconstruction procedures), even in nonscientific contexts such as supervision or practice-related quality assurance, allows a more in-depth and elucidating view of the individual case, which improves the treatment. The music therapist is thus in the position to make an important contribution to the treatment team toward understanding the patient by translating the results of musical communication with the patient into psychological language.

Naturally the results of such individual case studies can only be summarized in a very general way. The results of these studies allow us to state: Irrespective of the patient's musical background and under certain preconditions with regard to the therapeutic setting, fundamental structures of the psyche can be expressed by improvising with the therapist. These are also related to the patient's disorder or conflict situation. They can be described and objectified by independent observers through their manifestation as musical structures, thus contributing to the comprehensive psychological understanding of the patient by complementing the language-limited approach to patient care.

The method of analyzing the course of treatment presented here (treatment steps) has been used in about 30 case studies or short presentations to verify the sequence of events in treatment. The results differ from case to case because of different treatment conditions that make comparison difficult. Not only do the very diverse reasons for therapy play a role, but external conditions beyond the control of the music therapist also make a difference. These include such factors as financial restrictions on treatment, legal restrictions on outpatient music therapy, and a lack of options for patients. We can state, though, that in those music therapy treatments that were not too heavily restricted by exterior conditions, a complete cycle of the four steps of treatment was achieved, which methodologically could be considered a successful treatment. Individually, the respective preconditions are too diverse for us to formulate an overall result. One exception is the study by Grootaers (2001) in which 13 individual and 2 group studies in psychosomatic care, based on the four treatment steps, show in detail the success of a music therapy treatment in favorable and comparable inpatient conditions. There the relevant turning figure is worked out for every patient individually, so that the success of the treatment is oriented toward and measured by the individual patient's method of living, disorder, and living situation.

Comparative Studies

Comparative studies include papers in which morphological methods themselves are reviewed and further developed by means of comparative observation.

In one study (Mömesheim, 1999), the 171 texts created through Description and Reconstruction procedures were investigated using methods from literary studies. The researcher developed criteria for text analysis that were then used for further comparative research. She found that in all 26 descriptions there was a verifiable connection between the established gestalt of effects of the improvisation (research step 1) and the musical formation of forms (step 2). In addition, the researcher made detailed recommendations as to the formulation of the gestalt of effects as well as the development of the gestalt formation. These recommendations were made on the basis of qualitative differences within the comprehensibility of individual contexts, the summary generalization, and internal regulation.

Hülsmann (2002) compared two morphological descriptive procedures, one with an external group of describers (Tüpker, 1988/1996a) and the other with a description by patients (Grootaers, 2001), on the basis of examples of music in group music therapy. Certain clearly discernable common factors emerge; these are regarded as proof of the validity of both procedures. The obvious differences may be psychologically explained on the grounds of individual perspectives (self-involvement/distance, awareness/lack of awareness of temporal developments, and other events in the group) and constitute a supplementary relationship.

Another group of studies includes studies in which patients' initial improvisations are compared to comparable diagnoses in terms of their psychological gestalts of effects and their musical gestalt formation. To this date, comparative studies of patients with chronic pain (Krapf, 2001; Tüpker, 2002, pp. 56–67), borderline personality disorder (Tönnies, 2002), and anorexia (Erhardt, 2003; Kang-Ritter, 2003) are available. To varying degrees, common factors were demonstrated in the way these groups of patients expressed themselves. For instance, many more common factors emerged with patients with pain than with those with borderline personality disorder or anorexia. However, new insights were gained about the understanding of these disorders as well as some clues for music therapy treatment.

On the basis of the four treatment steps, Haubitz (1999) compared the development of two group treatments with depressive patients. In the music, as well as in transference and countertransference, the differences between one group of patients with more neuroses and another group with psychoses were clearly observed.

Other issues are worked out in comparative studies that relate to general aspects of treatment. Methodologically, these studies overlap to some degree with the aforementioned area. Based on interviews, Mönter (1998) compared the proportions of verbal conversations in music therapy and systematized the results using the four versions (based on 12 explorative expert interviews). Music therapy publications are the subject of two other comparative studies investigating the beginning (Krückeberg, 2000) and the ending (Stihl, 2000) of music therapy treatment. Wältring-Mertens (1999) compared 40 case histories based on the question of the practical significance of music in music therapy with children. This study shows a multitude of music-related event forms, emphasizing flexibility and openness as characteristic features of music therapy with children.

Music Psychology

By means of the methodological evaluation of qualitative interviews (in-depth interviews, explorative expert interviews) and other qualitative interview methods (e.g., semi-structured questionnaires), general questions related to music therapy such as the experience of music therapy supervision (Schmutte, 2002; Tüpker, 1996b) can be explored, as well as basic issues about the psychology of musical experience and activity outside of the therapy context. Studies to date are concerned with questions of improvisation (Domnich, 1995; Leikert, 1990; Weymann, 2004), singing (Wachwitz-Homering, 1993), the relationship between player and instrument (Meyer, 1992), or practicing an instrument (West, 1992). There are no clear-cut differences between those papers with a morphological orientation and other related psychological approaches.

As one example, we will examine more closely the dissertation of Weymann (2004). It deals with the question of „how life's work and the activity of improvisation are related to one

another. How does the method of living manifest in dealing with improvisation? How does this indicate specific characteristics and implications of the improvisation activity?" (p. 53). For this purpose, 12 in-depth interviews were conducted with musicians in whose lives improvisation plays an emotionally significant role. The basic conditions were first worked out individually. These may be described as different forms of a polarity around the central theme of transformation versus identity (p. 192). As soon as the transformation became evident as the primary figuration (in the form of: stimulating, dissolving, delimiting, shifting, going beyond, letting go, being swept along in an intoxicated way, united/going beyond one's own space, rough/unfinished), the opposite pole appeared in the secondary figuration (as anchoring, unifying, securing, framing, integrating, controlling, being opposite, different, developed/elaborated; pp. 189–191). By contrast, in a second group, aspects of finding one's identity through improvisation were initially emphasized with these words: assertion, alone, finding oneself. Here too, the opposite pole appeared in the secondary figuration (canceling, united, sharing).

The final typical solutions that were worked out with regard to the established polarity in the sense of a self-treatment through music „represent (…) examples in the sense of pre-images or prototypes which may serve as guideposts for the concrete gestalt formation in real-life practice of music therapy" (Weymann, 2004, p. 207).

REFERENCES

Domnich, C. (1995). *Untersuchung zur freien musikalischen Improvisation als Gestaltungsversuch des Seelischen* [An exploration of free music improvisation as emotional gestalt]. Unpublished music therapy diploma thesis, Münster University, Münster, Germany.

Erhardt, C. (2003). *Hunger nach Weniger. Vergleichende Untersuchung musiktherapeutischer Erstimprovisationen magersüchtiger Patienten* [The hunger for less: A comparison of initial improvisations of anorexic patients in music therapy]. Unpublished music therapy diploma thesis, Münster University, Münster.

Goethe, J. W. von (1954). Bildung und Umbildung organischer Naturen. Die Schriften zur Naturwissenschaft (Leopoldina-Ausgabe). Erste Abteilung, Band 9 [Formation and transformation of organic natures. Writings on natural science (Leopoldina Edition). 1st section, Vol. 9]. Weimar, Germany: Böhlau.

Goethe, J. W. von (1965). Die Schriften zur Naturwissenschaft (Leopoldina-Ausgabe). Erste Abteilung, Band 10 [Writings on natural sciences (Leopoldina Edition). 1st section, Vol. 10]. Weimar: Böhlau.

Grootaers, F. G. (2001). *Bilder behandeln Bilder: Musiktherapie als angewandte Morphologie* [Images treat images: Music therapy as applied morphologie]. Münster: Lit-Verlag.

Harlan, V. (2002). *Das Bild der Pflanze in Wissenschaft und Kunst* [The image of plants in science and art]. Stuttgart, Germany: Mayer.

Haubitz, S. (1999). *Vergleichende Untersuchung zweier Musiktherapiegruppen in der Psychiatrie* [Comparative study of two music therapy groups in psychiatry]. Unpublished music therapy diploma thesis, Münster University, Münster.

Hülsmann, M. (2002). *Vergleichende Untersuchung von zwei morphologischen Beschreibungsverfahren* [Comparative study of two morphological descriptive processes]. Unpublished music therapy diploma thesis, Münster University, Münster.

Irle, B. (1996). Der Spielraum Musiktherapie als Ergänzung des padagogischen Auftrages in einem Internat [The music therapy playroom as an educational augmentation in boarding school]. In

B. Irle & I. Müller (Eds.), *Raum zum Spielen—Raum zum Verstehen. Musiktherapie mit Kindern* (pp. 10–102). Münster: Lit-Verlag.

Irle, B., & Müller, I. (1996). *Raum zum Spielen—Raum zum Verstehen. Musiktherapie mit Kindern* [Room to play—room to understand. Music therapy with children]. Münster: Lit-Verlag.

Kang-Ritter, A. (2003). *Musiktherapie mit essgestörten Kindern und Jugendlichen. Eine vergleichende Untersuchung von Beschreibungstexten musiktherapeutischer Improvisationen* [Music therapy for children with eating disorders: A comparative study of descriptions of initial improvisations in music therapy]. Unpublished music therapy diploma thesis, Münster University, Münster.

Krapf, J. M. (2001). *Auf den Schmerz hören. Vergleichende Untersuchung der musikalischen Erstimprovisationen von chronischen Schmerzpatienten* [Listening to the pain: A comparative study of initial music improvisations by patients with chronic pain]. Unpublished music therapy diploma thesis, Münster University, Münster.

Krückeberg, W. (2000). *Zum Beginn musiktherapeutischer Behandlungen* [Beginning music therapy treatment]. Unpublished music therapy diploma thesis, Münster University, Münster.

Langenberg, M., Frommer, J., & Langenbach, M. (1996). Fusion and separation: Experiencing opposites in music, music therapy, and music therapy research. In M. Langenberg, K. Aigen, & J. Frommer (Eds.). *Qualitative music therapy research: Beginning dialogues* (pp. 131–160). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

Leikert, S. (1990) Die Lust am Zuviel – Der Wirkungsraum der Instrumentalimprovisation [The pleasure in overabundance – The „effect area" of instrumental improvisation]. *Zwischenschritte, 2,* 27–39.

Lorenzer, A. (1986). Tiefenhermeneutische Kulturanalyse [In-depth hermeneutic cultural analysis]. In A. Lorenzer (Ed.), *Kultur-Analysen* (pp. 11–98). Frankfurt, Germany: Suhrkamp.

Mayring, P. (1986). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* [An introduction to qualitative social research] (2nd ed.). Weinheim, Germany: Beltz.

Meyer, B. (1992). *Instrument und MusikerIn – Psychologische Aspekte einer Beziehung* [Instrument and musician: Psychological aspects of a relationship]. Unpublished music therapy diploma thesis, Münster University, Münster.

Metzner, S. (2000). Ein Traum: Eine fremde Sprache kennen, ohne sie zu verstehen. Zur Evaluation von Gruppenimprovisationen [A dream: to know a foreign language, without understanding it. Evaluating group improvisations]. *Musiktherapeutische Umschau, 21,* 234–247.

Mömesheim, E. (1999). *„Wer verschweigt das letzte Wort?" – Vergleichende Untersuchung von Beschreibungstexten aus der Morphologischen Musiktherapie* [Who conceals the last word? A comparative study of descriptive texts in morphological music therapy]. Unpublished music therapy diploma thesis, Münster University, Münster.

Mönter, U. (1998). *Das Gespräch in der Musiktherapie* [Discussion in music therapy]. *Musiktherapeutische Umschau, 21,* 5–22.

Salber, W. (1969). *Wirkungseinheiten* [Effect units]. Cologne, Germany: Moll und Hülser.

Salber, W. (1991). *Gestalt auf Reisen* [Traveling figure]. Bonn: Bouvier.

Schmutte, M. (2002). *Supervision in der Musiktherapie – Erlebensweisen, Erfahrungen und Einschätzungen von Supervisanden* [Supervision in music therapy: Experiences and estimations of supervisors]. Unpublished music therapy diploma thesis, Münster University, Münster.

Spliethoff, G. (1994). *Untersuchung seelischer Gestaltbildungen auf dem Hintergrund musiktherapeutischer Erfahrungen mit geistig Behinderten* [An exploration of emotional gestalt formations on the background of music therapy experiences with the mentally handicapped]. Unpublished music therapy diploma thesis, Münster University, Münster.

Stihl, C. (2000). *Die letzte Musiktherapiestunde – Abschied und neuer Anfang* [The last music therapy session: closure and new beginning]. Unpublished music therapy diploma thesis, Münster University, Münster.

Tönnies, F. (2002). *Erstimprovisationen von Borderline-Patienten. Eine vergleichende musikalisch-psychologische Untersuchung* [Initial improvisations of borderline patients. A comparative music-psychological exploration]. Unpublished music therapy diploma thesis, Münster University, Münster.

Tüpker, R. (1996a). *Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie* [I sing what I cannot say. A morphological foundation of music therapy] (2nd ed.). Münster: Lit-Verlag. (1st edition published 1988).

Tüpker, R. (1996b). Supervision als Unterrichtsfach in der musiktherapeutischen Ausbildung [Supervision as a course in music therapy education]. *Musiktherapeutische Umschau, 17,* 242–251.

Tüpker, R. (2001). Morphologisch orientierte Musiktherapie [Morphologically oriented music therapy]. In H-H. Decker-Voigt (Ed.). *Schulen der Musiktherapie*, 55–77. Munich, Germany: E. Reinhardt.

Tüpker, R. (2002). Forschen oder Heilen. Kritische Betrachtungen zum herrschenden Forschungsparadigma [To research or to heal. Critical observations of the dominant research paradigm]. In P. Petersen (Ed.), *Forschungsmethoden künstlerischer Therapien* (pp. 33–68). Stuttgart: Mayer

Tüpker, R. (2004). Morphological Music Therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, *13*, 82–92.

Wachwitz-Homering, (1993). *Untersuchung zur Wirkungseinheit des Singens* [An exploration of the „effect unit" of singing]. Unpublished music therapy diploma thesis, Münster University, Münster.

Wältring-Mertens, B. (1999). *Zur Bedeutung der Musik in der Musiktherapie mit Kindern* [The meaning of music in music therapy with children]. Unpublished music therapy diploma thesis, Münster University, Münster.

Watzlawick, P. (1976). *Wie wirklich ist die Wirklichkeit? Wahn – Täuschung – Verstehen* [How real is reality? Illusion – deception – understanding]. Munich: Piper.

Weymann, E. (2000a). Sensitive suspense: Experiences in musical improvisation. *Nordic Journal of Music Therapy*, *9*, 38-45.

Weymann, E. (2000b). Indications of the new: Improvisation as a means of inquiry and as an object of research. *Nordic Journal of Music Therapy*, *9*, 55–66.

Weymann, E. (2004). *Zwischentöne. Psychologische Untersuchungen zur musikalischen Improvisation* [Intermediate tones. Psychological explorations of music improvisations]. Gießen, Germany: Psychosozial Verlag.

West, U. (1992). *Psychologische Untersuchung über Einübungsprozesse beim Musizieren* [A psychological exploration of practice processes in making music]. Unpublished diploma thesis, Cologne University, Cologne.

Acknowledgments

This chapter was translated by Susanne Albrecht. The Editor wishes to thank Douglas Keith for additional assistance with translation.

Rosemarie Tüpker

Musiktherapie in Praxis, Forschung und Lehre

Schriften zur Habilitation
Dortmund 2005

BAND 1 BEITRÄGE ZUR PSYCHOLOGIE DER MUSIKTHERAPIE

BAND 2 BEITRÄGE ZUR THEORIE UND PRAXEOLOGIE DER MUSIKTHERAPIE

BAND 3 BEITRÄGE ZU FORSCHUNGSMETHODIK UND WISSENSCHAFTSTHEORIE

BAND 4 BEITRÄGE ZUR LEHRE

BAND 5 LEXIKONARTIKEL

BAND 1

BEITRÄGE ZUR PSYCHOLOGIE DER MUSIK

1.1 **Musik – eine Zaubermacht? Kritische Untersuchung zur Bedeutung der Musik im Märchen** 5
Musiktherapeutische Umschau Band 20/3, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1999, 23-248

1.2 **Zum Musikbegriff der musiktherapeutischen Improvisation** 21
In: Einblicke, Heft 12, 2001, 44-69

1.3 **Wo ist die Musik, wenn wir sie nicht hören?** 43
In: Oberhoff, B. (Hg.): Das Unbewusste in der Musik. Psychosozial-Verlag, Gießen 2002, 75-102

1.4 **Selbstpsychologie und Musiktherapie** 64
In: Oberhoff, B. (Hg.): Die Musik als Geliebte. Psychosozial-Verlag, Gießen 2003, 99-138

1.5 **Musikhören als Gestalt** 95
Zur Veröffentlichung angenommen in: Frohne-Hagemann (Hg.): Theorie und Praxis der Rezeptiven Musiktherapie, L. Reichert Verlag, Wiesbaden 2004

BAND 2

BEITRÄGE ZUR THEORIE UND PRAXEOLOGIE DER MUSIKTHERAPIE

2.1 **Musiktherapie in der Psychosomatik** 5
In: Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift, Heft 10/1990, Kohlhammer, Stuttgart 1990, 730-733

2.2 **Vergewaltigung und sexueller Mißbrauch. Kein Thema für die Musiktherapie?** 11
In: Einblicke, Heft 2, Deutscher Berufsverband der Musiktherapeuten, Berlin 1990, 52-66

2.3 **Musik und Sprache als Mittel in psychologischer Behandlung und Forschung** 25
In: Spielen und Sprechen in der Musiktherapie. Materialien zur Musiktherapie und Morphologie, Heft 5, IMM, Zwesten 1992, 7-44

2.4 **Zur Bedeutung künstlerischer Formenbildung in der Musiktherapie** 48
In: Spiele der Seele. Hrsg.: H.-H. Decker-Voigt, Trialog-Verlag, Bremen 1992, 121-144

2.5 **Musiktherapie: Hören und Verstehen** 66
In: Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Hrsg.: Petersen/Fevers-Schorre/ Schwerdtfeger. Springer, Berlin/ Heidelberg/New York 1993, 105-112

2.6 **Blickpunkt Musiktherapie: Tötungsphantasien heute und 'Euthanasie' im 'Dritten Reich'** 75
In: Vor 50 Jahren … Gedenkveranstaltungen der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster zum 8. Mai 1945. Hrsg.: Ruth-Elisabeth Mohrmann, LIT Verlag, Münster 1996, 101-119

2.7 **Nichts ist ohne Grund. Musiktherapie bei funktionellen Störungen** 89
In: Tüpker, R. (Hg) Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis LIT Verlag, Münster 1996, 8-37

2.8 **Musiktherapie als Erweiterung des Behandlungsangebotes oder: Warum braucht die Psychiatrie die Kunst?** 111
In: ′therapie kreativ′. Zeitschrift für kreative Sozial- und Psychotherapie, Heft 21. Affenkönig-Verlag, Neukirchen-Vluyn 1998, 3-23

2.9 **Morphologisch orientierte Musiktherapie** 127
In: Schulen der Musiktherapie. Hrsg. Hans-Helmut Decker-Voigt, Ernst Reinhard Verlag, München/Basel 2001, 55-77

2.10 **Musik bis ins hohe Alter** 146
In: Musik bis ins hohe Alter. Fortführung, Neubeginn, Therapie (Hg. mit Hans Hermann Wickel), LIT Verlag, Münster 2001, 6-19

2.11 **Musiktherapeutische Konzepte mit alten Menschen** 156
In: Musik bis ins hohe Alter. Fortführung, Neubeginn, Therapie (Hg. mit Hans Hermann Wickel), LIT Verlag, Münster 2001, 87-142

2.12 **Einigung in Differenz. Zum Behandlungsauftrag der Musiktherapie** 194
In Einblicke, Heft 14, Berlin 2003, 124-140

BAND 3

BEITRÄGE ZU FORSCHUNGSMETHODIK UND WISSENSCHAFTSTHEORIE

3.1 **Wissenschaftlichkeit in kunsttherapeutischer Forschung** **5**
In: Musiktherapeutische Umschau 1990 Band 11/1 Bochinsky Verlag, 11-20. Sowie mit dem Titel „Auf der Suche nach angemessenen Formen wissenschaftlichen Vorgehens in kunsttherapeutischer Forschung“ in: Ansätze kunsttherapeutischer Forschung. Hrsg. P. Petersen, Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg/New York 1990, 71-86 (Neuauflage in Petersen 2002)

3.2 **Leitfaden zur Protokollierung musiktherapeutischer Behandlungen** **18**
In: Einblicke, Heft 4, Deutscher Berufsverband der Musiktherapeuten, Berlin 1993, 43-67

3.3 **Forschen oder Heilen. Kritische Betrachtungen zum herrschenden Forschungsparadigma** **50**
In: Peter Petersen (Hg.): Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Mayer Verlag, Stuttgart 2002, 34-72

3.4 **Morphological Research** (mit Eckhard Weymann) **79**
Zur Veröffentlichung vorgesehen in: Barbara Wheeler: Music Therapy Research, 2 nd edition

BAND 4

BEITRÄGE ZUR LEHRE

4.1 **Supervision im Erleben von Studierenden der Musiktherapie** **5**
In: Einblicke, Heft 7, Deutscher Berufsverband der Musiktherapeuten, Berlin 1996, 53-80

4.2 **Supervision als Unterrichtsfach in der musiktherapeutischen Ausbildung** **33**
In: Musiktherapeutische Umschau 3-4/Band 17, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen/ Zürich 1996, 242-251

4.3 **Reflexion seelischer Verhältnisse in der musikalischen Improvisation** **41**
In: Wege zur musiktherapeutischen Improvisation. (Hrsg. mit Martin Lenz), LIT Verlag, Münster 1998, 135-203

4.4 **Lehrmusiktherapie im veränderten Berufsfeld** **87**
In: Musiktherapeutische Umschau 2/Band 20, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen/Zürich 1999, 114-122

BAND 5

LEXIKONARTIKEL

5.1 **„Musiktherapie“** (mit Manfred Kühn) **5**
In: Bühring/Kemper (Hg.): Naturheilverfahren und unkonventionelle medizinische Richtungen. Loseblattsammlung 9, 1-20, Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg/New-York, 1997

5.2 In: Decker-Voigt (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen 1996, zu den Stichworten
"Leiden-Können" (ebd. S. 194-197) **18**
"Methodisch-Werden" (ebd. S. 217-220) **20**
"Anders-Werden" (ebd. S. 13-15) **22**
"Bewerkstelligen" (ebd. S. 65-67) **24**

5.3 **"Forschungsmethodik"** (ebd. S. 102-104) **27**

5.4 **"Sexueller Mißbrauch"** (ebd. S. 336-339) **30**

BAND

4

BEITRÄGE ZUR LEHRE

ZEITSCHRITEN-ARTIKEL

4.1

Supervision im Erleben von Studierenden der Musiktherapie[1]

Vorbemerkungen

Seit 5 Jahren biete ich im Rahmen meiner Lehrtätigkeit an der Universität Münster Supervision für Studierende des Diplom-Studienganges Musiktherapie an. Gerade im Vergleich mit vielen anderen Erfahrungen als Supervisantin[2] und Supervisorin wird dabei deutlich, daß Supervision *als Lehrveranstaltung einer universitären Therapieausbildung* besondere Rahmenbedingungen schafft und spezifischen Bedingungen unterliegt, die sich auf Inhalte und vor allem das Beziehungsgeschehen in der Supervision auswirken.

Dieser speziellen Thematik wird ein Aufsatz im Rahmen eines Heftes der Musiktherapeutischen Umschau zum Themenschwerpunkt Supervision gewidmet sein. (TÜPKER: „Supervision als Unterrichtsfach in der musiktherapeutischen Ausbildung", vorauss. Heft 3, 1996) Zur Vorbereitung dieses Artikels führte ich eine Befragung der Studierenden durch, die sich als so ergiebig erwies, daß eine angemessene Darstellung dieser Untersuchung im vorgegebenen Rahmen nicht möglich war, so daß sie nun hier – *wiederum passend zur Thematik des vorliegenden Einblicke-Heftes „Identität"* – ergänzend zu jenem Artikel dargestellt werden soll. Meine Ausführungen werden sich daher weitgehend auf die durchgeführte Untersuchung selbst beschränken und das Erleben und die fachliche Einschätzung der Studierenden und ehemaligen Studierenden in den Mittelpunkt stellen. Daß die Thematik auch damit nicht ausgeschöpft ist, zeigt sich darin, daß in beiden Artikeln auf eine explizite Einbeziehung der Frage nach den speziellen sich einstellenden Übertragungs- und Gegenübertragungskonstellationen verzichtet wurde (Daß dies noch einmal einer eigenen Betrachtung wert wäre, zeigt z.B. die Abhandlung von ARNO VON BLARER, 1994)

Da auch die staatlichen Musiktherapieausbildungen untereinander noch einmal verschiedene Rahmenbedingungen aufweisen, möchte ich vorweg einige kurze Informationen zur Studiensituation in Münster geben. Das Studium ist ein Vollzeitstudium und von der äußeren Form her wie ein übliches Universitätsstudium organisiert. Es bestehen keine festen Studiengruppen, sondern die Studierenden können (und müssen) sich im Rahmen der Prüfungs- und Studienordnung ihren Studienplan aus dem Angebot

---

[1] In: Einblicke, Heft 7, Deutscher Berufsverband der Musiktherapeuten, Berlin 1996, 53-80

[2] Ich übernehme hier die Schreibweise von ARNO VON BLARER (1994), die im Sinne Lacans darauf aufmerksam machen soll, daß man sich mit der Inanspruchnahme von Supervision nicht zum Objekt der Supervision macht (einer zu Supervidierenden), sondern – wie die Supervisorin auch – handelndes Subjekt des gemeinsamen Werkes Supervision ist.

der musiktherapeutischen, psychologischen, musikpsychologischen und medizinischen Veranstaltungen selbst zusammenstellen. Darüberhinaus können sie auch andere Fachangebote der Universität nutzen. Die Aufnahme des Studiums ist jedes Semester möglich. Bis auf die Mindeststudienzeit von 4 Semestern ist auch die Studienzeit nicht festgelegt, sie liegt im Durchschnitt bei eher 6 bis 7 Semestern. Das Studium ist kostenlos. Die musiktherapeutische Selbsterfahrung im Sinne der Lehrtherapie muß allerdings selbst finanziert werden und findet außerhalb der Studienzusammenhänge statt. Sie ist bisher nicht obligatorisch, wird aber früher oder später von den meisten Studierenden in Anspruch genommen.

Die Zulassungsvoraussetzung für den Zusatzstudiengang Musiktherapie ist ein 1. Staatsexamen als Musiklehrer/in. Von diesem Aspekt her handelt es sich bei den Studierenden um eine relativ homogene Gruppe, was nicht nur in bezug auf die notwendigen Fachangebote allgemein, sondern auch in der Supervision eine entscheidende Rolle spielt. Die Aufgabenstellung ließe sich dahingehend formulieren, den Studierenden eine Entwicklungsbewegung zu ermöglichen, in der sich ihr Wissen, ihr praktisches Können und ihre Seherfahrungen und Denkstrukturen so umwandeln können, daß aus MusiklehrerInnen MusiktherapeutInnen werden. Diese Homogenität wird allerdings nicht nur durch die verschiedenen Individualitäten kontrapunktiert, sondern auch durch deutliche Altersunterschiede und die damit verbundenen Unterschiede in der Lebenserfahrung (Berufstätigkeit, Kinder etc.) Heterogen ist die Supervisionsgruppe auch hinsichtlich der individuellen Unterschiede im Fortschritt in der therapeutischen Selbst- und Praxiserfahrung.

Die von mir angebotene fallbezogene Supervision findet im zeitlichen und organisatorischen Rahmen einer Seminarveranstaltung statt, d.h es stehen der Gruppe anderthalb Zeitstunden zur Verfügung, die Gruppenzusammensetzung wechselt im Semesterturnus. Die Teilnahme an der Veranstaltung ist nicht obligatorisch, ein Besuch über den Zeitraum mehrerer Semester möglich. Voraussetzung für die Teilnahme ist die aktuelle Möglichkeit und Bereitschaft, Fälle und/oder andere Aspekte aus Praktikumssituationen oder häufig auch schon bestehenden kleineren musiktherapeutischen Arbeitsverhältnissen vorzustellen. Auf eine genauere Eingrenzung der in der Supervision behandelten Gegenstände und der Arbeitsweisen soll hier verzichtet werden, da sie anhand der Texte der Studierenden später ausreichend deutlich werden wird.

Die untersuchte Fragestellung ließe sich verkürzt so formulieren: welchen Wert hat die Supervision als Unterrichtsfach im Rahmen einer universitären musiktherapeutischen Ausbildung? Worin liegen die Vorteile und Konflikte dieses speziellen Settings? Sind diese Konflikte so handhabbar, daß aus der Sicht und dem Erleben der Studierenden der Gewinn dieser Veranstaltung mögliche Probleme überwiegt, und welche methodischen Gesichtspunkte sind dabei zu berücksichtigen?

Zu einem ersten Überblick über die Auffächerung dieser Fragestellung möchte ich auf den Fragebogen selbst verweisen, der zusammen mit dem Anschreiben am Schluß dieses Artikels abgedruckt ist.

Durchführung und Auswertung der Befragung

Der Fragebogen selbst wurde nach Vorüberlegungen gestaltet, die von den Inhalten und Zielen des Ausbildungsfaches Supervision ausgingen und versuchten, das besondere Spannungsfeld dieses Faches (vgl. den zugehörigen Artikel in der MU) zu eruieren. Er

sollte die Befragten zu möglichst eigenständigen Überlegungen anregen, sowie eine persönliche Stellungnahme herausfordern. Die Vorformulierungen in den Fragen sollten dazu dienen, die Thematik zu präzisieren und Gesichtspunkte betonen, die erwartungsgemäß als problematisch anzusehen sind, (wie z.B. in den Fragen 3, 4, 5 und 10,) um eine *kritische* Reflexion anzuregen. Als Punkt 11 wurde zusätzlich dazu aufgefordert, weitere – in den Fragen übersehene Überlegungen – auszuführen. Die Möglichkeit, den Fragevorgaben nicht zu folgen (s. Anschreiben) wurde angeboten, um auch diejenigen einzubinden, die ungern Fragebögen beantworten, (wie dies häufiger gerade von unserer Berufsgruppe behauptet wird, wovon aber in diesem Fall niemand Gebrauch machte). Weitere methodische Vorüberlegungen zu einzelnen Fragen werden im Rahmen der Auswertung, die sich an den Fragen entlang bewegen wird, jeweils vorangestellt, um den LeserInnen den inhaltlichen Bezug zu erleichtern.

Die Befragung erfolgte nicht anonym, da sie sich auf eine Zusammenarbeit zwischen der Untersucherin und den Befragten bezieht und u.a. auch nach konkreten Situationen der gemeinsamen Arbeit gefragt wird. Die AutorInnen der Antworttexte mußten daher m.E. davon ausgehen, daß ich als Leserin dieser Texte auf die Autorenschaft rückschließen kann, so daß es mir gerade auch im Sinne der Klarheit der Arbeitsbeziehungen richtiger erschien, diese Tatsache offen zu handhaben. Bei der Einschätzung der Ergebnisse ist daher zu berücksichtigen, daß es sich um Antworten handelt, die stärker *in* einer Beziehung gegeben wurden als dies bei anonymen Befragungen üblich ist. Jede Vermutung, ob dies die Antworten in eine bestimmten Richtung beeinflußt hat, muß notwendigerweise spekulativ bleiben, so daß hier auf dererlei Überlegungen verzichtet werden soll.

Den Fragebogen erhielten alle derzeitigen und ehemaligen Studierenden, die seit Bestehen der Supervision als Gruppenveranstaltung mindestens ein Semester regelmäßig teilgenommen hatten. Das waren insgesamt 33 Personen, von denen knapp die Hälfte sich noch im Studium befand. Auf das erste Anschreiben vom Mai 1995 hin antworteten zunächst 16 Befragte, nach einem weiteren Anschreiben (2. Befragungswelle: Ende August 1995) noch einmal 8 weitere.Von den verbleibenden 9 Befragten waren:

- eine ehemalige Studierende unbekannt verzogen.
- 4 meldeten sich kurz und teilten die Gründe für das Nicht-Antworten mit (dreimal: derzeitige Überlastung, einmal Abbruch des Studiums).
- 4 Befragte antworteten nicht

Die Rücklaufquote von insgesamt 24 von 33 Befragten (bei 2 Befragungswellen) kann mit knapp 73% als sehr gut bezeichnet werden (vgl. FRIEDRICHS 1980, S.241ff). Da es hinsichtlich der 1. und 2. Befragungswelle inhaltlich keinerlei erkennbare Unterschiede in der Antworttendenz gab, wird in der Auswertung nicht weiter zwischen der 1. und 2. Befragungswelle unterschieden.

Von den 24 Befragten, die geantwortet haben, befanden sich 13 noch im Studium, 11 nicht mehr. Eine Unterscheidung zwischen aktuell und ehemals Studierenden war in den Antworttendenzen nicht erkennbar, so daß in der Auswertung nur in einigen Punkten, in denen diese Unterscheidung relevant erscheint, explizit zwischen diesen beiden Gruppen unterschieden wird.

Die Auswertung der Antworten nach dem ersten Lesen aller Texte mußte berücksichtigen, daß das Antwortverhalten angesichts der offen gehaltenen Fragen und Vorgaben bezüglich

des Antwortens (z.B. nicht auf alle Fragen antworten zu müssen oder auch einen ganz freien Text einreichen zu können) sehr unterschiedlich war. Dies gilt auch für die Länge und Ausführlichkeit der Texte, die von einer Seite bis zu vierzehn Seiten reicht. (Der Mittelwert lag bei 3 1/2 Seiten, bei einer Standardabweichung von 2,66). **Insgesamt lagen 85 Seiten Text vor.** Niemand hatte die ganz freie Form des Antwortens gewählt, die meisten hatten den gestellten Fragerahmen eingehalten, einige hatten einige Fragen zusammengefaßt oder einzelne Frage ausgelassen und weitere Gedanken unter dem offenen Punkt 11 angefügt. Unterschiede gab es natürlich auch hinsichtlich der Differenziertheit und Konkretheit der Ausführungen. Als Tendenz war erkennbar, daß entweder eine längere Teilnahme an der Supervision oder die Aktualität zu einem ausführlicheren und genaueren Antwortverhalten führten.

Die nachfolgende Darstellung der Auswertung folgt den Punkten des Fragebogens. Dabei wurden die Antworten der Studierenden – insofern dies inhaltlich notwendig war – den Fragen entsprechend zugeordnet. Ebenso wurden Gesichtspunkte, die – oft auch als eine Zusammenfassung oder nochmalige Betonung – unter Punkte 11 ausgeführt wurden, den entsprechenden Themenbereichen zugeordnet.

Vom Typus her handelt es sich zum einen um eine **explorative Untersuchung**, bei der qualitative Gesichtspunkte, nämlich die eigenständige Darstellung des Erlebens, der Einschätzung und der Bewertung durch die ‚Betroffenen' im Mittelpunkt standen. Statistische Gesichtspunkte und die Frage der Repräsentanz der Ergebnisse spielen nur bei einigen wenigen Fragen eine Rolle. Soweit dies der Fall ist, werden sie unter den entsprechenden Fragepunkten jeweils gesondert berücksichtigt.

In bezug auf den Personenkreis der Befragten handelt es sich zugleich um eine **Expertenbefragung**, die sich an die Befragten nicht nur als 'Betroffene' wendet, sondern auch als Fachleute, als KollegInnen oder werdende MusiktherapeutInnen, so daß zu erwarten war, daß sie auch ihre Meinung und Position als ExpertInnen zu musiktherapeutischen Fachfragen äußern würden.

> Deshalb wird hier zumeist auch unter Angabe der Autorenschaft zitiert. Die AutorInnen werden dann *nicht* namentlich erwähnt, wenn sie im Fragebogen angaben, lieber anonym zitiert zu werden oder wenn es sich nur um kürzere Zitate handelt, die eher stichwortartig aufgelistet werden und wenn es sich um Beschreibungen handelt, die so persönlicher Natur sind, daß mir – trotz der generellen Zusage zum namentlichen Zitieren – die Anonymität zum Schutz der Betroffenen sinnvoller erschien. (Da mir dies erst während der Auswertung auffiel, mußte ich hier etwas eigenmächtig entscheiden und konnte nur einige Studierende kurz um eine Rückmeldung bitten, ob sie eine solche Entscheidung richtig fänden, was der Fall war.) Bei allen im Text in Zitatzeichen gesetzten Abschnitten oder auch einzelnen Begriffen handelt es sich um wörtliche Zitate aus den Antworttexten.

Vor diesem Hintergrund wurde folgendes methodische Vorgehen bei der Auswertung gewählt: Zunächst wurden alle Texte einzeln gelesen, um in dieser ‚vertikalen' Lesart dem Gedankengang und Textaufbau der einzelnen AutorInnen zu folgen. Dann wurden die jeweiligen Antworten in horizontaler Lesart (quer zu den Originaltexten entlang der einzelnen Fragen) durchgegangen, inhaltlich verglichen, und es wurden **Haupttendenzen** der Antworten herausgearbeitet. Dabei wurden jeweils auch die thematisch zugehörigen Textteile berücksichtigt, die in den Originaltexten unter anderen Gesichtspunkten ausgeführt wurden. Dies gilt auch für die offene Ergänzungsmöglichkeit unter Punkt 11, da hier keine thematisch nicht zuzuordnenden Gesichtspunkte auftauchten. Anschließend

wurden alle Anworten in der horizontalen Lesart noch einmal gesondert auf markante **Abweichungen, gegensätzliche Aussagen und zusätzliche Aspekte** hin untersucht. Ein nochmaligen vertikales Lesen diente der Berücksichtigung inhaltlicher Ergänzungen, Konkretisierungen und Differenzierungen und der textimmanten Kontrolle.

Die Haupttendenzen werden im nachfolgenden Text – entlang der einzelnen Fragekomplexe – entweder zusammenfassend dargestellt oder direkt durch wörtliche Abschnitte aus den Antworttexten wiedergegeben. Letzteres erschien bei einigen Punkten deshalb am ergiebigsten, weil sich die Texte oft in den zu berücksichtigenden Gesichtspunkten gegenseitig so ergänzen, daß auf diese Weise am ehesten deutlich wird, wie hier durch das Nachdenken mehrerer Personen insgesamt ein umfassendes Bild entsteht. Gegensätzliche Antworten, Abweichungen von einer dargestellten Haupttendenz oder zusätzliche Aspekte wurden in der Auswertung grundsätzlich **immer** berücksichtigt, auch wenn sie nur von einer Person geäußert wurden. Bei den Fragen, bei denen eine quantifizierende Zusammenfassung möglich und sinnvoll erschien, wurden zusätzlich die dazu notwendigen Berechnungen durchgeführt.

Darstellung der Ergebnisse:

Vorfrage 0: Wieviele Semester haben Sie an der Veranstaltung Supervision teilgenommen?

Anhand dieser Frage sollte lediglich ein kurzer Überblick ermöglicht werden, da es sich um eine semesterweise wechselnde Veranstaltung handelt, die unterschiedlich in Anspruch genommen wurde.

Die Supervision wurde von den Studierenden, die geantwortet haben, zwischen 1 und 5 Semestern besucht, durchschnittlich lag der Besuch der Beteiligten bei **zwei oder drei Semestern**. (Mittelwert 2,4; Standardabweichung 1.3)[3]

1. Frage: Sind Sie der Meinung, daß die Supervision als Unterrichtsfach einer musiktherapeutischen Ausbildung grundsätzlich (unter Abwägung ihrer Vorteile und Probleme) sinnvoll ist? Warum?/ Warum nicht?

Die Befragten waren hier zu einer abwägenden Gesamtbeurteilung aufgefordert, die sich auf die besonderen Rahmenbedingungen (Supervision als Unterrichtsfach einer musiktherapeutischen Ausbildung) bezog.

Grundsätzlich wurde diese Frage von allen Beteiligten mit ja beantwortet, wobei hier hinsichtlich der Repräsentanz berücksichtigt werden sollte, daß eine andere Einschätzung,

[3] Der Mittelwert gibt hier jeweils das arithmetische Mittel aller angegeben Werte an, also das, was wir alltagssprachlich unter 'im Durchschnitt' verstehen. / Die Standardabweichung ergänzt diese Angabe, indem sie Auskunft über die Streuung gibt. Zum Verständnis: je größer diese Zahl ist, desto stärke weichen die einzelnen Angaben voneinander und damit vom angegebenen Mittelwert ab. Zur Berechnung s. z.B. FRIEDRICHS 1980, S. 137f

bzw. Erfahrung mit der Veranstaltung, möglicherweise *ein* Grund gewesen sein kann, den Fragebogen nicht zu beantworten. (Zumal die Befragung von mir als Veranstalterin durchgeführt wurde.) Interessanter als die Frage, ob die Zustimmung zu dieser Veranstaltung nun 100% oder 73% beträgt, erscheinen aber die inhaltlichen Ausführungen zu dieser Frage, da fast alle ihre Einschätzung ausführlich begründen und dabei zum Teil auch schon positive und problematische Aspekte gegeneinander abgewogen werden. Die unterschiedlichen und sich ergänzenden Gesichtspunkte sollen anhand einiger Texte und Textausschnitte wiedergegeben werden:

„Ja, unbedingt. Besonders als Studierende haben wir supervisorische Betreuung unserer ‚ersten Schritte' im Arbeitsbereich Musiktherapie nötig. Wo Praktika erforderlich sind, ist es nach meiner Ansicht auch die Supervision. Dies im Hinblick auf die Verantwortung gegenüber den Studierenden wie auch gegenüber den Therapierten." (IRIS BRANDWIEDE)

„Gerade für Lernende ist sie notwendige Begleitung der eigenen neuen Erfahrungen, die ohne den Austausch mit anderen möglicherweise verschwimmen oder zu Orientierungslosigkeit führen können." (ANNETTE BOSSMANN)

„Ja, auf jeden Fall. Zum einen ist es wichtig, eine sachliche Betrachtungsweise der eigenen Arbeit zu erlernen. Zum anderen bezieht man bei den ersten selbständig durchgeführten Behandlungen noch zuviel auf sich selbst, auf das eigene Unvermögen und die eigenen Unzulänglichkeiten. Man braucht Ermutigung und Bestätigung gerade auch durch diejenigen, die Musiktherapie lehren, da es ja während des Studiums noch sehr viel um die Frage geht: Ist das überhaupt die richtige Ausbildung, der richtige Beruf für mich?" (BARBARA IRLE)

„Ja, denn gerade die ersten Erfahrungen mit Patienten sollten durch Supervision begleitet werden, damit Übertragungs- und Gegenübertragungsmomente als solche erkannt und für einen selber besser verstehbar werden. Auch die Befürchtung, Fehler zu machen, kann durch eine Reflexion mit anderen Gruppenteilnehmern relativiert werden." (MECHTILD WITTE)

„Supervision ist sinnvoll, für mich die bedeutendste, tiefgreifendste LV, sonstige praktische Erfahrungen und theoretische Unterweisungen bündeln sich hier, greifen ineinander; mit Selbsterfahrungsaspekten: Auch wenn andere eine Fall vorstellten, fühlte ich mich direkt angesprochen; Bild: die Gruppe „brütet einen Fall aus." (KLAUS LEIDECKER)

„Die hilfreichen Wirkungen der Supervision sollten in jedem Fall schon während des Studiums erlebt werden, da man sich ohne diese Erfahrung keine Vorstellung ihrer Nützlichkeit macht. Dies kann dazu führen, daß MusiktherapeutInnen auch nach dem Studium allein vor sich hin arbeiten und gar nicht bemerken, wie sie sich in ihren Möglichkeiten beschneiden und damit letztendlich auch ihren PatientInnen schaden." (ANNETTE SCHÄFER)

„Hinzu kommt, daß eine Supervision unter „Gleichgesinnten" große Vorteile bietet. Die anderen befinden sich in einer ähnlichen Situation. Im Praktikum hatte ich eher das Gefühl, etwas von jemandem gesagt zu bekommen, der schon viel weiter ist als ich. ... Ein Problem, das sich stellt, ist vielleicht, daß sich StudentInnen manchmal persönlich gekränkt fühlen, da sie von den Anderen hart hergenommen werden. Es ist für uns auf der anderen Seite eine große Chance, über unsere Person in der Arbeit als Musiktherapeutin nachzudenken. Es hilft oft auch, Übertragungen und Gegenübertragungen im Praktikum deuten zu können."

„Darüberhinaus habe ich die Supervision als ein Einüben in eine Behandlungsmethode erlebt. Wo sonst ein/e PatientIn in die Therapie kommt, weil sie/er mit ihrer/seiner Lebensmethode in eine „Sackgasse" geraten ist, so habe ich in der Supervision ein Problem vorgetragen, weil ich mit meiner Behandlungsmethode in eine „Sackgasse" geraten bin. Bei der Suche nach einer Lösung sind auch in der Supervision die vier Behandlungsschritte angewendet worden, wenn auch in verkürzter und abgewandelter Form."

„Ich finde Supervision in der Ausbildung auch innerhalb des institutionellen Rahmens, z.B. der Uni, auf jeden Fall sinnvoll, da ich die Supervision als eine sehr praxisnahe Unterrichtsveranstaltung erlebt habe, in der ich viel über Arbeitsweisen und -möglichkeiten, immer in engem Zusammenhang mit dem jeweiligen institutionellen Kontext, erfahren kann. Für mich ist das eine Möglichkeit, z.B. durch Berichte aus Praktika, etwas über sehr unterschiedliche musiktherapeutische Arbeitsweisen zu erfahren. Das finde ich u.a. hilfreich für das Finden eines eigenen Standortes. Auf der anderen Seite sehe ich den „Nachteil", daß Supervision innerhalb eines relativ offenen Seminars und mit einer Supervisorin, die später auch Prüfungen abnimmt, Grenzen hat, was sehr persönliche Dinge angeht. Aber ich denke, dieses muß kein Nachteil sein, wenn dieser Rahmen und die Ausrichtung der Supervision (problem- bzw. fallbezogen) deutlich wird. Dann können immer wieder Punkte deutlich werden, bei denen es notwendig ist, sie woanders weiterzubearbeiten. (Ich finde es in dieser Hinsicht durchaus einen Vorteil, daß deutlich werden kann, daß es so etwas wie eine „Rundumversorgung" nicht gibt und jede/r selbst genötigt ist danach zu suchen, welche Formen der Unterstützung etc. es wo geben kann." (SUSANNE ALBRECHT)

Insgesamt fällt bereits in diesen ersten Ausführungen auf, daß die Antwortenden nicht nur eine subjektive 'Rückmeldung' hinsichtlich der erlebten sachlichen und emotionalen Auswirkungen der Supervision geben, sondern zugleich die unbedingte Notwendigkeit einer Supervision für eine musiktherapeutische Ausbildung fachlich zum Teil vehement **vertreten**. Darin zeigt sich, daß sie in einer doppelten Funktion oder Rolle antworten: als Betroffene und als FachvertreterInnen. Diese doppelte Rollenübernahme zieht sich auch durch die weiteren Texte.

Da die inhaltlichen Ausführungen zu dieser Eingangsfrage in den weiteren Texten vertieft und differenziert werden, möchte ich an dieser Stelle auf eine differenzierende Zusammenfassung der unterschiedlichen hier erwähnten Gesichtspunkte zunächst verzichten.

2. Frage: Welche Gruppengröße halten Sie für diese Arbeit für a) ideal b) noch akzeptabel?

Diese Frage, die von allen Beteiligten beantwortet wurde, war auch aus der derzeitigen Unterrichtssituation heraus entstanden. Während im ersten Semester, in dem ich Supervision anbot, diese in Einzelstunden stattfand, da keine Gruppe zustandekam, es dann kleine Gruppen von 4 bis 6 TeilnehmerInnen gab, bestand die derzeitige Gruppe aus 15 TeilnehmerInnen, was nach meinem Eindruck für diese Art der Arbeit absolut die oberste Grenze darstellt. Wichtig ist diese Frage sicherlich auch im Hinblick auf die Institution Universität, die ja aus anderen Fachgebieten kaum die Notwendigkeit der Arbeit

in – für universitäre Zusammenhänge – solch kleinen Gruppen kennt und sich dementsprechend schwer tut, deren Notwendigkeit zu akzeptieren.

Die Angaben der Studierenden hinsichtlich der 'idealen' Gruppengröße schwanken zwischen „4 bis 6" und „8 bis 10" TeilnehmerInnen, die Werte für eine noch 'akzeptable' Größe schwanken zwischen „12 bis 15" und „7 bis 8". Bei beiden Teilantworten gaben einige Befragte *einen* Wert an, andere *jeweils zwei* Werte 'von – bis'. Bezieht man bei beiden Teilfragen **jeweils alle Werte** mit ein (z.B. bei der Angaben 6 bis 8 die Werte 6, 7 und 8), da mit einer solchen Angabe ja ausgedrückt wird, daß alle drei Werte als 'ideal', bzw. 'noch akzeptabel' angesehen werden, so ergibt sich für

Teilfrage a) Bei insgesamt 56 angegebenen Werten:
Mittelwert **6,89;** Standardabweichung **1,62**

Teilfrage b) Bei insgesamt 46 angegebenen Werten:
Mittelwert **11,31**; Standardabweichung **2,17**

Berechnet man im Sinne der erwähnten Überlegungen, wie sie in staatlichen Institutionen üblich sind, nur die **jeweils oberen angegebenen Werte** (also jeweils 24 Werte, da alle 24 Befragten diese Angaben machten) so ergibt sich für

Teilfrage a) Mittelwert **7,63**; Standardabweichung **1,83**

Teilfrage b) Mittelwert von **11,41**, Standardabweichung **2,65**

Fragt man **anhand der jeweils unteren** Werte der Angaben zu Teilfrage a) nach der Einschätzung über die Mindestgröße für eine solche Arbeit, so ergibt sich aus den wiederum 24 Werten:

(Mindestgröße): Mittelwert, **5,95**; Standardabweichung **1,39**

Grob zusammenfassend könnte man daher schlußfolgern, daß aus der Erfahrung der Studierenden eine Gruppengröße von **7 oder 8** TeilnehmerInnen als ideal angesehen werden kann, die Gruppe **mindestens 6** TeilnehmerInnen haben sollte und **höchstens 11 oder 12**.

Ich vermute, daß diese Zahlen den meisten KollegInnen aus der eigenen Erfahrung heraus recht einleuchtend und nachvollziehbar erscheinen. Dennoch sind sie insofern fraglich, als die Streuung in den Angaben (wie sie sich in den recht hohen Standardabweichungen, außer bei den Mindestangaben zeigt) doch auffällig hoch ist. Das heißt, daß das Erleben der Einzelnen hier sehr unterschiedlich ist, so daß nach den Gründen dafür gefragt werden muß.

Auffällig in den Angaben erscheint mir, daß in der Tendenz diejenigen, die die Supervision in den anfänglich kleineren Gruppen erlebt haben, auch zu kleineren Angaben tendieren und umgekehrt. (Woraus man ironischerweise schlußfolgernd könnte, daß bei entsprechender Erfahrung auch noch größere Gruppengrößen toleriert würden.) Durch einige Bemerkungen zu Frage 3 und ein Gespräch in der aktuellen Supervisionsgruppe wurde aber deutlich, daß hier nur zum einen die Dynamik in einer größeren oder kleineren Gruppe eine Rolle spielt, die natürlich unterschiedlich erlebt wird. Zum anderen ist aber

auch die zur Verfügung stehende Zeit zu berücksichtigen, die eine in bezug auf die Arbeit objektive Grenze darstellt. In der größeren Gruppe entschieden wir uns häufiger, zwei Fälle in einer Sitzung zu bearbeiten, um dem naturgemäß quantitativ größeren Bedarf an Supervision gerecht zu werden. Das wird mehrfach als Einschränkung erwähnt und kritisiert. Dafür spielen auch methodische Gründe eine Rolle, da die Gefahr besteht, daß die Dynamik des zuerst behandelten Falles in den zweiten Fall hineinwirkt, insbesondere wenn ein 'Umschalten' durch die Psychodynamik des Falles erschwert wird. Auch fehlt die Zeit für eine 'geruhsame' Ausbreitung der Einfälle und Phantasien zum Fall, wodurch die psychologische Qualität der Ergebnisse der Supervision doch erheblich beeinträchtigt werden kann, sowohl im Hinblick auf die Erkenntnisse über die Patientin als auch im Hinblick auf die Unterstützung und Entlastung der Supervisantin. [4]

3. Frage: Welche Arbeitsmethoden/Vorgehensweisen fanden Sie geeignet und welche ungeeignet oder problematisch? Warum?

Auf diese Frage gingen 21 der 24 Beteiligten ein. Dabei wurde keine der Arbeitsweisen, die die Studierenden kennengelernt hatten, als generell ungeeignet bezeichnet.

Die Frage war absichtlich etwas unbestimmt formuliert, da die Supervision im Grunde nicht in der 'Anwendung' klar definierter 'Verfahren' abläuft. Es kam bei dieser Frage daher nicht nur auf die Bewertung an, sondern es interessierte auch, ob und wie das Vorgehen den Studierenden als etwas methodisch Bestimmtes und Benennbares erkennbar wird. Die Antworten kamen dieser Erwartung nach, indem sich in den Texten neben der Bewertung auch viele ausführliche Beschreibungen des Vorgehens finden, die das Erleben der Studierenden wiedergeben. Dabei wird zwischen drei Arbeitsformen unterschieden.

a) Die mit großem Abstand am häufigsten angewandte Arbeitsform wird von einer Studierenden so beschrieben:

„Eine Studentin stellt ihren Fall vor. Häufig stellt sie dabei Fragen danach, was sie falsch gemacht habe, was sie in Zukunft machen solle. – Die Supervisorin fordert alle Teilnehmer auf, alle Eindrücke, Gefühle, Gedanken (auch „abschweifende") zu äußern, ohne zu werten, Tips und Tricks weitergeben zu wollen, auf die o.g. Fragen der berichtenden Studentin zu antworten, Detailfragen zu stellen, die vom ersten Sammeln der Eindrücke ablenken. Die Supervisorin nimmt zunächst „gleich-berechtigt" an dieser Runde teil. – Aus dem Sammeln aller Eindrücke, erschienen sie noch so abwegig, eröffnet sich oft der Blick auf eine übergreifende seelische Gestaltbildung im besprochenen Fall. Dadurch entfallen oft die anfangs gestellten Fragen, weil sich ein neuer Blickwinkel auf den Fall eröffnet. – Sie, die Supervisorin, bringt sich nun verstärkt ein in ihrer beratenden Funktion, hält sich aber bis zum Schluß eher zurück, fordert die Teilnehmer zur Problemlösung auf." (KATHRIN HOLTERMANN)

[4] Ich verwende in Fällen, in denen eine einfache Kennzeichnung des Gemeintseins beider Geschlechter durch das große 'I' nicht möglich ist, die weibliche Form. Männer sind natürlich auch dann mitgemeint.

Varianten des Erlebens derselben Vorgehensweise zeigen sich vor allem im Beitrag der Gruppe, bzw. im Hinblick darauf, was als 'methodisch erlaubte' Gruppeneinfälle erlebt wird. Dazu zwei ergänzende Beispiele:

„Ein/e Student/in berichtet, man sammelt Eindrücke der anderen StudentInnen, später erst der Dozentin, man diskutiert, analysiert, kommt zu Ergebnissen oder zu neuen Sichtweisen und weiteren Vorgehensweisen." (KARIN WAMBA)

„ ... Im Anschluß gehen die ZuhörerInnen in verschiedener Weise auf das Gesagte ein: Durch Nachfragen, Mutmaßungen, Ratschläge und das Äußern von eigenen Assoziationen, Phantasien und Gegenübertragungen. Die Dozentin bleibt dabei zumeist im Hintergrund. ... Schließlich ergänzt die Dozentin, indem sie die wichtigsten Punkte zusammenfaßt, fehlende Aspekte hinzufügt, schon genannte erweitert oder auf den Punkt bringt und Zusammenhänge herstellt." (ANNETTE SCHÄFER)

Dieselbe Autorin äußert sich auch zu den Effekten dieser Arbeitsform:

„Dies hat zweierlei positive Effekte. Erstens können die StudentInnen sich so darin einüben, ihr theoretisches Wissen in Verbindung mit ihren Wahrnehmungen konkret anzuwenden. Zweitens machen sie die Erfahrung, wie die Beiträge der TeilnehmerInnen sich ergänzen und sie somit trotz relativ geringer Erfahrungen der einzelnen, im gegenseitigen Austausch als Gruppe, den Fall in verschiedenster Weise zu beleuchten vermögen."

Insgesamt sind die Bewertungen bezüglich dieser Vorgehensweise *durchgängig* positiv und untereinander nicht sehr divergierend. Es scheint ein Verfahren zu sein, dessen Wirkung sich durch eine relative Ruhe und Ausgewogenheit kennzeichnen läßt. Dabei betonen die Bewertungen einige sich ergänzende Details, wie z.B.:

„... das sorgsame Hinhören auf den Bericht, vor allem auf seine „Zwischentöne" und das Beachten der freien Einfälle dazu, die sich durch die seelische Mitbewegung ergeben. Das Augenmerk richten auf das, was sich herstellt, in Szene setzt." (ELISABETH GEBAUER)

„Phantasien, Einfälle (zu) sammeln, scheint einen 'spiralförmigen' Entwicklungsgang zu haben, dem Kern näherkommend." (KLAUS LEIDECKER)

„Für den Berichtenden selbst führt sie als weitere Reflexionsmethode zu einer angemessenen Einschätzung der eigenen Rolle" (ANNETTE BOSSMANN)

„Ich finde diese Form der Supervision sehr bereichernd, weil sie nicht in festgefahrenen Kategorien denkt, sondern die Offenheit in der Therapie und im Denken fördert. Festgefahrene Situationen können so wieder gelöst werden."

b) Als weitere Arbeitsform wird – wesentlich seltener angewandt – zum Einstieg ein Tonbandbeispiel aus der Behandlung vorgespielt und es werden zunächst Einfälle zur Musik gesammelt. Anders als in der 'Beschreibung und Rekonstruktion' geht es dann mit weiteren Informationen zum Fall und der supervisorischen Arbeitsweise weiter. Bisweilen kommt es auch vor, daß wir im Verlaufe der Supervision ein Bandbeipiel als Ergänzung der Erzählung hören.

Diese Arbeitsform wird von einigen Befragten als besonders ergiebig beschrieben, z.B.:

„Dabei werden so viel wie möglich an verschiedensten, aufschlußreichen Einfällen, Empfindungen etc. „hervorgelockt“ und derart geordnet und einanderzugeordnet, daß sie zu einem Gesamtbild beitragen. Darüberhinaus regt das Ergebnis (bzw. Ergebnisse) dazu an, sich weiter damit auseinanderzusetzen.“ (CHRISTINE FUNKE)

„Diese Methode empfand ich als besonders ergiebig, da sie die Patienten quasi ‘von einer anderen Seite’ darstellt – sie erschien mir als diejenige der größtmöglichen Unvoreingenommenheit dem Patienten gegenüber.“ (ANNETTE BOSSMANN)

Auch hier tauchen hinsichtlich der Akzeptanz und ‘Verträglichkeit’ dieser Methode zwischen den Studierenden kaum Unterschiede auf, wohl hinsichtlich der bisherigen Gewichtung zwischen dem erstgenannten und diesem Vorgehen. Diese Unterschiede scheinen auch damit zusammenzuhängen, ob die Betreffenden zusätzlich zur Supervision die parallel stattfindende Veranstaltung ‘Beschreibung musiktherapeutischer Improvisation’ besuchen und damit aktuell eine *weitere* Möglichkeit des Vorstellens musikalischer Beispiele haben oder nicht.

c) Deutliche Unterschiede im Erleben zeigen sich hingegen in bezug auf die Arbeitsform des psychodramatischen Rollenspieles. Einerseits finden sich Äußerungen wie: „Sehr beeindruckend und nachhaltig in Erinnerung sind mir Rollenspiele zu ausgewählten Problematiken“ (Frauke Röder), andererseits werden hier aber auch Probleme der Abgrenzung aufgeführt. Zum einen hinsichtlich der Gefahr der „Überschneidung mit der Selbsterfahrung“, zum anderen besteht offensichtlich die Gefahr, daß die Rollenübernahme zu Verwicklungen in den allgemeinen Beziehungen untereinander führt. Dem entspricht, daß unter Punkt 7 häufiger Beispiele erinnert werden, die sich auf diese Arbeitsform beziehen, und zwar in beide Richtungen: sowohl als besonders intensive Erlebnisse als auch als ‘einzig problematische Erinnerung’. In der Tendenz – wenn auch nicht durchgängig – scheint es dabei so zu sein, daß die Einbeziehung der Musik bei den Rollenspielen die problematischen Anteile reduziert.

Offen muß bei diesem Ergebnis bleiben, wie weit die hier deutliche Beunruhigung durch dieses Verfahren auch mit der nur geringen Einübung und der Unvertrautheit mit dem therapeutischen Medium des Psychodramas zusammenhängt.

Weitere methodenunspezifische Beiträge beziehen sich allgemein auf die Faszination des Erlebens der Fähigkeiten einer Gruppe, auf die Entlastung durch die Rückmeldungen anderer und auf das Wiederfinden eigener Schwierigkeiten auch bei anderen. Positiv hervorgehoben wird auch die Tatsache, daß zu Beginn jeder Sitzung nach Rückmeldungen gefragt wird. Durch die dabei berichteten Weiterentwicklungen des Falles wird die Wirkung der Supervision auf die Behandlung für alle erlebbar und ‘Nachwirkungen’ der Supervision auf die Supervisantin haben dadurch einen festen Raum. Auch Unterschiede zu anderen Beratungserfahrungen werden erwähnt, die noch einmal einen Blick auf das Gesamterleben ermöglichen:

„Ich habe in dieser Art der Supervision die Erfahrung gemacht, daß sie nicht dazu dient, die Studentin wie nach einer Lehrprobe auseinanderzunehmen, sondern sie (die Studierenden) kommen mit den anderen meist selbst auf Lösungswege.“ (BARBARA ASSHAUER)

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die angewandten 'Methoden' insgesamt als der Supervision und dem besonderen Setting angemessen erlebt wurden, daß (eher fachfremde) an psychodramatische Supervisionsformen angelehnte Verfahren tendenziell allerdings ein größeres Konfliktpotential im Hinblick auf eine Beunruhigung der Beziehungen untereinander aufweisen.

Fragen 4 und 5: Welche besonderen Konflikte/Probleme sehen Sie in der Supervision als Unterrichtsfach? (z.B. in bezug auf die Beziehungen untereinander …)

Was fanden Sie hilfreich, diesen Konflikten/Problemen zu begegnen? Haben Sie weitere Vorschläge, die wir noch nicht erprobt haben?

Die Frage 4 ist mit einer suggestiven Tendenz gestellt, da sie so formuliert ist, als wäre es *selbstverständlich*, daß Supervision als Unterrichtsfach 'besondere' Probleme oder Konflikte beinhaltet. Damit sollte der Tendenz einer allzu 'freundlichen' Rückmeldung entgegengewirkt und eine kritische Reflexion provoziert werden. Die Frage 5 soll hier aufgrund der inhaltlichen Verbindung mitbehandelt werden. Beide Fragen wurden von 23 Befragten – zum Teil ebenfalls zusammenfassend – behandelt.

Die Ausführungen zentrieren sich a) um die Beziehungen untereinander, b) die Beziehung zu mir als Supervisorin und Ausbildungsleiterin, (die Nähe/Abgrenzung zur Selbsterfahrung, die ich unter Punkt 10 behandeln werde,) und c) am Rande die Verbindung zu anderen Lehrveranstaltungen.

a) Einige Male erwähnt wird die Tatsache, daß man sich die „Teilnehmer nicht aussuchen kann" und daß man mit „Studenten zusammen arbeiten muß, mit denen man sich nicht so gut versteht." Daraus können verschiedene Einschränkungen in der Offenheit entstehen, sowohl wenn man selbst einen Fall vorträgt als auch hinsichtlich der Befürchtung, daß man selbst in den Rückmeldungen „nicht so objektiv reagieren kann" oder „verletzend und unsachlich" wird. Das kann dazu führen, daß man „in der anschließenden Diskussion passen muß" oder „zu den entsprechenden Fällen nichts oder nur ganz wenig" sagt. Beziehungen können sich aber auch durch die Supervision positiv verändern: „Manche eher vorbelastete Beziehung erhielt durch die neue Möglichkeit, diese Person in einer mir unbekannten Rolle zu erleben, eine Entlastung und half mir, meinen vorgefärbten Standpunkt zu verlassen und andere leichter zu verstehen." Wenn dies gelingt, kann es auch als „Vorbereitung auf die Berufssituation mit zahlreichen mir eher unbekannten Kollegen" erlebt werden.

In ähnlicher Häufigkeit werden die Mitstudierenden erwähnt, mit denen man sich besonders gut versteht oder mit denen man befreundet ist. Für manche waren „private Kontakte hilfreich", weil sie „Ängste und Verunsicherungen minimieren halfen". Gute persönliche Beziehungen und Sympathien werden meist als Erleichterung der Arbeit erwähnt, eine Belastung dieser Beziehungen durch die gemeinsame Supervision – außer in dem einen bereits erwähnten Beispiel im Zusammenhang mit einem Rollenspiel – nicht erwähnt. Bisweilen kann die Supervision sogar bewirken, daß man anderen näherkommt,

etwa durch das Erleben der „Schwierigkeiten und Hilflosigkeiten und verwundbaren Seiten“ des anderen. Einmal wird ein Rollenkonflikt im „Handhaben der Abgrenzung“ beschrieben: wenn man einen anderen Teilnehmer auch aus einer (externen) Selbsterfahrungsgruppe kennt und „in den berichteten Problemen mit dem Patienten spezifische Probleme desjenigen (vermutet), der den Fall vorstellt“ und dann erlebt, „daß es unpassend wäre, das jetzt zu äußern, sage ich also nichts, fühle aber, daß die Supervision in diesem Punkt nicht so hilfreich ist, weil das Problem nicht an der Wurzel gepackt wird.“

Von den meisten wird die starke Fallbezogenheit der Supervision als Schutz und Hilfe gegenüber einer ungünstigen Beziehungskonstellation erlebt. Nur in einem Text wird kritisiert, daß es immer „nur“ um den Fall ging und es dadurch nicht gelang, „eigene Konflikte in der Supervision zum Thema zu machen“ und „Konflikte und Probleme untereinander in (der) Supervision zu klären“. Dadurch blieb – trotz des an anderer Stelle beschriebenen Profitierens von dieser Arbeit – in diesem Fall offenbar etwas leidvoll unaufgelöst: „(...) ich erfahre auch aus meiner gegebenen Stunde etwas von mir, das sich von den Erfahrungen der anderen total unterscheidet, so daß ich manchmal unsicher werde, ob das, was bei mir abläuft, (...) unangebracht ist, nicht dazupaßt, ‘zu weit weg’ ist von dem Gedankengang, der gerade in der Stunde besprochen wird.“

Interessant ist auch die Tatsache, daß einige Male Beziehungsprobleme untereinander als *Möglichkeit* (im Konjunktiv) erwähnt werden, z.B als „vorstellbar, aber nicht aufgetreten“. Darin zeigt sich m.E. das Vorhandensein eines generellen Problembewußtseins, welches nach allgemeinen therapeutischen Erfahrungen mit dazu beitragen dürfte, daß diese Probleme eben nicht auftreten, bzw. angemessen mit dem möglichen Konfliktpotential umgegangen werden kann. In vielen abwägenden Äußerungen wird auch deutlich, daß die Studierenden ein hohes Bewußtsein dafür haben, daß es sich hier um Konstellationen handelt, die für eine Therapieausbildung typisch sind und für deren unvermeidbare Konflikte es keine glatten Lösungen gibt. Neben methodischen Gesichtspunkten wird immer wieder betont, daß das Gelingen oder Mißlingen hier weitgehend von der persönlichen Handhabung durch die Supervisorin und der durch sie geschaffenen Atmosphäre abhängt, aber ebenso von dem Verhalten aller TeilnehmerInnen. Dieses wird mit vereinzelt kritischen Bemerkungen beschrieben, wie der, daß „nicht jede Teilnehmerin damit (mit den persönlichen Problemen der anderen) sachlich umgehen“ kann. Weitaus häufiger aber mit Bemerkungen wie: „(...) daß für mich spürbar wurde, daß verschiedene Teilnehmerinnen bewußt versuchten, sachlich und gerecht zu bleiben“, daß „in meiner Gruppe ein Klima hoher Wertschätzung und gegenseitiger Achtung aller Beteiligten herrschte“ oder „daß die Teilnehmer sehr feinfühlig waren.“

b) In der Beziehung zu mir als Supervisorin wird mehrfach die Doppelrolle als Supervisorin und wählbare Prüferin, bzw. Studiengangsleiterin als konfliktträchtig erwähnt. Auch hierbei werden verschiedene Aspekte gegeneinander abgewogen:

„Wenn die Supervision ihren Zweck erfüllen soll, muß die vortragende Studentin den Therapieverlauf in allen zum Verständnis notwendigen Aspekten schildern und somit auch eigene Unsicherheiten und Schwächen erwähnen. Zugleichbesteht der Wunsch, ein positives Bild der eigenen Arbeit zu vermitteln. Machen die StudentInnen die Erfahrung, daß ihnen aus einer offenen Darstellung keine Nachteile erwachsen, ist die hemmende Wirkung dieser Doppelrolle nicht erheblich. Andernfalls kann ich mir eine sinnvolle Arbeit nicht vorstellen.“ (ANNETTE SCHÄFER)

Auch dabei wird mehrfach betont, daß ein Manifest-Werden dieses Konfliktpotentials weitgehend von der „persönliche Handhabung" abhängt und das Problem taucht häufiger als etwas auf, was zwar generell gesehen wird, aber persönlich nicht als nachteilig erlebt wird, bzw. erlebt wurde. Anders ausgedrückt: die Konflikthaftigkeit dieser Doppelrolle führt im Erleben (in der Rolle der Betroffenen) nicht zu einer gravierenden Einschränkung der Supervisionserfahrung, ist den Beteiligten aber in ihrer Rolle als ExpertInnen bewußt. So kommt eine Ehemalige zu der Einschätzung, daß „in bezug auf die Übertragbarkeit dieses Modells (...) Supervision nicht von einer Person angeboten werden sollte, die prüfungsberechtigt ist. (...) Die Vermischung der Rollen von SupervisorIn und PrüferIn liegt nahe. Das kann von Vorteil sein, weil der/die Prüferin einen Teil der musiktherapeutischen Erfahrungen des Prüflings kennt und darauf in der Prüfung eingehen kann, es kann aber auch von Nachteil sein, wenn das Verhalten des Prüflings in der Supervision mit in die Beurteilung einfließt. Es ist Ihnen meiner Meinung nach gelungen, diese Rollen zu trennen, bzw. eine „gute" Vermischung stattfinden zu lassen, aber ich glaube, daß das eine Ausnahme ist und halte dieses Modell deshalb grundsätzlich nicht für gut." Eine andere Ehemalige sagt aus, daß ein externer Supervisor für sie persönlich hilfreicher gewesen wäre.

In diesem Zusammenhang, aber auch wegen der Größe der Gruppe und des 'Sich-die-Teilnehmer-nicht-aussuchen-Könnens' wird mehrmals vorgeschlagen, daß es eine zweite Gruppe zur Auswahl (bei einer anderen Person) geben sollte. (Der Versuch, dies im darauffolgenden Semester anzubieten, kam aus verschiedenen Gründen zunächst nicht zustande.)

c) Einige Male wird der positive Einfluß dieses „sehr praxisnahen" und „persönlichen" Seminares auf die Zusammenarbeit in anderen Veranstaltungen und auf das bessere Verstehen theoretischer Themenkomplexe beschrieben, letzteres u.a. weil man sich auf mehr Fallmaterial beziehen kann. Ein ehemaliger Studierender hätte sich mehr Veranstaltungen gewünscht, in denen „gruppenbezogenes Lernen" eine Rolle spielt. Eine weitere Ergänzung bezieht sich auf die Notwendigkeit, auf die Regeln der Verschwiegenheit und des Datenschutzes (gegenüber den PatientInnen) hinzuweisen.

Zusammenfassend läßt sich zum einen festhalten, *daß* die Supervision als Unterrichtsfach ein spezifisches Konfliktpotential im Hinblick auf die Beziehungsgestaltung beinhaltet; zum anderen, daß es grundsätzlich möglich ist, damit so umzugehen, daß es für die Betroffenen nicht zu gravierenden Beziehungskonflikten führen muß. Die starke Betonung des 'persönlichen Umgangs' mit dieser Situation, sowohl durch die Supervisorin als auch der TeilnehmerInnen untereinander, läßt sich einerseits als besondere Problematik ansehen, eben weil das Gelingen der Veranstaltung nicht nur von sachlichen Gesichtspunkten abhängt, sondern auch von 'subjektiven' Aspekten der Beziehungsgestaltung. Andererseits aber spiegelt die hierin erlebbare Studien*situation* genau damit auch einen wesentlichen Kern des Studien*inhaltes,* nämlich die nicht zu leugnende Abhängigkeit der Ergebnisse (musik)therapeutischer Behandlungen vom Gelingen der Beziehungsgestaltung. Dies läßt sich m.E. als ein notwendiges Spezifikum einer therapeutischen Ausbildung ansehen.

6. Frage: In welcher Hinsicht konnten Sie insgesamt (falls es zutrifft) von der Supervision profitieren: a) wenn Sie selbst einen „Fall" oder ein „Problem" vorgestellt haben? b) Wenn andere etwas vorgestellt haben?

Auf diese Frage gehen 21 Befragte explizit ein, in den anderen drei Texten ist sie in anderem enthalten. Daß in allen Fällen ausgesagt wird, *daß* man profitiert hat, sollte auch hier nicht überbewertet werden, da ein gänzlich fehlender Gewinn aus der Veranstaltung natürlich zugleich ein nachvollziehbarer Grund für das Nicht-Beantworten des Fragebogens wäre. Interessanter sind daher auch hier die ausführlichen inhaltlichen Beschreibungen.

Als bedeutsam ist allerdings hervorzuheben, daß fast alle betonen, daß sie **in beiden Rollen** (a und b) **gleichermaßen** profitiert haben. Dabei ist die Tendenz erkennbar, daß diejenigen, die noch wenig Erfahrung haben, 'lieber' in der Rolle der Mitwirkenden sind, bzw. sich in dieser Rolle zunächst wohler fühlen, während mit zunehmender Erfahrung die konkreten positiven Auswirkungen der Supervision auf die eigenen Fälle hervorgehoben werden. Da hier sehr viele verschiedene Aspekte auftauchen, möchte ich diese in einigen Stichworten aus verschiedenen Texten wiedergegeben:

a) Aus der Rolle der Fallvorstellenden ist die Veranstaltung eine Möglichkeit, „eine therapeutische Situation besser verstehen" zu lernen, sich seiner therapeutischen „Rolle klarer zu werden". Sie war „in einer Situation die einzige Möglichkeit, in einer Gruppe einen Austausch meiner Erlebnisse zu haben" oder „in einer Situation, in der ich mich hilflos erlebte, (...) Hilfe beim Hinterfragen der psychologischen Situation des Kindes und Stärkung für mich selbst, so daß ich weiterarbeiten konnte. Die Supervision hat „geholfen, um in den Therapien, relativ schnell etwas wieder in Bewegung zu bringen, mich in der Therapiesituation anders zu erleben" oder „gedachte Deutungen klarer zu fassen und dann auch zu geben." Sie führte „häufig zu neuen Erkenntnissen, unerwarteten Wendungen und überraschenden Zusammenhängen", man kann „sehr viele Ideen, Anregungen und Impulse erhalten", „ein umfassenderes Bild bekommen", „davor bewahrt (werden, sich) allzu schnell ein einseitiges Urteil zu bilden" oder man kann erleben, „nicht mehr der 'Spielball' des Geschehens (zu) sein" oder daß sich manches plötzlich „in einem anderen Licht darstellt". Sie kann auch für einen selbst anders ausgehen als erwartet: „Als ich selbst einen Fall vorgestellt habe, hatte ich vorher große Angst, daß die Gruppe meine mangelnden Selbstwertgefühle noch schmälern würde. Ich bin sehr gestärkt aus dieser Stunde gegangen und hatte das Gefühl, neue Kraft für meine Arbeit geschöpft zu haben."

b) Aus der teilnehmenden Rolle zeigt die Supervision allgemein eine „Herangehensweise an Situationen, die ungewohnt ist" und ermöglicht „Einblicke in andere Arbeitsbereiche. Es wird das „Beobachtungsvermögen sehr geschult", man fühlt sich „angeregt, ähnlich mit eigenen Fällen umzugehen" und erlebt, „daß die Probleme in der Gruppe ähnlich sind" oder ist „oftmals überrascht, wie ein zunächst scheinbar farbloses oder gar langweiliges Fallbeispiel durch die verschiedenen Blickwinkel und Einfälle sich als sehr interessant und entwicklungsfähig darstellte. Das stärkte m.E. unser Selbstvertrauen ganz enorm."

Zusammenfassend lassen sich hier vier Kategorien der Effekte des Unterrichtsfaches Supervision unterscheiden, die auch schon in den Antworten zur ersten Frage auftauchten und sich in den (unter Frage 7) nachfolgenden Konkretisierungen bestätigten:

1. Aspekte, die sich auf die Kontrolle und die persönliche und fachliche Unterstützung der durchgeführten Behandlungen beziehen lassen, und darin dem gleich sind, was wir auch üblicherweise als Wesen und Inhalt der fallbezogenen therapeutischen Supervision kennen.

2. Aspekte, die sich darüberhinaus auf die Einübung in Inhalte und Methoden des gewählten Studienfaches beziehen lassen, indem sie das theoretische Verstehen intensivieren und das Kennenlernen der Praxis(bereiche) erweitern.

3. Aspekte, die sich auf die besondere emotionale Übergangssituation als Studierende und werdende MusiktherapeutInnen beziehen lassen.

4. Darüberhinaus können zusätzlich diejenigen Aspekte hervorgehoben werden, die sich auf das Lernen in und an einer Gruppe beziehen lassen.

7. Frage: Bitte beschreiben Sie ein oder mehrere Beispiele, an die Sie sich erinnern. (Z.B. im Hinblick auf wichtige Eindrücke aus den Fällen der anderen, erlebte Wendungen, die Sie wichtig fanden etc.)

Wie auch in qualitativen Interviews beinhaltet die Aufforderung zur Konkretisierung immer auch eine gewisse Kontrolle im Zusammenhang von Einschätzungen und Wertungen. An dem, was konkret erinnerbar ist, zeigt sich in anderer Art als in zusammenfassenden Bewertungen, welche Erfahrungen mit einer Situation gemacht wurden. Da es auch diesen Rahmen sprengen würde, hier alle Beispiele gebührend zu berücksichtigen und Zusammenfassungen den Wert der Konkretheit eher wieder zerstören würden, möchte ich zunächst kurz in Zahlen vermitteln, wie sehr hier von den Beteiligten eine Konkretisierung stattfand und dann einen qualitativen Eindruck anhand einiger Beispiele geben.

Insgesamt finden sich in den Texten (zum Teil unter anderen Punkten) **47 konkrete Beispiele**. Davon beschreiben 25 Beispiele Situationen aus eigenen Fallvorstellungen, 22 mal geht es um Beispiele, in denen andere einen Fall vorgestellt haben oder auf andere spezielle Momente der Supervision eingegangen wird. Das kann in gewisser Weise als Bestätigung der unter Punkt 6 gemachten Aussage aufgefaßt werden, daß der Gewinn der Supervision in der Rolle der Mitwirkenden ebenso besteht wie in der Rolle der Supervisantin.

Interessant erscheint mir hier auch die Verteilung zwischen den aktuell Studierenden und den Ehemaligen, für die die Supervision ja meist länger her ist. Es bringen im Verhältnis etwas mehr Ehemalige konkrete Beispiele, nämlich 10 von 11, von den aktuell Studierenden sind es 10 der 13 Beteiligten. Allerdings beschreiben diese 10 Studierenden 27 der insgesamt 47 Beispiele, die Ehemaligen 20.

Beispiele der Supervision eigener Fälle:

„.... eine Patientin, die mich schon bei unserer ersten Begegnung mit einem Wortschwall überschüttete, der sich über mich ergoß, sobald sie den Raum betrat. Spontan hätte ich sie am liebsten zum Schweigen gebracht, fühlte mich hilflos gegenüber diesem „Sprechdurchfall". In der Supervision lernte ich sehen, daß auch dieses Symptom am Ende einer langen Entwicklungskette steht und einen tieferen Sinn hat. Ich konnte besser verstehen, warum es nicht sinnvoll sein kann, dieses Symptom einfach „wegzumachen" und begann mit einer gewissen Neugier, mich für dieses Symptom zu interessieren, nach der „Quelle" für diesen „Wasserfall" zu suchen. Dies war der Beginn einer fruchtbaren und interessanten Zusammenarbeit zwischen der Patientin und mir."

„Mir ist sehr in Erinnerung das von mir eingebrachte Problem des Umgangs mit sexueller Gewalt an Frauen als Therapeut. Ich habe dies als Grenze für eine Supervisionsgruppe empfunden, in der wenig gegenseitiges Kennen und Vertrauen vorhanden war. Die Übertragungen und Projektionen während des Fallgesprächs waren so stark, daß ich das Grundgefühl hatte „In dieser Gruppe kann ich mich längst nicht so öffnen, wie ich es gern täte". Die Frage bleibt für mich, ob es nicht für jedes Problem einen Platz innerhalb des Studienganges geben müßte. (...)" (MARTIN LENZ)

„Die Vorstellung, ich sei mit Uhu an einem Platz festgeklebt (...) hat mir sehr geholfen, mich in die Situation eines geistigbehinderten Kindes einzufühlen." (ULRIKE MAURER)

„Bei einem anderen Patienten hat mich die Supervision zunächst darin unterstützt, die Therapie überhaupt weiterzumachen. Sie half, den „Sumpf" einer ziemlich langen Therapie etwas erhellen. Ich habe Unterstützung erfahren in meiner Sichtweise des Patienten, die in einer sehr schwierigen Team-Situation immer wieder unterzugehen drohte. Ich habe aber auch in den Wochen nach der Supervision meine eigenen Grenzen im Hinblick auf die Möglichkeiten, mit diesem Patienten in dieser Teamsituation umzugehen, besser kennen und verstehen gelernt. Ich habe die Therapie dann gemeinsam mit einem Kollegen fortgesetzt und kann nun immer mehr verstehen, warum ich mit dieser Arbeit alleine einfach überfordert war. In der Supervision habe ich eine *Ahnung* davon gekriegt, daß ich in der therapeutischen Arbeit mit diesem Patienten bestimmte Dinge so eingerichtet habe, daß „nichts". bzw. nicht so viel passieren konnte. In der Fortsetzung der Arbeit mit dem Co-Therapeuten, in der nun „sehr viel" mehr passiert, verstehe ich nun auch, *warum* ich das vorher nicht anders machen konnte. Ich spüre, daß mir vieles zu unheimlich, zu unverständlich und zu bedrückend gewesen wäre, um es ganz alleine, ohne Unterstützung durch ein Team, auszuhalten."

Beispiele aus Supervisionen anderer

„Bei der Arbeit von Frau X mit einem autistischen Kind wurde das, was sich für unsere Ohren wie eine erste Kontaktaufnahme zwischen ihr und dem Kind anhörte, seitens der Institution, für die sie arbeitete, als eine unsinnige Verstärkung der ohnehin schon stark ausgeprägten Stereotypien des Kindes kritisiert. In der Supervision stellte sich heraus, daß die (...) Institution unausgesprochen eine eher verhaltenstherapeutische Vorstellung von der Arbeit (...) hatte und – obwohl ausdrücklich gewünscht – die Arbeit von Frau X nicht würdigen konnte." (HANNE WACHWITZ-HOMERING)

„Beispiel aus der Kindertherapie: ein körperbehinderter Junge sucht sich einen zweiten Jungen, einen Begleiter, zur Gründung einer Beatles-Band. Supervision wurde zur Anleitung, in der eigenen Geschichte des Kindes zu bleiben und diesen Wunsch als solchen der 'Vervollständigung' zu verstehen. Das Bild des Zusammenwirkens des Quartettes, das 'Weglassen eines Beatle' als Zeichen für die eigene Versehrtheit. Gerade der Schritt, diese Bildbedeutung zu erfassen, war für mich besonders wichtig, da ich ebenfalls den direkten Bezug zum musikalischen Tun herausgestellt hätte und so das sich ausdrückende Anliegen des Jungen nicht verstanden hätte." (Nach einem weiteren Beispiel, bei dem es auch um symbolisch-szenisches Verstehen geht, heißt es:) „Ich weiß auch, daß mir zum Verstehen ein Beispiel nicht genügt hätte, sondern ich das Verstehen üben mußte und weiterhin üben will." (ANNETTE BOSSMANN)

Ein Beispiel konkreter Auswirkung der (zunächst beschriebenen) Supervision einer Mitstudierenden auf die eigene Arbeit mit einem autistischen Kind: „Auch ich unterlag (...) diesem Leistungsdruck. Um so enttäuschender waren dann die Sitzungen, in denen nach meiner anfänglichen Sicht nichts passierte. Nach der besagten Supervision versuchte ich, meine Erwartungshaltung zu ändern. Ich sagte mir innerlich: „Ich erwarte keine Erfolge und Fortschritte der Musiktherapie mit J.. Er und ich müssen hier keine Leistungen vollbringen." Das hatte zur Folge, daß ich viel befreiter und ruhiger arbeiten konnte. Ich konzentrierte mich intensiver auf das, was J. mir anbot und hielt mich mit meinen vorschnellen Abgeboten zurück. Ich erkannte mehr und mehr auch Sinn im gemeinsamen „Nichtstun", im gemeinsamen Schweigen, im Rücken an Rücken sitzen usw. Die musiktherapeutische Arbeit, die dadurch ins Stocken geraten war, daß ich J. überfordert hatte, war nun wieder ins Fließen gekommen." (DÖRTE ORTMANN)

8. Frage: Sehen Sie Unterschiede zu anderen Lehrveranstaltungen? Welche?

Diese und die beiden nachfolgenden Fragen waren u.a. mit dem Ziel formuliert worden, durch Distinktionen zu Verwandtem ein deutlicheres Bild von der Eigenart des zu untersuchenden Phänomens zu bekommen. 23 der Beteiligten äußern sich zu dieser Frage. Oft wird dabei – über die gestellte Frage hinausgehend – eine Unterscheidung zur Selbsterfahrung dargelegt, (hier unter Punkt 10 berücksichtigt) wodurch deutlich wird, daß die Supervision eine Zwischenposition zwischen Selbsterfahrung und anderen Lehrveranstaltungen einnimmt. In allen Beispielen werden Unterschiede genannt, die Frage also einerseits mit ja beantwortet. Ein typisches Beispiel für die Art der Unterschiede ist:

„Der Schwerpunkt liegt in der Supervision auf dem Einüben. Während es in anderen Veranstaltungen vorrangig um die Vermittlung neuen Wissens ging, diente die Supervision mir dazu, einzuüben, in der Praxis damit umzugehen. (...)"

Fast immer wird aber ebenso hervorgehoben, daß es sich eher um graduelle als um kategoriale Unterschiede handelt. Auch sind einige Fächer der Supervision im Hinblick auf die persönliche Beteiligung näher als andere: so insbesondere Lehrveranstaltungen zur Improvisation und die morphologische Beschreibungsarbeit. Im Vergleich der Texte wird auch deutlich, daß der *Grad* der Distinktionen individuell unterschiedlich erlebt wird. In bezug auf die anderen Lehrveranstaltungen geht das von: „nicht so einen grundsätzlichen Unterschied, da auch die anderen Seminare oft sehr persönlich nahe gehen" bis zu „die

Verbindung zur eigenen Person und psychischen Verfassung stellte sich weitaus intensiver her.“. In einer pointierten Formulierung heißt es: „Hier läßt es sich nun wirklich nicht mehr verleugnen, daß es immer auch um einen selber geht.“ (SYLVIA KUNKEL)

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß bezüglich der Unterscheidung zu anderen Lehrveranstaltungen am häufigsten die größere persönliche Betroffenheit, emotionale Beteiligung und Intimität beschrieben und die stärkere Beteiligung aller in der Gruppe betont wird. Das schließt immer wieder auch die Betonung der Verantwortung aller für das Gelingen der Supervision als Distinktion zu anderen Veranstaltungen ein. In vielen Texten wird deutlich, daß die Supervisionsveranstaltung – quasi als ‘Nebenwirkung’ – etwas vermittelt, was das theoretische Konzept von der psychologischen ‘Überlegenheit des Gruppischen’ gegenüber den Leistungsgrenzen des Einzelnen erst zur Wirklichkeit werden läßt. (Entgegen der Erfahrung: „Arbeitsgruppe ist: Einer arbeitet, die anderen bilden die Gruppe“) Das Verhältnis zwischen theoretischem und persönlichem Lernen wird in der Supervision in einer im Vergleich zu anderen Veranstaltungen eher ‘umgekehrten Gewichtung’ erlebt: in der Supervision gehe es stärker um die „personale Berufsidentität“, ums „Persönlich-Fachliche“, die Lehrende/Supervisorin sei „hier weniger Wissensvermittlerin und -überprüferin“ , „sondern eher Achtgebende, Sortiererin, Bündelerin.“

Während die Ausführungen erkennbar machen, daß die meisten hier eher eine Distinktion zu anderen Lehrveranstaltungen des Musiktherapiestudienganges getroffen haben, beschreibt eine Studierende den Unterschied zu Lehrveranstaltungen aus der vorangegangenen *musikpädagogischen* Ausbildung. Ich möchte hieraus einige Ausschnitte zitieren, weil sie einen Umwandlungsprozeß beschreiben, der sich nach meinem Empfinden am eindruckvollsten im Unterrichtsfach Supervision vollzieht und der vielleicht vor allem für den Studiengang Münster charakteristisch ist, da alle Studierenden eine (schul)pädagogische Ausbildung und viele auch Erfahrungen in diesem Beruf haben:

„Unterrichtsstunden (...) wurden von einer gleichbleibenden Gruppe beobachtet. Es wurden den Beobachtenden stets gezielte Aufgaben gestellt: beispielsweise sollte die Schülerbeteiligung und das LehrerInnenverhalten (geplant – tatsächlich gemacht) beschrieben werden. Das alles waren Fragen, die in erster Linie darauf abzielten, ob das Unterrichtsziel der Stunde erreicht war oder nicht. (...) Die unterschiedlichen Ziele von Schule und Therapie bewirken, daß in der Betreuung etwas anderes gelernt wird als in der Supervision. In beiden wird unter anderem Selbstreflexion und richtiges Einordnen ‘des Erfahrenen’ gelernt. Doch das, was im einen (Fall) ‘richtig’ ist, kann im anderen ‘falsch’ sein. (...) In beiden Fällen entsteht ein Ergebnis; das eine ist vorher schon bekannt – und wird dabei immer trotzdem ein bißchen anders sein; das andere ist vorher erahnbar oder unbekannt, es entsteht im Prozeß, ist lebendiger. (...) Die Betreuung der Unterrichtsstunden habe ich als vorwiegendes Orientieren an einer quantitativen Meßlatte empfunden. Wieviel haben die SchülerInnen heute gelernt? Werde ich dem Lehrplan gerecht? Die Supervision (...) empfinde ich als eine Orientierung an einer qualitativen Meßlatte. Konnte z.B. das Kind Eigenes zeigen, war Austausch möglich, Einfühlen und Verstehen? Werde ich dem Kind gerecht und mir selber?“ (ANNE OTTERBEIN)

9. Frage: Falls Sie andere Supervisionsformen kennengelernt haben, beschreiben Sie bitte, welche Unterschiede Sie erlebt haben. (Insbesondere im Hinblick auf die Besonderheit der Supervision als Unterrichtsfach in einer Ausbildung)

14 der Antwortenden berichten über andere Supervisionserfahrungen. In der Distinktion wird eine größere Nähe zur Selbsterfahrung genannt, der einen geeigneterer Rahmen auch für sehr persönliche und privatere Anteile bietet. Dies wird für frei gewählte Einzelsupervision beschrieben und für eine Supervisionsgruppe, die ursprünglich eine musiktherapeutische Selbsterfahrungsgruppe war und deren Zusammenarbeit sich auf supervisorische Themen verlagert hat. Mehrere berichten auch von einer kollegialen Supervisionsgruppe, die aus den gemeinsamen Supervisions- und sonstigen Studienerfahrungen heraus entstanden ist. Hierbei werden die größere Kontinuität im Hinblick auf wiederkehrende Fälle, die kleinere Gruppe und die Unterscheidung erwähnt, daß es eine kollegiale Arbeit ohne Supervisor handelt, was naturgemäß Vorteile und Einschränkungen beinhaltet.

Allgemein ist folgende Zusammenfassung für die Supervision außerhalb institutioneller Zusammenhänge typisch: „Weniger Lehrer-Schüler-Verhältnis, insgesamt wertfreierer Raum, Aspekt der Leistung nicht so stark; andere Auswahlmöglichkeiten der Teilnehmer und des Supervisors; größere Verbindlichkeit, konstantere Zusammenarbeit, auch intensiver; aber auch kostspieliger.“ (ULRIKE MAURER). Verwendet man diese Aussagen zur Charakterisierung der Supervision innerhalb der Ausbildung, so lassen sich hierin auch deren Einschränkungen herauslesen: zu viel Lehrer-Schüler-Verhältnis, nicht frei von Leistungsaspekten, fehlender Wahlfreiheit, zu geringe Verbindlichkeit und Konstanz in der Zusammenarbeit.

Bringt man diese Einschränkungen mit den sonstigen Aussagen zusammen, den positiven Wirkungen sowohl *in* der Ausbildungssituation als auch hinsichtlich der *Ziele* der Ausbildung, der Einübung in eine therapeutische Sicht-, Denk-, Empfindung- und Arbeitsweise, so werden diese in ein Bild gerückt, welches Können und Begrenzung gleichermaßen zeigt und dem *Unterrichtsfach Supervision* einen nun genauer bestimmbaren Platz in der Entwicklung zuweist: Es ist ein geeigneter und zentraler erster Schritt auf dem Weg der Musiktherapeutin. Als *erster* Schritt verlangt es quasi per definitionem nach weiteren und läßt sich zugleich nicht durch diese ersetzen.

Daraus ergeben sich m.E. auch einige Richtlinien bezüglich der (methodischen und persönlichen) Handhabung der Supervision als Unterrichtsfach: daß z.B. die in den Texten häufiger erwähnte ‘Ermutigung’, auch später Supervision in Anspruch zu nehmen, als anzustrebende Gesamtwirkung der Supervision Vorrang hat vor jedem vermeintlichen Anspruch, jeder Fall müsse optimal ausgedeutet, jede wahrgenommene Gegenübertragungsverflechtung gedeutet oder jede verspürte persönliche Einschränkung der Supervisantin ausgesprochen werden; daß die Erfahrung der psychologischen Erkenntnismöglichkeiten einer Gruppe als Gesamt mindestens genauso wichtig ist wie die Hilfestellung durch den Erfahrungsvorsprung der Supervisorin, und daß das Gefühl, als werdende Therapeutin geschätzt und anerkannt zu sein, wichtiger ist als die Suche nach möglichen ‘Fehlern’ in der Handhabung einer Behandlungssituation oder nach persönlichen ‘Schwächen’. Daß auch eine solche Sichtweise die Ängste vor einem kritisch-bewertenden Blick und die Befürchtungen, eigene Schwächen zu offenbaren oder ‘Fehler’

zu zeigen, nicht aufhebt, ist ebenso klar wie die Tatsache, daß auch Lehrende hier ihre Stärken und Schwächen haben.

> So fällt es mir persönlich z.B. durchaus schwer, mich zurückzuhalten, wenn ich bei einer Fallvorstellung eigentlich den Eindruck habe, daß mir schon aus dem Bericht heraus alles 'klar' ist, werde allerdings für ein Abwarten durch das Erleben der Fähigkeiten der Gruppe immer belohnt und oft eines besseren belehrt, während es mir eher entgegenkommt, vermeintliche Fehler oder Schwächen nicht in den Mittelpunkt zu stellen, da mich die vorgetragenen Fälle und das Erleben der Studierenden einfach mehr interessieren.

Hier ist daraufhinzuweisen, daß von den Lehrenden in der Rolle als Supervisor/in eine der therapeutischen Rolle vergleichbare Bewußtmachung und Reflexion persönlicher Eigenarten und ihre methodische Behandlung zugunsten der SupervisantInnen zu fordern ist.

Anzumerken ist an dieser Stelle auch, daß Ausbildung naturgemäß Leistungsansprüche beinhaltet. Dadurch läßt sich die Paradoxie nicht umgehen, daß eine Leistung erbracht werden muß, die Ängste vor dem Nicht-Erbringen-Können der geforderten Leistung psychologisch aber tendenziell eher eine Leistungshemmung zur Folge hat. Aufgrund des starken Zusammenhangs zwischen Lernen und persönlicher Entwicklung zeigt sich diese Paradoxie in Therapieausbildungen wesentlich zugespitzter und zentraler als in anderen Ausbildungs-zusammenhängen, und das Unterrichtsfach Supervision wiederum ist ein Fokus dieser Paradoxie therapeutischer Ausbildungen.

Zurück zu den Antworttexten: Zu einigen Erfahrungen mit verschiedenen Formen von (interdisziplinären) Teamsupervisionen in Kliniken und anderen institutionellen Zusammenhängen wird distinguierend hervorgehoben, daß sich die Supervision in einem festen Team auf die *gemeinsamen* Erfahrungen mit denselben PatientInnen beziehen kann, wodurch z.B. Phänomene deutlich werden können, wie z.B. „daß die Patienten die Klinik, das Personal und die Mitpatienten als Forum für ihre Wiederholungen gebrauchen", während andere angesichts der verschiedenen Hintergründe der TeilnehmerInnen das Vorhandensein einer „gemeinsamen Sprache" vermissen oder erleben, daß Konflikte zwischen den Berufsgruppen in der erlebten Supervisionsform behindernd im Vordergrund stehen, oder in einem anderen Arbeitszusammenhang die Supervision als „Therapieersatz mißbraucht wurde".

Zusammenfassend können wir feststellen, daß die hier erfragte Distinktion sich bei außerinstitutionellen Supervisionsformen wiederum um den Themenkomplex 'Nähe' (zur Selbsterfahrung) und 'persönliche Anteile' zentriert. Auch hier werden die Unterscheidungen eher graduelle als kategorial beschrieben, während sich bei den institutionellen Formen der Supervision des Teams und der Fallsupervision im Team Ansätze kategorialer Unterschiede zeigen. Hier ist das Material allerdings quantitativ zu gering, um daraus deutlichere Schlüsse ziehen zu können.

> Falls man davon ausgehen darf, daß vorhandene Erfahrungen mit Supervisionen in den Institutionen von den Befragten zumindest erwähnt worden wären, erschreckt allerdings die Tatsache, daß offensichtlich nur zweien der Ehemaligen (und einer Studierenden), die nach meiner Kenntnis fast alle in Institutionen arbeiten, die Möglichkeit einer von der Institution finanzierten Supervision geboten wird. Im Vergleich zu den hier vorliegenden Ergebnissen ließe sich daher die Hypothese aufstellen, daß das Bewußtsein der (im Hinblick auf den Beruf) 'jungen' und

angehenden MusiktherapeutInnen bezüglich der Notwendigkeit von Supervision für eine therapeutische Arbeit höher ist, als das derer, die therapeutische oder therapierelevante Institutionen (Psychiatrische und psychosomatische Kliniken, heilpädagogische Einrichtungen etc.) leiten. Dieser Hypothese in einer Befragung einer größeren Anzahl berufstätiger KollegInnen nachzugehen wäre vielleicht nicht uninteressant.

10. Frage: Konnte die Abgrenzung zur Selbsterfahrung für Sie angemessen gehandhabt werden?

Auch diese einer genaueren Distinktion dienende Fragestellung enthält einen gewissen suggestiven Anteil, da sie davon ausgeht, *daß* die Supervision *irgendeine* Abgrenzung zur Selbsterfahrung benötigt. Da mir die Möglichkeit, *nicht* von dieser Annahme auszugehen, tatsächlich bei der Formulierung so nicht eingefallen war, möchte ich zum Einstieg eine Antwort zitieren, die sich in gewisser Weise von der Selbstverständlichkeit einer Unterscheidung abgrenzt, sie zugleich aber auch ausführt:

„Was ist Abgrenzung zur Selbsterfahrung? (...) Wer in der Supervision nichts über sich selbst erfahren will, sollte nicht TherapeutIn werde. / Wer in der Supervision nichts über sich erfährt, hat gute Gründe dafür. / Wer in der Supervision Therapie sucht, ist (sicher nicht zum ersten Mal) in der falschen Veranstaltung. / Was ich in der Supervision über mich lernen will, entscheide ich selbst." (MARTIN LENZ)

Auch in einem anderen Text heißt es: „Supervision ist für mich Selbsterfahrung; es gelingt mir nicht, eine klare Grenze zu ziehen." Aber auch hier wird diese Grenze dann doch benannt: „Als wichtig erachte ich den Schutz des Einzelnen, der sich der entstehenden Gegenübertragung z.B. nicht bewußt wurde und die für ihn unvorhergesehenen persönlichen Belange nicht preisgeben möchte. Der Anspruch an die Supervisorin war hoch, die Teilnehmer im Hinblick auf den Umgang mit persönlichen Gefühlen von anderen zu sensibilisieren und dann doch Grenzen zu setzen, wenn eine Verletzung solcher Gefühle drohte." (ANNETTE BOSSMANN)

Nahezu alle (23 von 24) gehen auf die gestellte Frage ein oder bringen an anderer Stelle eigene Überlegungen zu der Thematik im weiteren Sinne ein. In vielen Texten wird deutlich, wie wichtig das Gefühl ist, hier eine 'angemessene' Form zu finden, die sich zwischen zwei Polen bewegt: dem einen, an dem etwas *in diesem Setting* zu nah, zu persönlich, zu sehr auf die Eigenart der Supervisantin eingehend wäre und dem anderen Pol, an dem ein therapeutisches Lernen nicht mehr möglich wäre, weil die persönlichen Empfindungen zu wenig Raum hätten und eine Sachlichkeit entstehen würde, die weder der Rollenfindung noch der Arbeit mit den PatientInnen gerecht werden würde. Die Texte legen insofern nahe, daß es vielleicht angemessener wäre, hier von einer Balance zu sprechen als von Abgrenzung.

Die Frage selbst, *ob* diese Balance gefunden werden konnte, bejahen auf der generellen Ebene alle Befragten direkt oder indirekt, einige erwähnen zugleich einzelne Ausnahmen, Situationen, in denen in diesem Sinne etwas zu nah war oder sie sich von den anderen TeilnehmerInnen mißverstanden fühlten.

Über diese direkte Antwort auf die Frage hinaus finden sich in vielen Texten Aussagen darüber, *wie* die Verwandtschaft und Unterscheidung zwischen Supervision als integriertem Studienfach und der extern stattfindenden Selbsterfahrung/Lehrtherapie gesehen und empfunden wird. So z.B.:

„Im Gegensatz zur Supervision bezieht sich die Selbst-Erfahrung ja ausdrücklich auf persönliches Erleben und individuelle Konflikte im Therapie-Prozeß. Dies hätte eine therapeutische Übertragungsbeziehung zur Voraussetzung, die es m.E. zwischen Lehrenden und Lernenden nicht geben darf." (IRIS BRANDEWIEDE)

Daß es hier nicht um eine *Aus*grenzung geht, sondern um eine Balance, zeigen auch Formulierungen wie: die Grenzen seien „fließend", „relativ schmal", wurden als „brenzlig, aber gewahrt" erlebt oder als „berührt, aber nicht überschritten".

Hinsichtlich der (nicht gestellten) Frage, wer eigentlich die Verantwortung für die Wahrung dieser Balance trägt, wird zwar sowohl die Eigenverantwortung als auch die der anderen TeilnehmerInnen erwähnt, dennoch ist hier in der Antworttendenz erkennbar, daß *diese Aufgabe* stärker der Supervisorin zugeschrieben wird. Die allgemeine Antworttendenz zeigt hier einen deutlichen Unterschied zu Ausführungen unter anderen Gesichtspunkten, in denen die Verantwortung aller für das Gelingen der Veranstaltung gleichgewichtiger gesehen wird. Die Verantwortung der Supervisorin drückt sich zum einen in allgemeinen Begriffen aus: sie muß „achtsam" sein, „für den Rahmen sorgen", „eine klare Linie zeigen", „sich für die einzelnen Studenten engagieren" und notfalls auch „intervenieren", wenn jemand von sich aus die Balance für sich selbst oder gegenüber anderen zu verlieren droht und evtl. „auf die Selbsterfahrung verweisen".

Zum anderen finden sich in den Texten aber auch methodische Hinweise, die Auskunft darüber geben, was dabei hilfreich sein kann, bzw. als hilfreich erlebt wurde. Neben dem mehrmals erwähnten Schutz durch die „Fallbezogenheit der Supervision", werden andere Beispiele des Erlebten gegeben: „indem sie (die Supervisorin) immer wieder Gedanken ansprach, dann aber manchmal diese (offen) im Raum stehen ließ"; „daß manchmal spezifische Probleme auf einer eher allgemeinen Ebene abgehandelt wurden, um sie einerseits nicht rausschmeißen zu müssen und andererseits dem Einzelnen nicht zu nahe zu treten"; „ daß, und das war zumindest mein Eindruck, der Schutz dessen, der den Fall vortrug, das wichtigste war, wichtiger oft als die unbedingte Klärung des Problems." Das Offenlassen von Bezügen scheint insgesamt eine Möglichkeit zu schaffen, auch in der Supervision 'etwas über sich' zu erfahren, ohne daß dadurch Grenzen verwischt werden, weil der Unterschied zur Selbsterfahrung in diesen Fällen darin besteht, daß man nicht aufgefordert ist, dies in der Situation auszusprechen.

An dieser Stelle wird m.E. zugleich deutlich, daß die Supervision der Selbsterfahrung/Lehrtherapie als ihrer notwendigen Ergänzung bedarf.

Wenn hier verkürzend von 'Persönlichem', 'Eigenem' oder 'etwas über sich erfahren' die Rede ist, so ist damit ja nicht gemeint, daß man wie in jeder Lebenssituation immer auch *irgendetwas* über sich selbst erfährt, sondern es sind damit Prozesse angesprochen, in denen Unbewußtes zum Bewußtsein gebracht wird, Verdrängtes aufzutauchen beginnt oder gar aufzutauchen 'droht', Ungeliebtes erkennbar wird oder etwas deutlich(er) wird, was man von sich aus guten Gründen nicht wissen will, nicht spüren kann und darf. Daß solche Momente dem Einzelnen auch in der Supervision widerfahren, läßt sich erstens kaum vermeiden und ist zweitens sicher auch im Sinne einer therapeutischen Ausbildung. Daß solches unausgesprochen im „Raum stehen bleiben" darf, kann aber nur dann sinnvoll sein

und ist im Grunde den SupervisantInnen nur dann zumutbar, wenn es einen anderen Ort, eine andere Beziehungskonstellation gibt, in der das so Angerührte dann tatsächlich den ihm gebührenden Raum einnehmen darf. Daß die emotionale Resonanz eher auf den Fall bezogen wird und nicht nach den persönlich-biographischen Zusammenhängen gefragt wird, ist den PatientInnen nur zuzumuten, wenn die Bearbeitung möglicher persönlicher Einschränkungen oder biographischer Verstrickungen für das Erleben der TherapeutInnen an anderer Stelle gewährleistet ist.

Die Aussage, die Grenze zur Selbsterfahrung sei „fließend", läßt sich auch so verstehen, daß sie aufgrund des unterschiedlichen Grades an Selbsterfahrung – wie natürlich auch der sowieso gegebenen Verschiedenartigkeit der SupervisantInnen – auch individuell unterschiedlich ist, bzw. unterschiedlich gehandhabt werden muß. Darin liegt vielleicht eine der größten Schwierigkeiten für die Supervisorin, denn dieselbe Formulierung mag für den einen Menschen etwas berühren oder auslösen, was ihn (derzeit) überfordert und für den anderen etwas sein, was ihm problemlos bewußt werden kann. Das Setting der Supervision als Lehrveranstaltung beinhaltet in dieser Hinsicht eine recht hohe Heterogenität der Gruppe. Daß sich daraus die Notwendigkeit eines je individuellen Umgangs mit dem Einzelnen ergibt, ist ebenso selbstverständlich wie es unwahrscheinlich ist, daß die darin ja immer enthaltene Einschätzung des Einzelnen von seiten der Supervisorin immer 'angemessen' ist. Entsprechend finden sich in den Texten sowohl Bemerkungen über das als angenehm erlebte 'Offenlassen' der Bezüge zum Persönlichen als auch der Wunsch nach einem „direkteren Ansprechen".

Die Heterogenität dieser Gruppen birgt aber m.E. auch ein großes Potential an Lernmöglichkeiten: wenn es z.B. mit einer (erfahreneren) Supervisantin problemlos und ohne Überforderung möglich ist über spezielle Aspekte einer Gegenübertragungskonstellation zu sprechen, so kann ein anderer daran einen Umgang erleben, der ihm 'an sich selbst' (am eigenen Beispiel) so noch nicht möglich wäre, in den er aber auf diese Art 'hineinwachsen' kann. Die Lehrveranstaltung Supervision läßt sich darin als eine hervorragende Möglichkeit bezeichnen, in eine 'psychotherapeutische Kultur' hineinzuwachsen.

Mit einem solches Hineinwachsen ergeht es uns ähnlich wie mit den Prozessen des Aufwachsens in einer Kultur. Es geschieht uns und wir spüren es, können es aber nicht genauer beschreiben. Ich möchte daher zum Abschluß hier einen Text zitieren, der dies m.E. widerspiegelt: „Im Hinblick auf die gesamte bisherige Supervisionszeit merke ich, daß ich durch das regelmäßige Besuchen der Supervisionsveranstaltung sowie das immer intensivere Beschäftigen mit den dort angesprochenen Themen (...) immer mehr von dem dort Ausgesprochenen verstehe. Diese Veränderung ist schwer zu beschreiben, da ich eigentlich nicht viel anderes tue als zu Beginn des Studiums. Dennoch fügen sich immer mehr Zusammenhänge, Erfahrungen, Eindrücke aneinander und ergänzen sich. Mit den Zusammenhängen wächst auch die Sicherheit etwas „richtig" zu verstehen." (ANNE OTTERBEIN)

Zusammenfassung

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß in der grundsätzlichen Abwägung des Gewinns und des Konfliktpotentials von Supervision unter den Rahmenbedingungen einer staatlichen 'Ausbildung' mögliche Rollen- und Beziehungskonflikte am deutlichsten als Einschränkung hervortreten, ergänzt durch den Aspekt eines potentiell behindernden

Leistungsdrucks. Demgegenüber finden sich eine Fülle an positiven Aspekten ausgeführt, die sich differenzieren lassen in diejenigen, die wir üblicherweise von einer Supervision erwarten würden, und diejenigen, die sich speziell auf die Ausbildungssituation beziehen und darin den methodisch-didaktischen Wert einer Supervision in der Ausbildung als ein Spezifikum dieses Settings hervortreten lassen (vgl. Zusammenfassung S. 18/19). Dabei halten sich sachliche (auf die Lernziele bezogene), rollenspezifische und eher emotionale Aspekte (Ermutigung etc.) die Waage.

Im Zusammenhang des Kanons der Ausbildungsfächer läßt sich die Supervision als Schnittstelle zwischen der Lehrmusiktherapie und den praktischen und theoretischen Fächern charakterisieren. Sie stellt sich als eine Drehfigur dar, in und mit der sich 'Fachliches' und 'Persönliches' ineinanderdreht und zugleich auf die musiktherapeutische Arbeit mit den PatientInnen zubewegt. Sie läßt sich als ein erster Schritt kennzeichnen, der weiterer Schritte bedarf und dazu beitragen kann, daß eine supervisorische Begleitung der therapeutischen Arbeit auch später aufgenommen wird.

Das beschriebene Konfliktpotential wird zum einen als einer therapeutischen Ausbildung immanent erkennbar und läßt zum anderen Grundzüge hervortreten, in denen sich Lerninhalte und Lernziele in den erlebten Lernsituationen prototypisch spiegeln können. Die Supervision erweist sich darin als ein geeignetes Medium des Hineinwachsens in eine therapeutische Sicht- und Denkweise, als erster Schritt einer 'therapeutischen Kultivierung'.

Hinsichtlich des sinnvollen Umgangs mit dem immanenten Konfliktpotential konnten aus der Untersuchung zum einen wichtige methodische Hinweise gewonnen werden, wie z.B. das Primat der Fallbezogenheit gegenüber einer Analyse der persönlichen Bezüge der SupervisantInnen, das Primat des Schutzes und der persönlichen Förderung der SupervisantInnen gegenüber jeglichem Ehrgeiz hinsichtlich einer 'optimalen' Ausdeutung des vorgestellten Falles und die Anwendung allgemeiner psychotherapeutischer Erkenntnisse auf die Supervision selbst, wie z.B. daß die Förderung der Bewußtmachung von Beziehungs- und Rollenkonflikten bei den Studierenden und die Beachtung der Regeln der Selbstreflexion auf seiten der SupervisorInnen möglichen Verwicklungen entgegenwirken können.

Zum anderen finden sich – in scheinbarem Gegensatz – zahlreiche Hinweise darauf, daß das Gelingen oder Mißlingen weitgehend auch von dem 'persönlichen Umgang' der Supervisorin mit den Studierenden und mit den auftauchenden Situationen abhängt, sowie dem aller Beteiligten untereinander. Diese Tatsache als unabwendbar „nur" persönlich, als erfreulichen oder bedauerlichen subjektiven „Rest" in einen Gegensatz zum Methodischen zu stellen, schiene mir allerdings therapeutisches Denken an einer entscheidenden Stelle zu verlassen, denn gerade die Möglichkeit einer methodischen Reflexion und Bearbeitung des scheinbar „nur Persönlichen" ist ein wesentlicher Kern jeder therapeutischen Beziehungsgestaltung. Sie muß daher auch für die therapeutische Supervision und die in und mit ihr sich gestaltenden Beziehungen gelten, und zwar unter der besonderen Berücksichtigung ihrer Ziele, Rahmenbedingungen und der dadurch bestimmten Rollen, in der sich die Beteiligten zueinander befinden.

Ich danke allen Beteiligten für ihre Mitarbeit, für die Sorgfalt und die Ernsthaftigkeit des Eingehens auf die Fragen, die sich mir beim Lesen vieler Texte vermittelte.

LITERATUR

Blarer, Arno von (1994): Gegenübertragung in der psychoanalytischen Supervision. In Psyche 48, S. 425 - 452

Friedrichs, Jürgen (1980): Methoden empirischer Sozialforschung. Opladen

Huber, Günter L.; Mandl, Heinz (Hg) (1982): Verbale Daten. Weinheim/Basel

Tüpker, Rosemarie (1996): Supervision als Unterrichtsfach in der musiktherapeutischen Ausbildung. Musiktherapeutische Umschau 17, S. 242-251

Anhang

Der Fragebogen

Fragen zur Supervision als Unterrichtsfach

- Die Fragen beziehen sich insgesamt nur auf die Erfahrungen in der Supervision bei mir im Rahmen des Zusatzstudienganges.
- Auch wenn Sie nur zu einer oder einigen Fragen etwas schreiben möchten, bin ich an Ihrer Mitarbeit interessiert.
- Benutzen Sie für Ihre Ausführungen einfach die durchlaufende Numerierung zur Kennzeichnung. Falls es Ihnen den Arbeitsaufwand erleichtert, können Sie auch mit der Hand schreiben.
- Falls Sie lieber eine durchgehende Darstellung eigener Gedanken schreiben wollen, benutzen Sie bitte die Nummer 11 als Kennzeichnung.

Im Original folgte hier die Möglichkeit des Ankreuzens bezüglich des Zitierens.

0. Wieviele Semester haben Sie an der Veranstaltung Supervision teilgenommen?

1. Sind Sie der Meinung, daß die Supervision als Unterrichtsfach einer musiktherapeutischen Ausbildung grundsätzlich (unter Abwägung ihrer Vorteile und Probleme) sinnvoll ist? Warum? / Warum nicht?

2. Welche Gruppengröße halten Sie für diese Arbeit für

   a) ideal,

   b) noch akzeptabel?

3. Welche Arbeitsmethoden/Vorgehensweisen fanden Sie geeignet und welche ungeeignet oder problematisch? Warum?

4. Welche besonderen Konflikte /Probleme sehen Sie in der Supervision als Unterrichtsfach? (z.B. in bezug auf die Beziehungen untereinander.

5. Was fanden Sie hilfreich, diesen Konflikten/Problemen zu begegnen? Haben Sie weitere Vorschläge, die wir noch nicht erprobt haben?

6. In welcher Hinsicht konnten Sie insgesamt (falls es zutrifft) von der Supervision profitieren;

   a) wenn Sie selbst einen „Fall“ oder ein „Problem“ vorgestellt haben?

   b) Wenn andere etwas vorgestellt haben?

7. Bitte beschreiben Sie ein oder mehrere Beispiele, an die Sie sich erinnern.

(Z.B. im Hinblick auf wichtige Eindrücke aus den Fällen der anderen, erlebte Wendungen, die Sie wichtig fanden etc.)

8. Sehen Sie Unterschiede zu anderen Lehrveranstaltungen? Welche?

9. Falls Sie andere Supervisionsformen kennengelernt haben, beschreiben Sie bitte, welche Unterschiede Sie erlebt haben (Insbesondere im Hinblick auf die Besonderheit der Supervision als Unterrichtsfach in einer Ausbildung).

10. Konnte die Abgrenzung zur Selbsterfahrung für Sie angemessen gehandhabt werden?

11. Anderes, Weiteres, Eigenes …

ZEITSCHRITEN-ARTIKEL

4.2

Supervision als Unterrichtsfach in der musiktherapeutischen Ausbildung[5]

Zusammenfassung Supervision wird hier als unverzichtbarer, aber nicht unproblematischer Teil der musiktherapeutischen Ausbildung beschrieben. In die Analyse ihres Gewinns im Hinblick auf den zukünftigen Beruf und ihrer Probleme in bezug auf Beziehungskonstellationen und Rollenkonflikte sind dabei die Ergebnisse einer an anderer Stelle veröffentlichten Untersuchung über Erleben und Einschätzung aus Sicht der Studierenden einbezogen.

Summary Supersision is here described as an indispensable but by no means unproblematic ingredient of music therapy training. The analysis of its benefits for the professional future of the music therapist and its problems witz regard to relationship constellations an role conflicts is supplemented by the findings of a survey published elsewhere on experience and assessment from the student perspective.

Keywords Supervision and music therapy training, Relationship constellations, Role conflicts

Einleitung

Supervision kennt nicht nur unterschiedliche Arbeitsformen, sondern ebenso verschiedene Gegenstände, auf die sie sich beziehen kann, wie z.B. in der Unterscheidung von Fall- oder Teamsupervision. In diesem Artikel soll von fallbezogener Supervision der musiktherapeutischen Praxis die Rede sein. Darunter verstehe ich zunächst allgemein die teilnehmende Begleitung und Unterstützung einer in ihrem Beruf 'jüngeren' Therapeutin[6] durch eine in diesem Beruf erfahrene Kollegin. Gegenstand der Supervision ist die Arbeit der Supervisantin[7] mit ihren PatientInnen oder KlientInnen. Die *Teilnahme* der Supervisorin

[5] In: Musiktherapeutische Umschau 3-4, Band 17, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen/Zürich 1996, 242-251

[6] In den Fällen, in denen die deutsche Grammatik die einfache Kennzeichnung beider Geschlechter mit Hilfe des großes 'I' im Wort nicht erlaubt, benutze ich die weibliche Form. Männer sind auch dann mitgemeint.

[7] Ich übernehme hier die Schreibweise von Arno von Blarer (1994), die im Sinne Lacans darauf aufmerksam machen soll, daß man sich mit der Inanspruchnahme von Supervision nicht zum Objekt der Supervision macht (einer zu Supervidierenden), sondern mit der Supervisorin zusammen Subjekt des gemeinsamen Werkes Supervision ist.

ist eine mittelbare, denn sie ist in dieser Arbeit selbst ebensowenig anwesend wie die Patientin in der Supervision realiter anwesend ist. Die *Unterstützung und Begleitung* kann alle Aspekte der therapeutischen Arbeit betreffen: Behandlungstechnisches und allgemein Methodisches ebenso wie Unsicherheiten und Irritationen im (sich entwickelnden) Selbstbild als MusiktherapeutIn, die Suche nach dem der Person der Therapeutin angemessenen 'Arbeitsstil' ebenso wie die sich aus dem jeweiligen Arbeitsfeld ergebenden Besonderheiten des musiktherapeutischen Vorgehens und die Konflikte (in) der Institution. Ihr *zentraler Drehpunkt* ist der gemeinsame Versuch, den jeweiligen 'Fall' unter Einbeziehung der Übertragungs- und Gegenübertragungskonstellation besser zu verstehen.

Mit dem verallgemeinernden Begriff 'Fall' ist zumeist die jeweilige Patientin oder Gruppe gemeint, die als musiktherapeutischer Behandlungsfall vorgetragen wird. Manchmal kann aber auch z.B. die 'institutionalisierte Abwehr' (Mentzos 1976) oder ein anderer übergreifender Konflikt der Fall sein, um den es geht. Was im jeweiligen Fall 'der Fall' ist, stellt sich bisweilen erst im Laufe der Supervision selbst heraus.

Beschreiben möchte ich in diesem Artikel meine Erfahrungen mit Supervision als Lehrveranstaltung, wie ich sie seit 1991 im Zusatzstudiengang Musiktherapie Münster regelmäßig anbiete. Den Hintergrund bieten andere Erfahrungen, die ich als Supervisantin und Supervisorin in unterschiedlichen Zusammenhängen gemacht habe. In Münster biete ich Supervision im zeitlichen Rahmen eines Seminares (eineinhalb Zeitstunden, einmal wöchentlich, Gruppenveranstaltung) an. Teilnehmen können Studierende, die sich in einem Praktikum befinden oder in anderen Zusammenhängen musiktherapeutisch tätig sind und eigene Fälle vorstellen möchten. Die Zusammensetzung der Supervisionsgruppe wechselt semesterweise. Weitere Supervisionsveranstaltungen werden derzeit von anderen Lehrenden nicht angeboten, bisweilen bieten PraktikumsanleiterInnen in unterschiedlichen Formen Supervision an. Die Supervision ist keine Pflichtveranstaltung und es steht den Studierenden frei, sich ergänzende oder alternative Supervisionsmöglichkeiten, insbesondere auch Einzelsupervision, außerhalb des (kostenlosen) Studienangebotes zu suchen. Die Inanspruchnahme der Supervisionsveranstaltung *im* Studium hat sich von Beginn bis heute ungefähr vervierfacht.

Die Integration einer therapeutischen Supervision in einen staatlichen Studiengang beinhaltet spezifische Probleme, die sich in der Formulierung 'Supervision als Unterrichtsfach' zuspitzen lassen: eine Arbeitsform, die persönliches Erleben berührt und in gewisser Weise 'verlangt', sich dem nicht zu verweigern, findet in zeitlicher Nähe zu anderen Lehrveranstaltungen statt, zum Teil unter derselben Leitung, mit denselben Mitstudierenden, zu denen auch private Beziehungen bestehen, in einem Rahmen, in dem es auch um Leistung und Beurteilung geht und an einer 'öffentlichen' Institution, die sonst eher einer Wissensvermittlung dient, deren Erfolg möglichst kontrolliert beurteilbar sein sollte. ('Supervision als Unterrichtsfach' meint natürlich nicht, daß hier im üblichen Sinne „unterrichtet" wird.) Von den deutschen Musiktherapiestudiengängen ist der Münsteraner dabei vielleicht derjenige, in dem sich diese Probleme am deutlichsten zeigen, da er von der gesamten Konzeption und Organisation des Studiums her am meisten einem üblichen Universitätsstudium ähnelt: keine festen Studiengruppen, keine 'persönliche' Vorauswahl der Studierenden, sondern formale Aufnahmekriterien, Vollzeitstudium, Semesterorganisation, verglichen mit den anderen Musiktherapieausbildungen relativ große Wahlmöglichkeiten im Hinblick auf einzelne Fächer, Studiendauer, Studienorganisation, Prüfer, Selbsterfahrung.

Die Frage, ob diese immanenten Probleme so handhabbar sind, daß sich Supervision *in diesem Rahmen* insgesamt als sinnvoll erweist, läßt sich letztlich nur unter Einbeziehung des

Erlebens und der Beurteilung der Studierenden selbst beantworten. Aus diesem Grunde wurde anläßlich dieses Artikels eine schriftliche Befragung all der derzeitigen und ehemaligen Studierenden durchgeführt, die seit 1991 für mindestens ein Semester an der Supervision teilgenommen hatten. Die von ihrem Charakter her explorative Untersuchung (vgl. R. Tüpker 1996) erwies sich insbesondere durch die sehr ausführlichen Beschreibungen der Studierenden zu den offenen Fragen qualitativ als sehr ergiebig[8]. Die Untersuchung selbst konnte hier aufgrund der vorgegebenen Kürze in ihrer methodischer Anlage und Auswertung nicht dargestellt werden, ihre Ergebnisse sind aber in der Darstellung der hier behandelten Gesichtspunkte berücksichtigt.

Notwendigkeit und Problematik

Supervision berührt einerseits Bereiche des Erlebens, der Erfahrung und der psychischen Verarbeitungsweisen der Studierenden, die für gewöhnlich eher einem Bereich zugeschrieben werden, den wir umgangssprachlich mit Begriffen wie „privat", „persönlich" oder „intim" von dem „öffentlichen" Bereich einer Ausbildungssituation getrennt halten. Sie ist darin der Selbsterfahrung/Lehrtherapie verwandt. Ihr Behandlungsgegenstand unterscheidet sich von dem der Lehrtherapie allerdings in einer Art Umkehrung: in der Lehrtherapie sind Auszubildende selbst der Gegenstand der Behandlung, wenn auch *im Hinblick* darauf, daß diese eigene Therapieerfahrung als wesentliche Voraussetzung für die Behandlung eigener Fälle angesehen wird und (zumindest nach offizieller Lesart) aus diesem Grunde stattfindet. Gegenstand der Supervision hingegen sind die musiktherapeutischen Behandlungsfälle, nur im Hinblick auf sie spielen die „persönlichen Dinge" eine Rolle. Der Grad der 'Verwandtschaft' von Selbsterfahrung und Supervision kann unterschiedlich sein; anders ausgedrückt: wie stark Supervision Aspekte der Selbsterfahrung berührt, kann unterschiedlich gehandhabt werden.

In der Einschätzung der Studierenden wird diese Verwandtschaft verspürt und als Unterscheidungsmerkmal zu anderen Lehrveranstaltungen erwähnt. Bedingung dafür, daß sie in einem der Studiensituation angemessenen Maß bleibt, scheint zum einen die Konzentration auf den Fall zu sein, zum anderen die Bewußtheit aller, daß hier die jeweils subjektive Grenze wahrgenommen und respektiert werden muß. Es wird empfohlen, diese Abgrenzung immer wieder einmal selbst zum Thema zu machen. Supervision kann die Notwendigkeit der Selbsterfahrung spürbar werden lassen, die dann einen anderen 'Ort' braucht. Manchmal wird auch erlebt, daß es fachlich sinnvoll und menschlich entlastend sein könnte, wenn persönliche Betroffenheiten stärker zu Wort kommen könnten, als es in diesem Rahmen möglich ist. Aus dem Erleben solcher 'Begrenztheiten' kann das Bewußtsein erwachsen, „daß es so etwas wie eine »Rundumversorgung« nicht gibt und jede/r selbst genötigt ist, danach zu suchen, welche Formen der Unterstützung es wo geben kann", wie eine Studierende es formuliert.

Supervision ist andererseits als selbstverständlicher Bestandteil einer psychotherapeutischen Ausbildung anzusehen. Das ist schulenübergreifend ebenso Konsens wie die Bedeutung der Selbsterfahrung/Lehrtherapie. Unter Anerkennung der Tatsache, daß Musiktherapie nicht immer und nicht notwendig im engeren Sinne Psychotherapie sein will oder sein muß, *ermöglicht* der angestrebte Abschluß aber immer auch eine Tätigkeit in Arbeitsfeldern, in denen ein psychotherapeutisches Verstehen gefordert ist, z.B. in der Psychosomatik, in der Psychiatrie, in Psychotherapieabteilungen. Darüber hinaus entsteht gerade von Seiten

[8] An dieser Stelle möchte ich nochmals allen an der Untersuchung Beteiligten herzlich für ihre Mitarbeit danken.

der Musiktherapie auch in den Arbeitsfeldern, die nicht als 'klassisch' psychotherapeutische angesehen werden, ein zunehmend psychotherapeutisches Verständnis der eigenen Arbeit, wie z.B. in der Arbeit mit geistig behinderten oder geriatrischen PatientInnen.

Aus diesem Grunde muß dieser Konsens grundsätzlich auch für eine Musiktherapieausbildung gelten. Angesichts anderer Arbeitsmöglichkeiten sollten die Studierenden m.E. aber nicht auf eine psychotherapeutische Arbeitsweise festgelegt werden, zumal nicht unbedingt jede/r dafür geeignet ist, ohne daß ihr oder ihm damit abzusprechen ist, in einer anderen Form eine sinnvolle musiktherapeutische Arbeitsweise und ein entsprechendes Betätigungsfeld finden zu können.

Dies erscheint zunächst als ein Widerspruch, der nicht mit der lapidaren Feststellung übergangen werden kann, diese Vorgaben würden auch denjenigen, die nicht in diese Richtung gehen werden, „ja nicht schaden". Vielmehr erscheint es mir dieser Sachlage angemessen, daß Lehrtherapie und Supervision *während der Ausbildungszeit* so ausgerichtet sind, daß sie *auch* dazu dienen können, daß die Studierenden gerade hier selbst herausfinden, welche Arbeitsweisen für sie persönlich angemessen sind, gegebenenfalls auch, daß Musiktherapie für sie „doch nicht das Richtige" ist. Abbruch des Studiums, Neuorientierungen oder das Wiederaufgreifen des vorangegangenen Berufes müßten idealiter der „Erreichung des Studienzieles" gleichwertig sein und vom Betroffenen als Klärung und nicht als Versagen erlebt werden können. Dies ist sicherlich eines der am schwierigsten zu erreichenden Ziele, da die Beeinflussung durch die Person der Lehrenden und die gemeinsame Ausrichtung der meisten Studierenden auf die Suche nach einem musiktherapeutischen Selbstbild auch durch unbewußte Prozesse und Übertragungsphänomene geprägt ist, die bewußte Einstellungen und verbale Aussagen konterkarieren können. Für diejenigen, die sich entscheiden im engeren Sinne psychotherapeutisch zu arbeiten, sollten Selbsterfahrung und Supervision in den musiktherapeutischen Ausbildungen eine Erfahrung sein, die auch dazu dient, eine angemessene Einschätzung darüber zu gewinnen, in welcher Form und Intensität Supervision und weitere eigene Therapie *nach Abschluß der Ausbildung* fortzuführen sind.

Der Selbstverständlichkeit von Lehrtherapie und Supervision in psychotherapeutischen Ausbildungen gegenüber stehen die besonderen Bedingungen der Musiktherapieausbildungen, die sich daraus ergeben, daß mit ihnen – zumindest in Deutschland – das Novum von Psychotherapie beinhaltenden Ausbildungen an staatlichen Institutionen geschaffen wurde. Damit befinden sich die Musiktherapieausbildungen gerade in den Bestandteilen, die die Persönlichkeit der Auszubildenden, ihre psychische Verfassung und deren Beeinflussung und Beurteilung betreffen, in einer relativ traditionslosen Situation. Obwohl es selbst im Bereich der Psychotherapie-Weiterbildung vereinzelt Prozesse gibt, die die Verpflichtung zur Selbsterfahrung zum Thema haben[9], unterliegen privatrechtliche Weiterbildungen im Hinblick auf die Fragen, wie viel „Persönliches" Auszubildende in welcher Form von Veranstaltung zur Disposition zu stellen haben, ob und in welcher Form Beurteilungen über so etwas wie die „persönliche Eignung" oder „therapeutische Reife" Maßstab für Bewertungen der Studienleistungen und die Erreichung des Abschlusses sein dürfen, anderen Bedingungen als staatliche Ausbildungen. (vgl. u.a. die Debatte zur Lehranalyse in H. Thomä 1991, H. Beland 1992, H. Thomä 1992.) Mit der Ansiedelung der Musiktherapieausbildungen im staatlichen Ausbildungsbereich treten daher erstmalig gesetzliche Regularien in Kraft, die in ihrer Auswirkung fachlich von den traditionellen Psychotherapierichtungen bisher kaum

[9] Mitteilung Prof. Dr. H. Kächele, Ulm

diskutiert werden mußten. (Das wird sich evtl. durch Neuorientierungen im Zusammenhang des geplanten Psychotherapeutengesetzes für PsychologInnen ändern.)

Beziehungskonstellationen – Rollenkonflikte

Eine psychologischen Gesichtspunkten genügende Analyse der Komplexität all der Beziehungskonstellationen, insbesondere unter Berücksichtigung der mit einfließenden Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene ist hier nicht möglich. Statt dessen sollen stichwortartig die vier betroffenen Beziehungsfelder – im Spiegel des Erlebens der Studierenden – angesprochen werden. (Genauere Analyse s. Tüpker 1996)

1. Die unterschiedlichen Beziehungen der Studierenden untereinander werden in ihrem Einfluß auf die Supervision teilweise als hilfreich, teilweise als erschwerend erlebt. Das gute Sich-Kennen aus privaten Freundschaften oder einer gemeinsamen Selbsterfahrung kann das Vertrauen in der Supervisionsgruppe fördern, es aber auch schwierig machen zu entscheiden, wie man mit Einfällen aus solchen Quellen in der Supervisionsgruppe umgehen soll. Daß in der Gruppe auch Studierende sind, die man nicht gut leiden kann, wird als Hemmnis, aber auch als notwendige und akzeptierbare Herausforderung erlebt. Ängste, die sich vorwiegend um die Themen 'Sich-Zeigen' und 'Leistung und Konkurrenz' drehen, sind handhabbar, da (und unter der Bedingung daß) *alle* etwas von sich zeigen und immer wieder erlebt wird, daß andere ähnliche Probleme kennen und dies auch mitteilen. Das Lohnende in der Überwindung von Ängsten zeigt sich in Schilderungen, die betonen, daß es hier gar nicht um 'Fehler' gehe, daß die Einfälle aller ein wichtiger Beitrag zum Verstehen des Falles sein können, daß Anerkennung, Ermutigung und Unterstützung erlebt wurde und daß das Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten gewachsen sei. Verspürt wird auch das Gefühl der Verantwortung untereinander, und daß das Gelingen dieses Unternehmens auch von der Sensibilität und Achtung füreinander abhängt. Der umgekehrte Einfluß – von der Supervision auf das sonstige Beziehungsgeschehen – wurde weniger beschrieben, einige Hinweise zeigen aber einen Zusammenhang zu bestimmten Arbeitsformen. (s.u.)

2. Die Tatsache, daß die Supervisorin auch als Prüferin wählbar ist, setzt Phantasien darüber frei, daß ihre Kenntnis auch persönlicher Probleme und des Verhaltens im Umgang mit den PatientInnen in Bewertungen einfließt. Das kann sich sowohl als Befürchtung als auch als positive Erwartung (und Erfahrung aus Prüfungen) auswirken. Insgesamt steht die Zuspitzung hinsichtlich der Prüfungen im Zusammenhang mit dem gesamten Geschehen der bewußten und unbewußten (Übertragungs- und Gegenübertragungs-) Beziehung mit ihr als Leiterin des Studiengangs und der Gestaltung dieses Beziehungsgeschehens. Ihr persönlicher Umgang mit der Gruppe, jeder einzelnen und gerade mit dem, was vom einzelnen als 'Schwäche' erlebt wird, wird dadurch zu einer der entscheidenden Variablen für das Gelingen oder Mißlingen dieses Unternehmens. Dies zeigt sich in den Ausführungen der Studierenden u.a. in der häufigen Zusammenstellung von positiven Beschreibungen der Erfahrungen mit der real erlebten Supervision mit 'konjunktivistisch warnenden' Hinweisen, daß dies bei einer anderen Leitung auch ganz anders hätte ausgehen können.

3. Nicht übersehen werden sollte der Einfluß auf das Beziehungsgeschehen zwischen SupervisantIn und PatientIn. Supervision schafft eigentlich immer ein

Beziehungsdreieck, bei dem mal die Supervisorin (und die anderen TeilnehmerInnen der Supervisionsgruppe), mal die Patientin „durch Abwesenheit glänzen“ (wie A. v. Blarer (1994) es so treffend formuliert): In der Supervisionssitzung gerät die Beziehung PatientIn-TherapeutIn in den Einfluß der Beziehung der Therapeutin=Supervisantin zur Supervisorin/Supervisionsgruppe. Die Beziehung PatientIn-TherapeutIn erscheint dadurch bisweilen in einem anderen Licht, wird ‘gebrochen’, eventuell modifiziert. Auch Supervisorin/Supervisionsgruppe gewinnen eine Beziehung zur Patientin, spüren dabei vielleicht andere Aspekte oder können allzu Belastendes mit übernehmen, ‘(er-)tragen’ helfen. In der Therapiesituation wiederum beeinflussen Supervisorin/Supervisionsgruppe ‘im Kopf der Therapeutin’ die Beziehung zur Patientin.

In den beschriebenen Wendungen der Beziehung zu PatientInnen wird deutlich, daß hier der wesentliche Gewinn der Supervisionsveranstaltung liegt. Zentrale Erlebnisse sind dabei, daß das (bessere) ‘Verstehen des Falles’ oft auch *die Gefühle* zur Patientin ändert, damit manchmal das gesamte therapeutische Geschehen; daß die Patientin sich manchmal nach der Supervision ganz anders zeigt (als habe sie ‘gelauscht’); und daß die Empfindungen der anderen SupervisionsteilnehmerInnen den eigenen Empfindungsspielraum zur Patientin erweitern. Dies wird interessanterweise nicht nur bei eigenen Fällen erlebt, sondern mittelbar auch bei denen der anderen, entweder schon in den sich entwickelnden Szenen in der Sitzung selbst oder durch spätere Rückmeldungen. Ebenso taucht wiederholt die Faszination darüber auf, daß und wie der ‘Fall’ sich im Geschehen der Supervisionsgruppe spiegelt. Über den Gewinn für die aktuellen Behandlungen hinaus, der m.E. oft auch darin besteht, „durch ein vorwegnehmendes Verstehen gegen unerwartete Überraschungen gefeit“ (Scharff 1994) zu sein, sind solche Erlebnisse eine der wesentlichen Erfahrungen in bezug darauf, was psychotherapeutische Musiktherapie eigentlich meint. In meinem eigenen Erleben ist die Supervision hinsichtlich dieses ‘Lerneffektes’: dem Erlangen eines ‘psychotherapeutischen Blicks’, allen anderen Lehrveranstaltungen überlegen. Die Verwandlung der Studierenden von ‘MusiklehrerInnen’ zu ‘MusiktherapeutInnen’ erlebe ich am stärksten in der Supervision.

4. Bei denjenigen Supervisionen, die sich auf Material und Probleme aus Praktikumssituationen beziehen, ist darüber hinaus das nicht unproblematische Beziehungsdreieck ‘StudentIn-PraktikumsanleiterIn-SupervisorIn’ zu berücksichtigen. Da PraktikumsanleiterIn und SupervisorIn sowohl im Zusammenhang der Praktika als manchmal auch darüber hinaus als KollegInnen Kontakt haben, „glänzt“ in diesem Dreieck jeweils eine/r der drei Beteiligten durch Abwesenheit und für jede/n Beteiligte/n können Situationen entstehen, in denen man sich „zwischen den Stühlen“ fühlt. Da dieser Aspekt nicht eingehender untersucht wurde, soll er hier nur erwähnt werden. In einem Gespräch mit einigen PraktikumsanleiterInnen wurde aber deutlich, daß es hier hilfreich wäre, grundsätzlich Klarheit darüber zu schaffen, wer wann mit wem in Abwesenheit von wem über was sprechen darf und/oder sprechen muß.

Arbeitsformen

Keine der in der Supervision angewandten Arbeitsformen wurde von den Studierenden generell als ungeeignet beschrieben. Dennoch fällt hinsichtlich der bisweilen genutzten Möglichkeit einer psychodramatischen Auslotung eines Falles eine besondere Ambivalenz auf. Einerseits haben die hier möglichen Wendungen eine besondere Prägnanz und Erlebnisintensität, andererseits scheint dieses Verfahren am ehesten zu Verwicklungen der Beziehungen untereinander zu führen.

Die anderen an die Psychoanalyse und Morphologie angelehnten Arbeitsformen scheinen eine größere Ruhe und Ausgewogenheit zu haben: das Ausgehen von den Einfällen aller zu einem vorgetragenen Fall, die Einbeziehung der Beschreibung eines Tonbandbeispieles, das musikalische Nachspielen einer musikalischen Situation. Diese Arbeitsformen werden auch als *Einübung* in (Musik-)Therapeutisches – häufig im Unterschied zum pädagogischen Handeln und Denken – beschrieben. Dabei werden Markierungen hervorgehoben, die eher en passant 'vorkommen' als daß sie gesondert als 'Verfahren' von der Supervisorin eingeführt wurden: das tendenzielle Desinteresse an 'Fehlern', an direkten Antworten auf (zu früh gestellte) Fragen, an (zu frühen) behandlungstechnischen 'Tips und Tricks' und Bewertungen. Die große Bedeutung und Aktivität der Gruppe wird oft anhand der Zurückhaltung der Supervisorin vor allem im ersten Teil des Supervisionsgeschehens als eine Besonderheit dieser Veranstaltung gegenüber anderen hervorgehoben. In 'Aha-Erlebnissen' einer anschließenden Zusammenfassung, Wendung oder Klärung zeigt sich dann der fachlichen Wert des *gemeinsamen* Bemühens. Die besondere Wertschätzung dieser Aspekte der Supervision beruht m.E. auch darauf, daß die Bedeutung des Beitrages aller zu dem jeweiligen fallbezogenen Erkenntnisprozeß hier Realität ist und nicht ein 'methodischer Unterrichtstrick'.

Gesamteinschätzung

Supervision läßt sich als ein zentraler Drehpunkt der musiktherapeutischen Ausbildung charakterisieren, in dem sich Selbsterfahrung, praktisch Erlerntes, Erfahrungen der Praktika und Theoretisches bündeln und in die entscheidende Drehung zum Umsatz in eine musiktherapeutische Kompetenz gegenüber den PatientInnen kommen. Sie ist neben ihrer eigentlichen Aufgabe für viele Studierende eine Veranstaltung, die auch deshalb geschätzt wird, weil hier über die eigenen Praktika hinaus Einblicke in viele verschiedene Arbeitsbereiche, musiktherapeutische Ansätze und institutionelle Zusammenhänge gewonnen werden können. Ihr einübender Charakter kann wesentlich die Seherfahrungen und persönlichen Umwandlungen fördern, die zu einer musiktherapeutischen Identitätsbildung notwendig sind. Für die weitere Qualifizierung im Beruf dient sie vor allem der Einführung und dem Kennenlernen einer Unterstützung, die schon im Studium als notwendig und als hilfreich erlebt werden sollte, damit sie als selbstverständlicher Bestandteil der musiktherapeutischen Berufstätigkeit aktiv und ohne allzu große Ängste gesucht werden kann. Auch die Vorbereitung auf spätere Teamarbeit wird hier von den Studierenden erwähnt. Ergebnis der Supervision im Studium ist bei einigen auch die Bildung kollegialer Supervisionsgruppen nach dem Studium mit ehemaligen Mitstudierenden.

Supervision ist aber auch Kulminationspunkt möglicher Rollenkonflikte und einiger Grundwidersprüche, die sich insgesamt in jeder Therapieausbildung gegenüberstehen, wie z.B.: Notwendigkeit von Leistung und Beurteilung contra tendenzielle Schädlichkeit von Leistungsdruck und kränkenden Erlebnissen für die Entwicklung der Studierenden;

Unumgänglichkeit der Einbeziehung persönlicher Aspekte contra Schutz der Studierenden vor Übergriffen; unvermeidbare Beeinflussung durch Persönlichkeit und fachliche Ausrichtung der Lehrenden contra Wichtigkeit der Entwicklung einer eigenen Haltung, Sicht- und Arbeitsweise. Ihre Durchführung bedarf daher der sorgfältigen Reflexion, insbesondere im Hinblick auf Rollenkonflikte und Beziehungsgestaltung. Ihre Arbeitsformen und die Handhabung der 'Verwandtschaft zur Selbsterfahrung' müssen generell die Studiensituation berücksichtigen und individuell respektieren, daß die Studierenden unterschiedliche Grenzen in bezug darauf haben, was ihnen in dieser Konstellation 'zu nah' ist. Daß im Hinblick auf die immanenten Konflikte – auch bei größtem Bemühen – immer 'alles glatt läuft', ist nicht zu erwarten, vielleicht auch nicht unbedingt erstrebenswert. Eher erscheint es mir kontrakonfliktär zu sein, die Möglichkeit der gemeinsamen Reflexion mit den Studierenden zu nutzen und das Bewußtsein aller Beteiligten zu fördern, daß mögliche Konflikte mit der Supervision immer auch Gegenstand der Supervision oder darüberhinausgehender Gespräche und Beratungsformen sein können und daß auch 'Lehrende' korrigierbar sind und der verändernden Beeinflussung durch die 'Lernenden' bedürfen. (In dieser Hinsicht hatte die schriftliche Befragungsaktion selbst auch positive Wirkungen im Hinblick auf ein gemeinsames Problembewußtsein und führte nebenbei zu einigen interessanten Gesprächen in der derzeitigen Supervisionsgruppe.) Von welchen Variablen in bezug auf das methodische Vorgehen, die Handhabung der Beziehungen und hinsichtlich der Fragen der Studienorganisation es im einzelnen abhängt, ob die Unternehmung 'Supervision als Unterrichtsfach' mehr oder weniger gelingt, ließe sich nur anhand einer vergleichenden Befragung von Studierenden der verschiedenen Musiktherapiestudiengänge ermitteln. Dies könnte eine Hilfe in der Binnengestaltung der Supervision und ihrer Rahmenbedingungen sein.

LITERATUR

Beland, H. (1992): Kritischer Kommentar zu Helmut Thomäs Aufsatz über »Idee und Wirklichkeit der Lehranalyse«. In: Psyche, 46, 99-114, Stuttgart

Blarer, A. von (1994): Gegenübertragung in der psychoanalytischen Supervision. In: Psyche, 48, 425- 452, Stuttgart

Mentzos, S. (1976/1989): Interpersonale und institutionalisierte Abwehr. Suhrkamp, Frankfurt

Scharf, Jörg M. (1994): orientierte im Spiegel der Supervision. In: Psyche, 48, 325-360, Stuttgart

Thomä, H. (1991): Idee und Wirklichkeit der Lehranalyse. Ein Plädoyer für Reformen. In Psyche 45, 385-433 und 481-505, Stuttgart

Thomä, H. (1992): Stellungnahme zum kritischen Kommentar Hermann Belands zu meinem Aufsatz »Idee und Wirklichkeit der Lehranalyse«., 46, 115-144, Stuttgart

Tüpker, R. (1996): Supervision im Erleben von Studierenden der Musiktherapie. In: Einblicke, 7, 53-80, Hrsg. DBVMT c/o H. Schirmer, Weinmeisterhornweg 105, 13593 Berlin

BUCHBEITRAG

4.3

Reflexion seelischer Verhältnisse in der musiktherapeutischen Improvisation[10]

Einleitung

Dem Entschluß, improvisieren lernen zu wollen (oder gar lernen zu müssen, weil es Lehrfach der gewählten Ausbildung ist), haftet ein wenig die Paradoxie des Vorsatzes an, in Zukunft immer ganz spontan sein zu wollen – der Aufgabe, improvisieren zu lehren, die Paradoxie der elterlichen Anweisung an das Kind, es solle nicht immer so gehorsam sein. *Warum* es dennoch möglich ist, improvisieren zu lernen (und zu lehren), ist psychologisch eine ebenso schwierige wie reizvolle Frage. Sie läßt uns ahnen, daß paradoxe Situationen nicht notwendig krank machen, wie wir dies von den bekannten Beispielen bei Watzlawik (1969) her kennen, sondern daß sie auch eine spiralförmige Bewegungen zwischen Gegentsätzen und einen schöpferischen Sprung auslösen können, durch welchen sich die widersinnige Aufgabe durch eine paradoxe Antwort einlösen läßt. Damit verlassen wir das ursprüngliche Bezugssystem in eine Richtung, die – bevor wir es verließen – noch nicht abzusehen war. Und zugleich erfahren wir das nur, indem wir es tun.

Daß es möglich ist, improvisieren zu lernen, ist für mich eine langjährige Erfahrung durch das Unterrichten von Improvisation im instrumentalpädagogischen wie im musiktherapeutischen Bereich.

Mit der im Titel formulierten Zielsetzung dieses Buches, Wege zur *musiktherapeutischen* Improvisation aufzuzeigen, geht darüber hinaus eine eingrenzende Bestimmung einher, die der Erläuterung bedarf. Man könnte zum einen fragen, was eine musiktherapeutische Improvisation von anderen musikalischen Improvisationen unterscheidet. Damit wäre der Fokus allerdings zugleich schon auf den in der Musikwissenschaft üblichen „Werkcharakter" musikalischer Produkte gelegt: Sind musiktherapeutische Improvisationen musikalisch-strukturell einfacher, nicht so komplex, nicht so kunstvoll? Sind sie meist atonal oder doch eher harmonikal gebunden? Folgen sie dem musikalisch kulturellen Umfeld des Patienten oder mehr der musikalischen Sozialisation des Therapeuten? Sind sie *chaotisch* oder gehorchen auch sie musikalischen Gesetzen? Sind sie - das ist sicherlich die häufigste Vermutung – musikalisch „einfach schlechter" als die Werke der „Kunstmusik"? Diesen Fragen ließe sich anhand der Bandaufzeichnungen von Improvisationen aus verschiedenen Bereichen nachgehen und ich bin mir sicher, daß eine solche Untersuchung für so manche Überraschung gut wäre, insbesondere bezüglich der gängigsten Vorurteile.

Mit dieser Art der Fragestellung wäre aber zugleich der entscheidende Fokus der hier gesuchten näheren Bestimmung verfehlt. Nicht *die* Improvisation als das musikalische

[10] In: Wege zur musiktherapeutischen Improvisation (mit Martin Lenz), LIT-Verlag, Münster 1998, 135-203

Werk – nach seiner Fertigstellung – ist hier das Thema, sondern das Improvisieren als menschliches Handeln, als seelisch-soziales Geschehen, als Ereignis, als musikalische Beziehungssituation. Die Aufzeichnung einer Improvisation, die man anhören, analysieren und nach den unterschiedlichsten Ästhetiken beurteilen kann, ist diesem Ereignis nicht mehr identisch. Sie ist nur ein Dokument – nicht das Geschehen selbst. Was nicht heißt, daß man ihm das Sich-ereignet-Habende nun gar nicht mehr anhören kann, aber es handelt sich eben nicht um denselben Untersuchungsgegenstand.

Die Unterscheidung der Modalität *musiktherapeutischen* Improvisierens von anderen Improvisationssituationen muß daher eher in der besonderen Beziehungssituation dieses Geschehens zu bestimmen gesucht werden: in dem Erleben der Musizierenden, ihren Rollen, ihren Aufgaben, ihrer Bezogenheit und ihrem Verhalten – musikalisch und darüber hinaus. Aus der Sicht des Therapeuten als dem Teil dieser Beziehung, der in die Verlegenheit kommt, improvisieren *lernen* zu müssen, läßt sich das auch als die Frage nach der Verfassung oder Haltung beim Improvisieren mit einem Patienten formulieren – im Unterschied zu der Verfassung beim Improvisieren mit Freunden, Kollegen oder alleine, in Aufführungen oder „nur so für sich".

Nach meiner Erfahrung gibt es einen solchen Unterschied, den ich als Therapeutin deutlich und gut abgrenzbar in mir spüren kann. In ihm manifestiert sich die therapeutische Grundhaltung, offenbart sich die besondere Beziehungssituation, die eine psychotherapeutische Behandlung darstellt. Diese Verfassung in sich zu finden und so zu etablieren, daß sie in einer gewissen Klarheit jederzeit wieder auffindbar ist, stellt somit einen wesentlichen Teil des MusiktherapeutIn-Werdens dar. Daß dies kein vorrangig rational-intellektuell zu vermittelnder Vorgang ist, wird wohl kaum jemanden verwundern. Ebensowenig die Tatsache, daß man diese innere Verfassung nicht allein im Vorweg einer Ausbildung lehren und lernen kann, sondern daß hier die eigene therapeutische Selbsterfahrung, die Erfahrungen in der musiktherapeutischen Begegnung mit realen PatientInnen und die Supervision dieser Erfahrungen ineinandergreifen müssen. Dennoch bietet der Improvisationsunterricht in einer musiktherapeutischen Ausbildung eine gute Gelegenheit, sich immer wieder mit den Fragen nach der (musik)therapeutischen Haltung, nach der besonderen Verfassung des musiktherapeutischen Improvisierens auseinanderzusetzen und im Spiel (Vor-)Erfahrungen zu sammeln. Ich habe – soweit mir dies in der schriftlichen Form der Vermittlung möglich war – deshalb versucht, im Zuge der hier gesammelten Beispiele auch nähere Hinweise auf die besondere Verfassung des musiktherapeutischen Improvisierens zu geben: zum einen im Zusammenhang der musikalischen Rollenspiele, zum anderen im Kapitel der konzertanten Improvisation – also aus dem Blickwinkel einer der möglichen anderen Improvisationssituationen.

> Und dann gibt es in Behandlungen manchmal besondere Spielsituationen, in denen diese andere Verfassung aufgehoben ist. Vermutlich sind dies Momente der Begegnung jenseits der Übertragungs-Gegenübertragungs-Konstellation. Als Phänomene des Dritten, des Unvermittelbaren, der Begegnung (im Sinne Martin Bubers), als Eintritt des Neuen, als Aufhebung der Asymmetrie werden diese besondere schwer auf einen Begriff zu bringenden Momente in der Literatur von verschiedenen Autoren zu umschreiben gesucht. (vgl. u.a. P. Knill und P. Petersen in Petersen 1990)

Die hier vorgelegten Improvisationsanregungen stammen aus meiner Lehrerfahrung in der Weiterbildung des Instituts für Musiktherapie und Morphologie (IMM) sowie dem Diplomstudiengang Musiktherapie an der Universität Münster. Sie zentrieren weitgehend auf die musikalische Ausdrucksbildung und musiktherapeutische Zusammenhänge, in

denen ich die musikalische Improvisation als eine Reflexion seelischer Verhältnisse verstehe, als eine (besondere) Form der Kommunikation, als Gestaltung von Beziehung und zugleich als ihr sinnlich wahrnehmbarer Ausdruck.

Der Begriff der Reflexion im Titel dieser Darstellung ist also durchaus in seiner doppelten Wortbedeutung gemeint: Die musikalische Improvisation reflektiert seelische Verhältnisse im Sinne einer Widerspiegelung – dies allerdings nicht als eine bloße Abbildung, sondern als Expression, die sich in ihrem Sinn erst erfüllt, wenn sie in einem anderen zu einer verstehenden Impression wird. Das heißt: Wir können Strukturen seelischen Funktionierens und Mißglückens in einer musiktherapeutischen Improvisation hören – wenn wir denn zu hören verstehen. Sie kann uns aber auch zur Reflexion über Psycho-Logisches im Sinne eines Nachdenkens im Handeln dienen. Das Musikmachen selbst wird zum Mittel der Erkenntnisgewinnung, zur ästhetischen Auseinandersetzung mit psychologischen Fragen. Dadurch geht der Improvisationsunterricht in der musiktherapeutischen Ausbildung immer wieder auch über das Improvisieren-Lernen hinaus und berührt viele andere Aspekte der musiktherapeutischen Praxeologie. Ästhetische Auseinandersetzung meint hier also im ursprünglichen Sinne die Suche nach sinnlicher Erkenntnis und nicht Flucht in eine Ästhetik des schönen Scheins. Nur von einem solchen Musikverständnis her wird m.E. auch verstehbar, warum wir berechtigterweise den Versuch wagen dürfen, mit Hilfe von Musik psychisches Leid verstehen und behandeln zu wollen.

In diese Ausführungen nicht aufgenommen wurde all das, was als Einübung musikalischen Materials im engeren Sinne in der Ausbildung natürlich ebenfalls eine Rolle spielt. Der Aspekt der improvisatorischen Verfügbarkeit über eine gewisse Breite musikalischen Materials ist einerseits die Voraussetzung, auf der die hier dargestellten Übungen und Anregungen aufbauen. In der Ausbildungspraxis muß dies nach meiner Erfahrung andererseits aber durchaus nicht heißen, daß Materialübungen zur Improvisation zeitlich getrennt oder notwendigerweise vor der Auseinandersetzung mit den kommunikativen und therapeutischen Aspekten des Improvisierens stattfinden müssen. Beide Aspekte können sinnvoll ineinandergreifen und als gegenseitiger Anreiz zur Entwicklung beitragen: Die Studierenden, mit denen ich in Münster arbeite, haben einerseits eine solide musikalische Ausbildung, andererseits haben sie – bis auf Ausnahmen – kaum oder noch nie improvisiert. Meine Erfahrung ist dennoch oft die, daß die komplette Spiel- und Ausdrucksfähigkeit, die durch das Spielen komponierter Musik erlangt wurde, gerade durch die Konzentration auf etwas (scheinbar) „ganz anderes“ eher in einem Sprung auch für das Improvisieren verfügbar wird, als daß dies m.E. durch eine didaktisch ordentliche Hinführung erreichbar wäre.

Eine Erweiterung des schon bereitstehenden – aber erst in die improvisatorische Verfügbarkeit zu überführenden – Materials und der psychologisch-musikalischen Ausdrucksvarianz ist andererseits meist aber ebenso notwendig. Dazu können Materialübungen ein sinnvoller Zwischenschritt sein. Aber auch andere Wege, die konkreter von musiktherapeutischen Erfahrungen ausgehen, sind hier möglich, wie dies z.B. im Zusammenhang der „Verhältnisse“ aufgezeigt wird. Ebenso kann der Anreiz, Konzerte mit improvisierter Musik zu veranstalten, zu einer Erweiterung der eigenen musikalischen Ausrüstung beitragen.

Die vorliegende Darstellung meiner Erfahrungen richtet sich zum einen an diejenigen, die in musiktherapeutischen Aus- oder Weiterbildungszusammenhängen musiktherapeutische Improvisation lehren. Sie sind aber ebenso als Anregung für Improvisationsgruppen gedacht, wie sie sich häufiger zwischen Studierenden oder später dann auf kollegialer

Ebene zwischen MusiktherapeutInnen bilden. Nicht nur die Tatsache, daß die vorgesehenen Improvisationsveranstaltungen in den Ausbildungen vermutlich allein schon quantitativ nie ausreichen, macht die Selbstorganisation solcher Gruppen sinnvoll und notwendig. Ich bin persönlich auch der Überzeugung, daß freie Gruppen ohne institutionalisierte Leitung (und insofern ohne das damit unvermeidlich einhergehende autoritative Gefälle) zum einen wesentlich mit dazu beitragen können, die eingangs beschriebene Paradoxie des Improvisieren-Lernens einzulösen. Zum anderen entsteht in ihnen durch die Selbstorganisation einer Gruppe oft überraschend Neues (und wieder könnte man sagen: musikalisch und darüber hinaus) und bietet damit eine Möglichkeit – bei allen Konflikten der Gruppendynamik, die sich naturgemäß ebenfalls einstellen werden – erfahrbar werden zu lassen, daß die Gruppe (manchmal) tatsächlich mehr kann als der Einzelne. Dies überhaupt einmal am eigenen Leib zu erfahren, ist eine wichtige Voraussetzung für die therapeutische Arbeit mit Gruppen und für die kollegiale Arbeit in einem Team. Das kreative Potential einer Gruppe auch in bezug auf die Musik zu erleben, ist nach meiner Erfahrung angesichts der Fixierung unserer Musiktradition auf die Einzelperson, als dem einzig möglichen Ort schöpferischer Akte, auch jenseits aller Therapie- und Ausbildungsfragen, eine bereichernde und belebende Erfahrung.

Im Hinblick auf die verschiedenen Arbeitsfelder der Musiktherapie im weitesten Sinne und die entsprechend unterschiedlichen Ausbildungskonzepte unterliegen die Konkretisierungen in den vorgelegten Beispielen einer gewissen Einschränkung. Sie hängt damit zusammen, daß mein eigener musiktherapeutischer Erfahrungshintergrund auf eine psychotherapeutische Arbeitsweise und entsprechende Arbeitszusammenhänge begrenzt ist. Dennoch wurde mir – gerade auch durch die Zusammenarbeit mit Martin Lenz – deutlich, daß sich das meiste in modifizierter Form auf andere Arbeitszusammenhänge übertragen läßt. Es wäre mir aber anmaßend erschienen, selbst diese Übertragung leisten zu wollen. Ich denke, daß LeserInnen aus den entsprechenden anderen Bereichen, z.B. der Musik-Sozialtherapie oder auch den verschiedenen Übergangsbereichen zwischen Pädagogik und Therapie, dies vermutlich besser können, als mir dies ohne wirklich konkrete Praxis möglich gewesen wäre.

I. Verhältnisse, Affekte, Gesten

In der morphologischen Psychologie sind wir es gewohnt, von Verhältnissen zu sprechen. Damit wollen wir die Realitäten in den Blick bekommen, die sich zwischen den Einzelheiten bewegen, die seelischen Wirksamkeiten, die sich nur aus einem „Zwischen-den-Dingen“ erklären lassen.

In der Musik ist uns das im Großen wie im Kleinen selbstverständlich: Harmonien, Melodien, Rhythmen wie auch größere Formzusammenhänge, immer sind es die Spannungsverhältnisse zwischen den Tönen, die „die Musik machen“. Ähnlichkeit, Kontrast, Aufbau und Abbau, Steigerung, Variation, Wiederkehr: In solchen Verhältnissen vollzieht sich die musikalische Wirkung, die wir immer zugleich als seelisches Phänomen auffassen. Selbst das Intervall (ursprünglich wörtlich „der Raum zwischen zwei Schanzpfählen“) verweist auf dieses Dazwischen als dem musikalischen Wirkungsraum. Sogar der vorgebliche „Einzelton“ entpuppt sich bei näherem Hinhören als ein geordnetes Verhältnis (von Teiltönen), aus deren unterschiedlicher Betontheit das resultiert, was wir als verschiedene Klangfarben erleben.

Umgangssprachlich sprechen wir davon, daß jemand „aus guten oder schlechten Verhältnissen kommt“, daß die Verhältnisse es sind, die unser Glück oder Unglück ausmachen, daß wir in bestimmte und bestimmende Verhältnisse hineingeboren werden. Die Verhältnisse, in denen wir leben, können uns beengen oder fördern, wir können uns mittendrin fühlen oder am Rande stehen, wir spüren Resonanz oder Leere. Psychologisch verstehen wir unter Verhältnissen aber nicht nur das, was uns umgibt, sondern wir gehen von der Erfahrung aus, daß wir z.B. die Verhältnisse, in denen wir „groß wurden“ (oder klein blieben), verinnerlicht haben. Allerdings nicht im Sinne einer bloßen Kopie, sondern als eine gestaltete Verinnerlichung, die sich erneut zugleich wieder „außen“ zeigt: in unseren Handlungen und Lebensgestaltungen. Die Grundlage der Musiktherapie basiert auf der Erfahrung, daß sich die seelischen Verhältnisse des Patienten (unter bestimmten Voraussetzungen des Settings) auch in der musikalisch gestalteten Beziehung zwischen PatientIn und TherapeutIn auffinden lassen – und es von da aus zu einer umwandelnden Verinnerlichung kommen kann.

> Auch das, was wir „Beziehungen“ nennen: Bezugspersonen, Beziehungskisten etc., ist gemeint. Der Begriff Verhältnisse geht aber über eine reine „Personenpsychologie“ hinaus. Zum einen in dem Sinne, daß auch unsere Alltagsverhältnisse (Tagesablauf, berufliche Verhältnisse, Alltagsverrichtungen) und auch unsere Verhältnisse zu den Dingen (Wohnverhältnisse, Malen, Musizieren, Bauen) unser Seelisches mitbestimmen und gestalten. Zum anderen darin, daß wir seelische Verhältnisse wiederfinden in Musik und Kunst, in Wissenschaft und Religion. Damit ist es z.B. möglich, Märchen als Typisierung seelischer Grundverhältnisse (als typische Lebens- oder Konfliktkonstellationen) zu verstehen und für die Psychotherapie nutzbar zu machen (vgl. Salber 1987).

Mit der Methodik der „Beschreibung und Rekonstruktion“ (Tüpker 1996a, S. 70 ff) versuchen wir in der morphologischen Musiktherapie, die Grundverhältnisse des Leidens eines Patienten – das, was er (gut) leiden kann, was er nicht leiden kann und deshalb immer zu umgehen sucht usw. – aus einer der ersten gemeinsamen Improvisationen herauszuhören und im Zusammenhang mit den Erzählungen des Patienten über sein Leiden und sein Leben näher zu bestimmen. Versuchen wir das in einem ersten Anlauf in Worte zu fassen, so kommen dabei Beschreibungen heraus wie die, daß jemand „immer gut in alles hineinkommt, dann aber nicht hindurchkommt und damit nie ankommt“ oder „durch permanente Bewegung fast einen Stillstand erzeugt“. (Weitere Beispiele s. S. 48f)

Wir gehen dabei davon aus, daß unsere PatientInnen diese musikalischen Verhältnisse nicht bewußt herzustellen vermögen, sondern daß dies eher ein Prozeß ist, der sich herstellt – im Zusammenspiel der therapeutischen Beziehung, unbewußt, ungewollt, wie von selbst. Unsere PatientInnen müssen das nicht üben, eher widerfährt es ihnen, geschieht mit ihnen (und mit uns), meist lange bevor bewußt werden kann, was auf diese Weise zum Ausdruck kommt.

Wir als MusiktherapeutInnen können es uns aber zur Aufgabe machen, bewußt, gewollt und als Einübung in unsere musikalische Ausdrucksvarianz, solche Verhältnisse musikalisch herzustellen. Damit können wir – von einer ganz anderen Seite her – unsere musikalische Ausrüstung erweitern und differenzieren und üben uns zugleich ein in die Grundvoraussetzung musiktherapeutischen Verstehens, musikalische Verhältnisse als seelische (psycho-logische) Verhältnisse wahrzunehmen.

Wir können dabei zunächst von allgemeinen Verhältnissen ausgehen und versuchen, uns diese musikalisch zu erarbeiten. Praktisch ist das so gemeint, daß eine kleine Gruppe von

SpielerInnen sich „ein Verhältnis“ (z.B. Enge oder Weite) aussucht oder ausdenkt, sich Instrumente sucht und „über diesen Begriff spielt“, sich also den ausgewählten Begriff zum Titel, zum Anlaß, zum Thema einer Improvisation macht. Über das so Entstandene kann man dann miteinander sprechen, in einem weiteren Spiel etwas zu differenzieren zu präzisieren oder zu variieren versuchen.

Das Ganze kann dann in zwei Richtungen weiter betrieben werden: Man kann einerseits im Sinne der musikalischen Übung versuchen, das Gemeinte musikalisch „immer besser“ hinzubekommen. Damit kann man seine künstlerischen Ausdrucksmöglichkeiten in der Improvisation erweitern. Man kann andererseits im Sinne des psychologischen Auslotens dem nachspüren, was es z.B. bedeutet, „immer knapp daneben“ zu liegen: daß da etwas Festes, Bestimmtes sein muß, damit man überhaupt daneben liegen kann; daß es einer widerstehenden Kraft bedarf, um das durchzuhalten; welcher Aufwand dazu betrieben werden muß; was so nicht geht, was zu kurz kommt, welches aber auch der Gewinn oder Reiz daran ist. Nach meiner Erfahrung ist dieses Ausloten gerade in der Gruppe sehr ergiebig und hervorragend geeignet, klischeehafte (Vor-)Urteile über die Realität psychologischer Verhältnisse und das, was sie bewirken, zu überwinden.

a) Die Begriffe in den nachfolgenden vier Kästchen können als Anregung für das Sich-Erspielen von Verhältnissen genutzt werden. Sie folgen keiner besonderen Systematik, so daß man sich beliebig weitere Themen dieser Art ausdenken kann.

Resonanz
Echo (als spezielle Resonanz)
Leere (als fehlende Resonanz)
Begleiten
Gemeinsames Anwesendsein
Hinterherlaufen
Entgegenkommen
Immer dagegen sein
Mit dabei
Leerlaufen (lassen)

Dazwischen-Sein
Isoliert sein
Eingebettet sein
Eingekeilt sein
Beengt sein
Hin- und Hergerissen sein
Mittendrin sein
Am Rande stehen
Ausgeschlossen sein
Immer knapp daneben

Reisen
Auf Wanderschaft sein
In Bewegung sein
Umherirren
Auf den Punkt kommen
Ankommen
Sich sammeln
Sich auflösen
Sich zerstreuen
Sich verlieren

Frieden
Krieg
Kalter Krieg
Diplomatie
Waffenstillstand
Marktplatztreiben
Trautes Heim
Werkstatt
Fabrik
Zirkus

b) In ähnlicher Weise kann man sich auch „Gesten“ zum Thema für solche musikalisch-psychologischen Erkundungsreisen machen. Gesten sind Hinweise, Zeichen für

Empfindungen, Verfassungen und Gefühle, die ihrerseits immer auch als Hinweise auf seelische Verhältnisse zu verstehen sind (vgl. den Aufsatz „Gefühle verweisen …“ Grootaers 1987). Gesten, Gebärden sind (kleine, verdichtete) Bewegungen, mit denen wir unsere Bewegtheiten und unser Bewegt-Werden ausdrücken und anderen Menschen einen Wink geben, wie es um uns steht.

> Musik als Gesten zu hören bzw. zu verstehen, darin kann man sich auch einüben, indem man ein Musikstück hört und versucht, dies innerlich in körperlichen Gesten mitzuvollziehen. Dabei achtet man weniger auf die großen Formabschnitte. Das vollzieht sich eher im Kleinen auf der Ebene musikalischer Phrasierung, in den Zeiteinheiten, die auch real für die Ausführung einer Geste gebraucht werden.

Entsprechend bietet sich das Spiel über die Gesten auch dazu an, daß ein Teil der Gruppe die Gesten gleichzeitig in der Bewegung mitvollzieht. Dazu kann es auch reizvoll sein, daß die spielende Gruppe zuvor nicht mitteilt, welche Art der Geste sie sich zum Thema gemacht hat, so daß die sich bewegende Gruppe nicht den eigenen Vorstellungen folgt, sondern allein der Anregung durch die Musik. Auch die Umkehrung ist möglich, indem ein Gruppe eine bestimmte Geste in der Bewegung gestaltet und eine zweite von dieser Anregung ausgehend dazu spielt.

Einige Beispiele sind:

Gesten

- stiller Trauer
- klammheimlicher Freude
- freundlicher Zuwendung
- offener Abneigung
- der Ehrfurcht
- der Dankbarkeit
- der Anerkennung des Anders-Seins eines Anderen
- ängstlicher Verunsicherung
- unaufdringlicher Zuwendung
- des Flirts
- wunschlosen Unglücks

c) Weitere Ausgangsthemen können natürlich auch Affekte, Empfindungen und Gefühle sein. Mit Daniel Stern können wir zwischen den „kategorialen Affekten“, das sind die, die wir üblicherweise als Affekte bezeichnen, und den von ihm so benannten „Vitalitätsaffekten“ unterscheiden. Mit dieser frühen (dann aber bleibenden) Form der Affektbewegung ist etwas gemeint, was sich als Grundstruktur durch alle Modi der Wahrnehmung und interpersonalen Übermittlung als wiedererkennbare Grundgestalt auffassen und wiedererkennen läßt. (Vermutlich dachten die meisten MusikerInnen wie ich bei den entsprechenden Ausführungen von Stern, daß dies doch eigentlich der Bereich ist, in dem wir uns in der Musik immer schon bewegen und der so schwer in Worte zu fassen ist, wie dies auch bei Stern zu bemerken ist.) Bezeichnenderweise schreibt Stern bezüglich

der Vitalitätsaffekte denn auch: „Abstrakter Tanz und Musik sind ausgezeichnete Beispiele für die Ausdrucksfähigkeit der Vitalitätsaffekte." (1992, S. 87)

Vitalitätsaffekte
anschwellend
ausklingend
schwungvoll
explodierend
besänftigend
verblassend
flüchtig
ruckartig
wellenförmig

Kategoriale Affekte
Freude
Traurigkeit
Furcht
Ärger
Zorn
Ekel
Überraschung
Interesse
Neugier

d) Eine weitere Möglichkeit besteht in einer Art Umkehrung des ersten Schrittes der Methodik der Beschreibung und Rekonstruktion. Dort hören wir die Musik des Patienten (und Therapeuten), beschreiben unser Erleben und versuchen, dies als ein bestimmtes seelisches Verhältnis in Worten zu formulieren. Nun können wir umgekehrt die zusammenfassende Beschreibung der Improvisation aus einer Behandlung zum Anlaß für eine Improvisation nehmen. Das meint natürlich nicht, daß wir die ursprüngliche Improvisation im wörtlichen Sinne nachzuspielen versuchen, sondern nur, daß wir das in Worte „übersetzte" Werk wiederum in eine neue musikalische Gestaltung übertragen. Deshalb ist es auch möglich, solche Zusammenfassungen ohne Kenntnis der Ursprungsimprovisationen als Thema für die eigene Gestaltung zu nutzen.

> Wir werden dabei aber dennoch die erstaunliche Erfahrung machen, *wie schwierig* es meist ist, das, was in der Musiktherapie so scheinbar ohne weiteres und ohne den Prozeß des Übens entsteht, als intendierte Gestaltung herzustellen. Für mich ist das immer wieder eine respekteinflößende Erfahrung: Bei allem sichtbaren Leiden und scheinbarem „Nicht-Können" offenbart sich hierin das Können des Patienten, das Gelungene seiner Lebensmethode, das „Kunstvolle" der seelischen Gestalt.

Als Anregung folgen einige Beispiele seelischer Verhältnisse, wie sie in Beschreibungen musiktherapeutischer Improvisationen erarbeitet wurden. Es handelt sich dabei um Beispiele verschiedener AutorInnen, die meist vereinfacht wurden, da die kompletten Beschreibungstexte zu präzise oder zu differenziert für diese Aufgabenstellung wären.

- Eine sich verselbständigende Bewegung führt zu einem Zustand des Ausharrens. (Ch. Kolb)
- Ein Zustand grenzenloser Zweieinigkeit wird hergestellt und aufrechterhalten. (R. Zintgraf)
- Die Gleichzeitigkeit zweier entgegengesetzter Extreme verhindert eine notwendige Zuspitzung. (M. Banschbach)
- Ein Schwebezustand, der Mangel und Sehnsucht, Resignation und Aufbegehren in ein Gleichgewicht bringt. (Ch. Lemke)

- An einer vorgetäuschten Hilflosigkeit kann festgehalten werden, wenn der andere sein Können kräftezehrend einsetzt. Das ist endlos traurig und vergeblich. (B. Reichert)

- Durch Szenenwechsel wird versucht, an der Fülle des Lebens teilzuhaben, ohne die Konsequenzen (Entwicklung und Kosten) erfahren zu müssen. (K. Hölsbeck-Grunder)

- Unerträgliches Getümmel kann von plattfüßigem Protest nicht zur Ordnung gebracht werden. (Ch. Albers-Claus*)

- Schießerei im Tanz - Tanz in der Schießerei. (A. Esch*)

- Unentwegt angetrieben - stellt sich doch immer nur der alte Zustand wieder her. (G. Kreutzer*)

- Ein unerbittlich schaurig-schöner Marsch, der sich im Kreis bewegt. (S. Landsiedel-Anders*)

- Das Unschuldslämmchen im Käfig. (E. Seibel*)

- Endloses Gewusel breitet sich aus, aber Impulse zur Veränderung hören wieder auf. (D. Sondermann*)

(* Die ausgearbeiteten Beschreibungsbeispiele sind als Sammelband der Abschlußarbeiten der IMM-Weiterbildung erhältlich bei: Susanne Landsiedel-Anders, Wielandstr. 45, 60318 Frankfurt. Die übrigen Beispiele sind nicht veröffentlicht.)

In diesem Kapitel steht das musikalisch-psychologische Erkunden im Austausch mit den darin sich anknüpfenden Gesprächsmöglichkeiten im Vordergrund. Abschließend möchte ich aber darauf aufmerksam machen, daß das, was auf diese Weise entsteht, oft auch Ideen für „Stücke“ im Sinne der konzertanten Improvisation (–>Kapitel III) liefert, die dann weiter ausgearbeitet werden können.

II. Musikalisches Rollenspiel

Unter Rollenspiel soll hier eine dem Psychodrama (vgl. u.a. Moreno 1973, Leutz 1974) entlehnte Technik verstanden werden, die zum einen im Hinblick auf die Situation einer Ausbildungs- bzw. Arbeitsgruppe modifiziert ist, zum anderem als musikalisches Rollenspiel quasi das Medium gewechselt hat.

Der Begriff der „Rolle“ ist nicht nur ein in den Sozialwissenschaften heftig und divergent diskutierter Begriff, sondern hat auch umgangssprachlich (mindestens) zwei grundverschiedene Bedeutungen: Nicht gemeint ist hier jene negative Konnotation, die sich widerspiegelt in Aussagen wie: „Der hat ja (mit den Tränen auf der Beerdigung) bloß eine Rolle gespielt“ oder „Die bildet sich bloß ‘was auf ihre Rolle als Abteilungsleiterin ein.“ Hier wird die gesellschaftlich-soziale Passung, die mit dem Begriff der Rolle durchaus auch gemeint sein kann, allerdings in dieser negativen Umschreibung zugleich mißverstanden wird, einem „wirklichen“ Empfinden oder dem „eigentlichen“ Wesen eines Menschen gegenübergestellt. Der entstehende Bedeutungshorizont von „uneigentlich“ –

„nicht authentisch“ – „unecht“ – „bloß vorgetäuscht“ kann naturgemäß nicht das umschreiben, was wir mit dem Rollenspiel aufsuchen wollen.

Näher läge dem hier gemeinten Rollenbegriff ein Satz wie: „Wenn ich mich in die Rolle meines Chefs versetze, dann kann ich durchaus verstehen, daß er das dauernde Zuspätkommen nicht billigt.“ Das Wort Rolle könnte in diesem Satz auch ersetzt werden durch: in seine Lage, in seine Situation, in seine Position oder Aufgabe. Mittels der menschlichen Fähigkeit der Einfühlung können wir uns in die Lage eines anderen Menschen hineinversetzen, können „wie von innen“ spüren, wie er sich fühlt, warum er vielleicht so und nicht anders handelt, welches seine Beweggründe sein mögen. Mittels dieser Fähigkeit können wir komplexe seelische Verfassungen erforschen oder vorwegnehmen, wie dies auch Kinder tun, wenn sie Mutter-Vater-Kind spielen.

Dem Gemeinten verwandt ist auch der Rollenbegriff des Schauspiels. Auch der Schauspieler *erspielt* sich eine Person, die er einerseits nicht selbst ist, aber dennoch durch sein Eigenes erfühlen und ausfüllen muß. Tut er nur so *als ob*, so spielt er schlecht. Schauspielerei als Kunst kann (für den Schauspieler) ästhetischer Erkenntnisgewinn sein. Dabei wird die Fähigkeit der Einfühlung gestützt, erweitert und differenziert durch das szenische Geschehen, durch das Handeln *in* einer Szene (einer Atmosphäre, einem umfassenden Bild – und durch das Zusammenspiel mit den anderen). Die Einfühlung in unser Gegenüber wird uns erleichtert, wenn wir seine Haltung einnehmen, seine Bewegungsformen nachahmen, seine Worte nachsprechen, auch wenn es im Alltag als unschicklich gelten würde, unseren Einfühlungsversuch so direkt zu zeigen. Die Rolle des Chefs spielen – und sich darin für eine Weile *als* Chef erleben – gelingt uns besser, wenn andere *als* „Untergebene“ mitspielen – in einer Szene, die „Chef-Sein“ betont. Different zur Rolle im Schauspiel ist im hier gemeinten Rollenspiel, daß die darstellerische Übermittlung der „Innenansicht“ einer Person auf ein Publikum hin entfällt.

Das sich gegenseitig fördernde Zusammenspiel zwischen der Einfühlung (als einem zunächst scheinbar „inneren“ Prozeß) und dem Handeln in der Komplexität einer (veräußerten) Szene scheint einer der Gründe zu sein, warum das (musikalische) Rollenspiel, wie ich es im Folgenden vorstellen möchte, einen nach meiner Erfahrung so hohen Lern- und Erkenntnisgewinn hat. Man wird in diesen Übungen immer wieder davon überrascht, wie lebendig, „echt“ und differenziert man aus der seelischen Verfassung einer eingenommenen Rolle heraus die Situation, die seelischen Verhältnisse eines anderen erspüren kann.

Daraus ergibt sich allerdings auch, daß die hier beschriebene Arbeit der Anleitung durch eine Person bedarf, die in der Lage ist, diese Situationen für alle Beteiligten förderlich zu handhaben. Eine gewisse Vorerfahrung in der Technik des Psychodramas ist dafür sicherlich nützlich. Ich gehe in den vorgestellten Beispielen daher zunächst von einer geleiteten Ausbildungsgruppe aus, die keine Selbsterfahrung ist. (Wobei es günstig ist, wenn die Teilnehmenden parallel die Möglichkeit der Selbsterfahrung haben, auch um angerührte eigene Konflikte ggf. dort weiterbearbeiten zu können.)

Will man die Arbeitsform des (musikalischen) Rollenspiels in kollegialen Arbeitsgruppen nutzen, so ist es unbedingt notwendig, daß für das Rollenspiel selbst jeweils ein Leiter, eine Leiterin bestimmt wird. Hat ein Teilnehmer z.B. eine Konfliktsituation aus der Praxis mitgebracht und möchte diese im Rollenspiel vorstellen, so sollte er sich für dieses Spiel einen Leiter auswählen. Die Aufgabe der Leiterin ist es, bei der Herstellung (dem Arrangieren) der Szenen behilflich zu sein, die Spielenden beim Hineinkommen in die Rolle zu unterstützen, innerlich und äußerlich als Beobachterin dabei zu bleiben, ggf. zu

unterbrechen, Weiterführungen anzuregen, auf das innere Wieder-Verlassen der Rollen zu achten und das Nachgespräch zu strukturieren (s. S. 151f). Hat der Leiter entsprechende Erfahrungen, so können auch klassische Psychodramatechniken wie Rollentausch, Doppeln etc. mit genutzt werden. (Allerdings ist meine Erfahrung die, daß die Anwendung zu vieler „Techniken" die Spielenden eher verwirrt und den eigentlichen Sinn der einfühlenden Wahrnehmung unterläuft.) Das Wichtigste ist, daß der Leiter oder die Leiterin innerlich die Verantwortung dafür übernimmt, daß das Spiel und das Nachgespräch für alle förderlich bleibt.

Aufgrund meines eigenen Erfahrungshintergrundes werde ich auch in diesem Kapitel weitgehend von musikpsychotherapeutischen Situationen und Zusammenhängen ausgehen. So kann ich z.B. im ersten Abschnitt zur Einübung in die therapeutische Haltung eine Konkretisierung nur im Sinne der psychotherapeutischen Grundhaltung leisten. Dennoch möchte ich betonen, daß sich m.E. gerade das musikalische Rollenspiel auch für die Erarbeitung und Weiterführung anderer - sozialtherapeutischer, sozial-, heil-, und sonderpädagogischer – oder auch allgemein pädagogischer – Erfahrungen anbietet. Auch in diesen Bereichen geht es ja um eine bestimmte – jeweils unterschiedliche – professionelle Haltung, in die wir uns mit Hilfe des musikalischen Rollenspiels einüben können. Auch in diesen Arbeitsbereichen gibt es typische Konfliktsituationen, die sich untereinander im Rollenspiel ausloten lassen usw. Ich hoffe, daß es nicht zu schwierig sein wird, die dargestellten Beispiele auf die Notwendigkeiten dieser anderen Arbeitszusammenhänge hin zu übertragen.

Ich vermute, daß es in allen Ausbildungen, die auf die Komplexität zwischenmenschlicher Beziehungssituationen hin ausgerichtet sind, unmöglich ist, die vielen Detailfragen, die in der Praxis auftauchen, sauber in einem Curriculum unterzubringen und der Reihe nach abzuarbeiten. Die dargestellten „Übungen" sind hier nach meiner Erfahrung eine große Hilfe – zwar unsystematisch, aber in großer Fülle –, auf all die vielen „kleinen" Probleme, Fragen und Erfahrungen zu stoßen, die wir mit dem nebulösen Begriff „Berufserfahrung" zusammenfassen, und etwas davon in der Ausbildung weiterzugeben.

1. Einübung in die musikalische Haltung als TherapeutIn

Eine innere Haltung und Verfassung zu gewinnen, die uns zu TherapeutInnen macht, ist eine komplexe Entwicklung, die sich erst allmählich in einer spiralförmigen Suchbewegung entwickelt. Diese Entwicklung basiert auf dem Gesamt der bisherigen (Lebens–) Erfahrungen und soll diese in eine bestimmte – in Worten letztlich aber nur unvollständig vermittelbare – Richtung modulieren. Beeinflußt werden die Wendungen und Drehungen, die dabei zu vollziehen sind, von den Erfahrungen in den Praktika ebenso wie von der Theorie, die unser Verstehen fundiert, von der Selbsterfahrung ebenso wie von der Reflexion unserer Praxiserfahrungen in der Supervision.

In der Musiktherapie manifestiert sich die therapeutische Haltung auch innerhalb unseres Mitspielens in der gemeinsamen Improvisation. Wie ist es, als TherapeutIn mit einer Gruppe oder einem einzelnen Patienten zu spielen? Was ist daran anders? Wie soll ich mich musikalisch verhalten? Was soll ich spielen, was darf ich nicht tun? Theoretisch und im Vorhinein scheinen solche Fragen, wie sie bei Studierenden zunächst oft aufkommen, nicht zu beantworten zu sein. Sich im Gegenzug völlig unvorbereitet in die Begegnung mit PatientInnen zu begeben, mutet dennoch allzu wagemutig und verantwortungslos an. Man kann das, was mit dem komplexen Begriff der therapeutischen Haltung gemeint ist, nicht

üben wie eine Sonate oder musikalische Schemata und nicht lernen wie eine Theorie oder ein Gedicht. Aber nach meiner Erfahrung ist es durchaus möglich, die Suchbewegung, um die es hier geht, durch ein vorgreifendes Sich-Einüben in der Musik zu unterstützen.

Dazu können musikalische Rollenspiele dienen, bei denen im Wechsel jedes Mitglied der Gruppe die Gelegenheit bekommt, in der Rolle des >Therapeuten< zu spielen und in der Rolle der >PatientInnen<[11] Erfahrungen damit zu machen, wie sich ein bestimmtes musikalisches Handeln aus dieser Sicht vielleicht anfühlen könnte.

1.1. Grundübung: MusiktherapeutIn und Gruppe

Leitende Fragestellungen für diese Grundübung sind: Wie ist es, als MusiktherapeutIn mit einer Gruppe (von PatientInnen) zu spielen? Wie fühlt sich das an? Was ist anders? Was ist meine Aufgabe? Welche Wirkungen erzeuge ich durch welche Art meines Mitspielens? … …

> Ein Teilnehmer setzt sich ans Klavier und übernimmt innerlich und vereinbarterweise die Rolle des >Therapeuten<. Die anderen begeben sich in die Rolle einer >Gruppe< und suchen sich die Instrumente, die sie voraussichtlich spielen wollen. Die >Patientengruppe< beginnt zu spielen, der >Therapeut< spielt mit. Es gibt keine weiteren Vereinbarungen über Dauer, Entwicklung und Art des Spiels. Ein Leiter, der vor allem für das Nachgespräch gebraucht wird, spielt nicht mit und bleibt außerhalb der Szene.

Ergänzende Hinweise: Um Verwicklungen zu vermeiden, ist es am günstigsten, daß die >PatientInnen< sich vorher innerlich ihre Rolle konkretisieren. Möglichkeiten dazu sind: sich einen Patienten vorstellen, den man im Praktikum erlebt hat; sich phantasierterweise in ein „Krankheitsbild" einfühlen; sich innerlich festlegen, ob man in der Rolle Mann oder Frau ist; wie alt man ist; mit welchem Problem man in der Gruppe ist; in welcher Stimmung man heute in diese >Gruppe< kommt etc. Die >Gruppe< nimmt sich etwas Zeit für die innere Festlegung der Rollen, ohne daß darüber gesprochen wird. / Der >Therapeut< richtet vorher räumlich die Szene ein, indem er überlegt und arrangiert, wo er selbst sitzt, wie die Plätze der >PatientInnen< angeordnet sind etc. Das fördert das Sich-Einstellen auf die Rolle und ermöglicht Erfahrungen und Austausch über die psychologische Wirkung diverser Setting-Aspekte.

Nachgespräch: Im Nachgespräch sollten zwei mögliche Ebenen des Austausches im Gespräch deutlich unterschieden werden: a) Berichte des Erlebens **aus der eingenommenen Rolle heraus** und b) weitere Gespräche **auf einer Metaebene**, in der jeder seine Rolle innerlich wieder verlassen hat. Zur Markierung des Verlassens der Rolle

[11] Um Mißverständnisse zu vermeiden und dennoch einen flüssigen Text schreiben zu können, werde ich in diesem Kapitel immer die Zeichen >…< als Kennzeichnung dafür verwenden, daß der jeweils umschlossene Begriff als eingenommene Rolle verstanden werden soll. / Und da es gerade eine Fußnote gibt: Bezüglich des Sprachproblems männlicher und weiblicher Endungen habe ich dieses Mal eine eher unsystematische Form als Kompromiß gewählt.

empfiehlt es sich, auch räumlich die Spielszene zu verlassen bzw. umzuarrangieren. Die Leiterin fordert zu den Rückmeldungen auf und achtet darauf, daß für alle diese beiden Gesprächsebenen immer deutlich erkennbar sind, damit eine Rückmeldung aus der Rolle, wie etwa „Ich fühlte mich von Dir überrollt" nicht als Mitteilung auf der Ebene der realen Beziehungen untereinander mißverstanden wird. Geschieht dies dennoch, so ist es natürlich wichtig, darüber miteinander zu reden. Einige Beispiele mögen diese beiden Ebenen verdeutlichen:

a) Jeder berichtet über sein Erleben, wie er es in der eingenommenen Rolle während des Spiels wahrnehmen konnte. Eine solche Rückmeldung aus der Rolle eines >Gruppenmitglieds< heraus kann z.B. lauten: „Ich war eine depressive Patientin, so Mitte 40, und wollte vor allem in Ruhe gelassen werden. Ich hatte mir dieses kleine leise Xylophon ausgesucht, damit ich nicht weiter auffalle. Das ging auch ganz gut. An der einen Stelle war es mir zu laut und ich hab' mich geärgert, daß das Klavier auch so laut wurde …" Aus der Rolle des >Therapeuten< könnte eine Rückmeldung lauten: „Ich hatte in meiner Rolle zuerst das Gefühl, ich kann gar nicht jedem Einzelnen gerecht werden und kam dadurch furchtbar in Streß. Dann habe ich diesen Versuch aufgegeben und mich darauf konzentriert, einfach der Hauptbewegung zu folgen, dabei ging es mir dann wesentlich besser …" Keine Rückmeldungen aus der Rolle heraus wären z.B. Bemerkungen wie „Wäre es nicht besser gewesen, wenn Du am Schluß noch mit dem einen Patienten alleine gespielt hättest?" / „Ich fand Dein Spiel viel zu dominant." Ebensowenig gehören hier hin Diskussionsbeiträge über alternative Handlungsweisen oder methodische Grundsatzfragen. Durchaus sinnvoll kann auf dieser Ebene aber der >Therapeut< seine >PatientInnen< fragen, wie denn der eine oder andere seiner musikalischen Beiträge auf ihn (in der Rolle als …!) gewirkt habe, ob seine Spielweise hilfreich war oder hinderlich, unterstützend oder herausfordernd etc.

b) Anschließen kann sich auf der zweiten Ebene der Austausch über sehr unterschiedliche Fragen, wie sie sich durch die Konkretisierung ergeben. Hier können sich auch grundsätzliche Diskussionen über die therapeutische Haltung anschließen. Nach mehreren Durchgängen bietet es sich an, sich insbesondere über die Erfahrungen des Erlebens in der Therapeutenrolle auszutauschen. Meist ist das Material, welches sich aus der Komplexität solcher Situationen ergibt, allerdings so reichhaltig, daß die Gruppe hier immer wieder entscheiden muß, inwieweit sie allen aufkommenden Fragen nachgehen will oder wann sie lieber der Wiederholung des Spiels (für eine andere >Therapeutin<, mit einer anderen >Gruppe<) und sich daraus ergebenden Variationen der Erfahrung den Vorrang geben möchte.

1.2. Variationen:

a) Hinhören und/oder Hinschauen

Es kann ein deutlicher Unterschied im Erleben als >TherapeutIn< sein, je nachdem, ob man während des Spielens versucht, die >Gruppe< und die einzelnen >PatientInnen< auch mit den Augen wahrzunehmen, oder ob man sich allein auf das konzentriert, was sich – ohne Hinsehen – auditiv vermittelt. Das Sich-Einstellen auf die Gruppe kann in beiden Formen unterschiedlich sein. Tendenziell erleichtert das reine Hören es, sich musikalisch auf die >Gruppe< als Ganzes zu beziehen. Um die jeweiligen Vor- und Nachteile beider Einstellungen kennenzulernen, empfiehlt es sich, beide Erfahrungen mehrfach durchzuspielen. Das kann auch helfen herauszufinden, welche Einstellung dem Einzelnen mehr „liegt", in welcher man sich sicherer oder wohler fühlt.

b) Andere Therapeuten-instrumente

Die Frage, ob das Klavier das Instrument des Therapeuten ist, welches er für gewöhnlich spielt, unterliegt verschiedenen methodischen Implikationen, die hier nicht diskutiert werden sollen. Ihre Beantwortung hängt daneben auch von der Klientel ab, mit der man arbeitet, (bisweilen leider auch von der schlichten Frage, ob es überhaupt ein Klavier gibt) und nicht zuletzt davon, ob der Musiktherapeut sich ausreichend vertraut und sicher mit dem Klavier fühlt. Auf jeden Fall kann es interessant sein, auch Erfahrungen mit anderen Instrumenten in der Therapeutenrolle zu machen. Verschiedenen Fragen kann man in Rollenspielen in der Gruppe nachgehen, natürlich ohne damit eine endgültige eigene Entscheidung für die Praxis treffen zu können:

- Welche besonderen therapeutisch-musikalischen Möglichkeiten bietet das eigene (Hauptfach-) Instrument, wenn dieses nicht das Klavier ist?
- Oder ein anderes Instrument, welches man erlernt hat oder zusätzlich erlernen möchte?
- Wie ist es, wenn man als TherapeutIn unterschiedliche „Musiktherapie-instrumente", wie sie auch den PatientInnen zur Verfügung stehen, benutzt?
- Wenn man davon eine bestimmte gleichbleibende Kombination für sich „reserviert"?
- Wenn man immer das Instrument nimmt, welches die PatientInnen gerade „übrig" lassen? … … …

c) Settingfragen

Setting ist das, was wir „(fest)setzen", ist der abgesteckte Rahmen des Spielraums Musiktherapie, den wir vorweg bestimmen Diese Bestimmung leitet sich ab aus unserem Konzept, aus dem, wie wir die Sache verstehen und wie wir methodisch vorgehen wollen. Umgekehrt läßt sich manchmal aus den noch nicht reflektierten Festlegungen, die „einfach so" entstanden sind, im Nachhinein ableiten, welcher (unbewußten) Methodik wir eigentlich folgen. Deshalb können Settingfragen – von der Auswahl der Instrumente über die Anordnung der Stühle bis hin zur Frage des

ersten Satzes – unter praxiserfahrenen TherapeutInnen so spannend sein. Möglichkeiten, Grenzen und Wirkungen verschiedener Details eines Settings können wir im musikalischen Rollenspiel erkunden:

- Welche Instrumentenkombination stelle ich als TherapeutIn zur Verfügung?
- Arrangiere ich ein Spielen im Stuhlkreis oder wird in freierer Form – eher stehend – gespielt?
- Wird im Übergang vom Spielen zum Sprechen, vom Sprechen zum Spielen der Platz gewechselt oder nicht?
- Wie begleite ich in assoziativen, imaginativen oder thematisch gebundenen Improvisationen?
- Wie hören und fühlen sich welche Gruppengrößen an?

Solche Settingfragen durch ein Ausprobieren in Rollenspielen zu erörtern, erweist sich als sehr ergiebig, weil jeder auch Erfahrungen aus der Rolle der >PatientInnen< heraus machen kann, auch wenn die Entscheidung für ein bestimmtes Setting natürlich immer auch von der Klientel, mit der man arbeitet, und den vorgegebenen Arbeitsbedingungen abhängt. Für die erste Bewerbung auf eine Stelle können solche Erfahrungen aber auch dazu beitragen, daß man zumindest etwas besser weiß, welche Rahmenbedingungen man fordern sollte.

d) Bearbeitung von Praktikums- oder Arbeitserlebnissen

Bisweilen tauchen in Praktika oder in der eigenen Arbeit typische Situationen in Therapiegruppen auf, die sich zunächst als musikalische Problemstellungen zeigen. Auch wenn sie naturgemäß das Gesamt der Gruppenarbeit betreffen und nicht notwendigerweise in der musikalischen Situation gelöst werden müssen, treffen sie den mitspielenden Therapeuten manchmal zunächst in der musikalischen Interaktion. Deshalb kann es sinnvoll sein, solche Situationen nachzuspielen, um sie musikalisch und im Austausch im Gespräch näher zu erforschen und evt. auch verschiedene musikalische Reaktionen oder Interventionen in ihren Auswirkungen zu erproben. Einige Beispiele für das, was mit solchen typischen Situationen gemeint ist:

- Einer spielt ganz laut und übertönt alle anderen.
- Alle spielen an der Grenze der Unhörbarkeit, die Musik droht zu verebben.
- Einige PatientInnen unterhalten sich während des Spiels.
- Eine Patientin spielt nicht mit.
- Die Gruppe kommt aus einem rhythmischen Schema nicht mehr heraus.
- Die Gruppe findet nie ein Ende. … …

Es kann durchaus sinnvoll sein, sich zunächst eine solche Situationen zu erspielen, nach einer musikalischen „Lösung“ zu suchen, um dann vielleicht festzustellen, daß das musikalisch nicht zu lösen ist – oder nicht „gelöst, sondern in seiner psychologischen Bedeutung verstanden werden will –, und einer Weiterführung im Gespräch bedarf. Auch dabei helfen vor allem die Rückmeldungen der >PatientInnen<, die uns probeweise ein wenig Einblick verschaffen in das „Innenleben“ eines solchen musikalischen Verhaltens.

Alternativ können auch spezielle Problemstellungen aus einer konkreten erlebten Gruppensituation nachgespielt werden. Dazu müssen dann diejenigen, die in der >Gruppe< mitspielen werden, konkrete Hinweise erhalten, welche Rolle sie einnehmen und in welcher Art sie spielen sollen. (vgl. auch die Beispiele S. 55)

2. Die Situation zu zweit

Auch die Einzelmusiktherapie als „Situation zu zweit“ stellt eine Grundsituation des musikalischen Zusammenspiels dar, für die wir als „mitspielende TherapeutInnnen“ eine innere Spielhaltung und Verfassung finden müssen. Diese ist deutlich vom Zusammenspiel in einem konzertanten Duett unterschieden, selbst wenn es sich dabei um frei improvisierte Musik handelt. Auch hier kann eine Grundübung deshalb darin bestehen, erste Erfahrungen über das bloße Sich-Einfinden und phantasierte Einfühlen in die Rolle des >Therapeuten< gegenüber einem >Patienten< zu machen. Entsprechend lassen sich die vorgenannte Grundübung und die entsprechenden Variationen auf die Situation mit einem Patienten allein übertragen.

Der Unterschied des Zusammenspiels von PatientIn und TherapeutIn zu einem konzertanten Duett bzw. einer musikalischen Improvisation außerhalb einer therapeutischen Situation ist in Worten nur andeutbar. Es geht dabei um ein paradoxes Verhältnis von Einfühlung und Eigenständigkeit, Aufnahmebereitschaft und Ergänzungsfähigkeit, Mitschwingen und Widerstehen: Als TherapeutIn ist unser Spiel auf das Spiel des Patienten ausgerichtet. Der Patient bestimmt (zumindest zunächst) die Richtung des musikalischen Geschehens. Unser Spiel geht vom Spiel des Patienten aus, wir finden uns in seine (oder ihre) musikalische Gestaltung ein. Wir folgen dem, was wir hören – und in uns vom Patienten spüren – während wir ihm in „schwebender Aufmerksamkeit“ zugewandt sind. Die therapeutische Spielhaltung wäre aber mißverstanden in der Annahme, unser Spiel müsse immer leiser oder schwächer sein, jeder Wendung nachfolgen, alles nachahmen, immer konform, synchron zum Spiel des Patienten sein. Wir spielen auch, was in uns durch das Spiel des Patienten ausgelöst wird, was in uns zum Klingen gebracht wird. Dies kann – auf der musikalischen Materialebene – etwas ganz anderes sein als das, was der Patient selbst spielt – aber es geht vom Patienten aus.

Die therapeutische Spielhaltung vollzieht sich in der entstehenden Übertragungs- und Gegenübertragungskonstellation und ist als solche letztlich nicht im Rollenspiel einübbar. Dennoch macht es Sinn, bestimmte Grundverhältnisse im Sinne einer Vorgestalt erfahrbar zu machen. Ich möchte einige typische Konstellationen benennen, an deren (unvollständiger) Zusammenstellung vielleicht zugleich erkennbar wird, daß es hier nicht um ein verallgemeinerbares „Richtig“ oder „Falsch“ gehen kann, sondern daß sich der Sinn oder Unsinn, das Förderliche oder Hinderliche im Spiel des Therapeuten immer nur im Einzelfall und im Zusammenhang der konkreten therapeutischen Situation beurteilen läßt. Diese Konstellationen kann man auch im musikalischen Rollenspiel und im anschließenden Gespräch erkunden:

- begleiten (als ginge man neben dem anderen);
- unterstützen, (was sich alleine nicht halten kann);
- hervorlocken, (was sich andeutet, aber wieder zu verschwinden droht);
- ergänzen, komplettieren, (weil etwas zu fehlen scheint);
- ergänzen, (was für sich steht, aber eine Ergänzung erlaubt);
- abrunden, (was unabgeschlossen zu bleiben scheint) oder
- es so unabgeschlossen lassen;
- bei sich bleiben, (weil man sonst vielleicht stört oder weil der andere einen nicht braucht)
- eine Beziehung suchen, anbieten, anfragen, oder aber
- ein gemeinsames Anwesendsein zulassen, ohne auf direkten Kontakt zu drängen;
- imitieren, aufgreifen, fortführen oder
- bewußt nicht imitieren …, sondern „nur da sein";
- gegensätzlich spielen oder Gegensätze ermöglichen;
- sich mitreißen lassen oder widerstehen;
- Aufmerksamkeit hervorrufen oder
- den anderen in Ruhe treiben oder träumen lassen;
- sich beeinflussen lassen oder
- den anderen in eine bestimmte Richtung beeinflussen;
- gegenseitige Beeinflussung zulassen;
- versuchsweise etwas Neues ins Spiel bringen (wie dies eher in fortgeschrittenen Phasen der Behandlung sinnvoll sein kann);
- erweitern, steigern, zuspitzen etc. (als Versuch, als offen bleibendes Angebot).

Weitere Konstellationen ergeben sich auch hier aus den konkreten Erfahrungen der Praktika oder der eigenen Arbeit. Ebenso können Fallberichte der Literatur eine Anregung sein, dort beschriebene Konstellationen nachzuspielen und auf diese Weise Erfahrungen zu machen. Wichtig sind auch hier die Nachgespräche aus beiden Rollen heraus, die oft ebenfalls zu weiteren Erprobungen führen können. Wir erfahren, was an „gutgemeinten" musikalischen Beziehungsangeboten vielleicht eher als musikalische Verfolgung, was wirklich als Unterstützung oder doch eher als Enteignung, was als hilfreich oder hinderlich

erlebt wird. All dies fühlt sich – bei aller individuellen Unterschiedlichkeit – in der Rolle des >Patienten< doch oft auffällig anders an als in der Rolle des >Therapeuten<.

Nachfolgend möchte ich hier noch einige konkrete Beispiele angeben, die musikalische Konstellationen aufgreifen, wie sie von Studierenden häufiger aus den ersten musiktherapeutischen Erfahrungen als schwierige Situationen mitgebracht werden.

2.1. Der Patient hört den Therapeuten nicht

Diese Konstellation wird häufiger in der Form vorgetragen, daß der Patient so laut und/oder „chaotisch" spielt, daß im Therapeuten der Wunsch entsteht, etwas dagegen zu unternehmen, weil es ihm schlicht zu laut ist, weil die Heftigkeit des Spiels Ängste auslöst oder eine bestimmte Art des musikalischen Kontaktes vermißt wird. Diese in der Praxis oft als überwältigend erlebte Situation kann in der Übungsgruppe nachgestellt und hinsichtlich verschiedener Ebenen erprobt und in Austausch gebracht werden.

Derjenige, der ein solches Problem einbringt, kann in der Übungsgruppe zunächst die Rolle des >Patienten< einnehmen, in einem weiteren Spiel sich die Situation vielleicht einmal ganz von außen anhören oder auch wieder in die Rolle des >Therapeuten< gehen.

Aspekte/Erfahrungen: Einerseits kann es auf der **Ebene des musikalischen Materials** darum gehen herauszufinden, welche Art des Mitspielens, z.B. gegenüber einem lauten Schlagzeugspiel, hörbar ist und welche nicht. Klare, sich wiederholende Strukturen setzen sich besser durch als „Mitdonnern". Spielt der >Therapeut< Klavier, so erweist sich der „Rettungsanker Pedal" als eher ungünstig. Akkorde sind in weiten Lagen hörbarer als in engen. Günstig sind auch Oktavierungen rechts in hohen Lagen. „Immer ganz viel spielen" hilft weniger als deutliche Pausen und markante Einwürfe. Man kann mit verschiedenen Instrumentenkonstellationen spielen und akustische Grundtatsachen erleben wie die, daß bestimmte hohe Frequenzbereiche eine starke Durchsetzungsmöglichkeit schaffen oder daß das Spielen im gleichen Frequenzspektrum eher untergeht. (Diese Hinweise mögen erfahreneren KollegInnen etwas zu simpel erscheinen. Meine Erfahrung ist aber die, daß die klassische Musikausbildung hier nicht immer die notwendigen Grunderfahrungen hat bieten können. Trotz der nachfolgenden Aspekte sollte der Musiktherapeut m.E. aber zumindest wissen, wie er sich musikalisch durchsetzen oder bemerkbar machen könnte.)

Andererseits stößt man im Verlauf der Übungen und des Besprechens der therapeutischen Situation unweigerlich auf die Tatsache, daß es auf der **Ebene der Beziehung** sicher nicht notwendig, nicht nur oder vielleicht überhaupt nicht um die Frage geht „Wie setze ich mich musikalisch durch, wie wird mein Spiel für den Patienten hörbar?" In der Rolle des >Patienten< wird vielleicht der psychologische Sinn eines solch lauten oder „chaotischen" Spiels erfahrbar, können Gründe erspürt, „Vorteile" dieser Spielweise nachempfunden werden. Von da aus können mögliche Interventionen (musikalische oder auch sprachliche) neu bedacht werden. Manchmal ist es auch schon anders, wenn (weil?) wir es verstehen.

2.2. Der Patient nimmt keine Beziehung auf

Es gibt andere Formen des Spiels des Patienten, die den Erwartungen des Therapeuten an eine „musikalische Beziehung" nicht entsprechen und deshalb in ihm das Empfinden auslösen, der Patient nehme keine Beziehung auf. Formen können z.B. sein:

- Ein zwanghaftes Spiel im Rhythmischen, welches sich durch ein rhythmisches Motiv (Motivfragment) auszeichnet, welches unbeeinflußbar sich wiederholend beibehalten wird. Ein metrisch-rhythmisches Mitspielen wird dabei oft durch minimale Zeitverschiebungen innerhalb des Motivs oder zwischen den Wiederholungen (eine Art „Haken“ oder „Stolpern“) verhindert. Hinzukommen kann etwa im Melodischen das Rauf und Runter jeweils vom Anfang bis zum Ende des Tonumfanges des Instrumentes, was meist keine melodisch-formale Sinngebung ermöglicht.

- Ein sehr schneller Wechsel der Instrumente, wie dies z.B. bei Kindern häufiger vorkommt. Der Therapeut versucht sich gerade erst auf das Spiel des Kindes einzustellen, schon hört es wieder auf, spielt ein anderes Instrument oder tut überhaupt etwas ganz anderes.

- Ebenso gibt es bestimmte ametrische Zerdehnungen in der Zeit, die es dem Therapeuten erschweren, sich musikalisch auf das Spiel des Patienten zu beziehen.

- Ausweichen in verschiedener Hinsicht: Immer dann, wenn der Therapeut quasi „gerade begriffen hat, was das werden soll“ (melodisch, im Puls, rhythmisch, harmonisch, im Gesamtcharakter), ist der Patient „schon wieder woanders“.

- Das Spiel des Patienten bleibt so unbestimmt und vorgestalthaft, daß dadurch das Gefühl entsteht, man könne keine Beziehung finden.

Auch hier kann es zwar einerseits darum gehen herauszufinden, welche musikalischen Mittel hier gebraucht werden. Wichtiger ist aber meist das psychologische Verstehen, welche Art von Beziehung denn auf diese Weise erzeugt wird und welchen Sinn dies vielleicht macht. Dem können wir in den musikalischen Rollenspielen vor allem durch die handelnd-nachahmende Einfühlung in der Rolle des >Patienten< auf die Spur kommen. Dabei wird oft deutlich, daß wir einen viel zu engen Begriff von dem haben, was eine (musikalische) Beziehung ist.

Stellen wir uns z.B. die Familiensituation vor, bei der die Mutter oder der Vater in der Küche kocht, während das Kind im Nebenzimmer bei geöffneter Tür still für sich etwas spielt. Man kann schlechterdings nicht behaupten, daß Mutter oder Vater und Kind dabei keine Beziehung hätten oder diese nicht (er)lebten. Es ist vielmehr eine m.E. sehr wichtige Beziehungserfahrung des Allein-sein-Könnens in Anwesenheit eines anderen. Übertragen wir dieses Bild in ein musikalisches Geschehen, so wird daran spürbar, daß nicht unbedingt ein direkter musikalischer Bezug stattfinden muß, damit sich Beziehung ereignet. (s. auch M. Deuter: Beziehungsformen in der musiktherapeutischen Arbeit mit psychotischen Patienten. – „Wo treffen wir uns, wenn wir uns nicht treffen?“, 1996)

2.3. Der Patient löst heftige Affekte im Therapeuten aus

Einerseits kann es durchaus Sinn machen, Gegenübertragungen in uns als TherapeutInnen zum Ausdruck kommen zu lassen, andererseits darf dies natürlich nicht unreflektiert – als ein Agieren der Gegenübertragung geschehen. Diese wichtige Unterscheidung ist in der therapeutischen Situation oft schwer einzuschätzen. Das sich einfühlende Nachstellen einer

solchen konkreten Behandlungssituation im musikalischen Rollenspiel kann hier weiterführen, auch wenn eine Lösung nicht unbedingt allein durch dieses Nachspielen zu erwarten ist.

Gerade dann, wenn ein Patient im Therapeuten heftige Affekte, unangenehme, peinliche oder verwirrende Gefühle oder Bilder auslöst, kann das musikalische Rollenspiel ein Schritt des Weges zur Reflexion und zum besseren Verstehen sein. Spielt derjenige, der den Fall vorstellt, in der Rolle des >Patienten<, so entstehen in ihm vielleicht Empfindungen, die ihm Hinweise auf die psychische Verfassung seines Patienten geben. Spielt er in seiner eigenen Rolle als >Therapeut<, nachdem er ein Gruppenmitglied in das Spiel des >Patienten< eingewiesen hat, so hat er die Möglichkeit, in dieser Situation außerhalb der Behandlung einmal seine Affekte, seine Verwirrung, seine Bilder ungefiltert musikalisch zum Ausdruck kommen zu lassen, ohne befürchten zu müssen, dem realen Patienten zu schaden. Das kann zum einen eine Entlastung sein, die letztlich der Behandlung zugute kommt. Es kann aber auch helfen, Klarheit über den Auslöser, die Richtung oder die Charakteristik der eigenen Gegenübertragung zu gewinnen und somit einen Beitrag zum Verstehen der Übertragungs-Gegenübertragungs-Konstellation leisten. Überlegungen, wie in der tatsächlichen Behandlungssituation dann damit umzugehen ist, können sich anschließen.

3. Musikalisches Rollenspiel in der Supervision

Die letzten Beispiele kennzeichnen zunehmend einen Übergang von einer Gruppe, die sich als Improvisationsgruppe trifft, zu Situationen, die vielleicht eher oder auch in eine musiktherapeutische Supervision gehören. Das musikalische Rollenspiel kann – neben anderen Methoden – ein methodisches Vorgehen innerhalb der Supervision sein (vgl. R. Tüpker 1996b, 1996c). Dies gilt in unterschiedlicher Ausformung für die Supervision in der Gruppe, die Einzelsupervision und die kollegiale Supervisionsgruppe ohne SupervisorIn.

In der Gruppensupervision kann der Supervisor dem Supervisanten diese Methode vorschlagen, wenn zu erwarten ist, daß eine schwierige Behandlungssituation, die in Worten schwer zu beschreiben ist, durch die Konkretisierung im Rollenspiel deutlicher oder einfühlbarer wird. Weitere Gründe für die Wahl dieser Methode sind häufig mitgebrachte Fallbeispiele, bei denen der Supervisant sonst nur wenig Material zum Patienten hat, bei denen es hauptsächlich um ein Nachspüren des Erlebens des Supervisanten geht oder bei denen die Gruppe einen musikalischen Eindruck des Geschehens zum Verstehen braucht, aber kein Bandmaterial vorliegt. Natürlich sollte es der Entscheidung des Supervisanten überlassen sein, ob er diesem Vorschlag folgen möchte.

Hat eine Supervisionsgruppe Erfahrung mit dieser Methode gewonnen, so kann selbstverständlich auch derjenige, der einen Fall vorstellt, ein solches Vorgehen vorschlagen. Ähnlich wird dies in der kollegialen Supervisionsgruppe sein. Aufgrund der nicht immer einfach zu handhabenden Situationen, die dabei entstehen, sollte die Gruppe oder ein größerer Teil der Gruppe aber über eine gewisse Erfahrung mit solchen Rollenspielen verfügen. Auf jeden Fall ist es wichtig, daß derjenige, der in der kollegialen Supervisionsgruppe einen Fall vorstellt, sich jemanden sucht, der das Rollenspiel verantwortlich leitet.

Ergänzender Hinweis: In beiden Situationen muß berücksichtigt werden, daß das Ausloten einer Situation im Rollenspiel oft einen längeren Zeitraum benötigt. Dies kann

eine Einschränkung der Eignung dieser Methode zur Supervision sein, da die Gefahr besteht, daß für das eigentliche Supervisionsanliegen und die Reflexion nicht genügend Zeit bleibt. Es sollte ein Zeitraum von mindestens 90 Minuten zur Verfügung stehen und ein Rollenspiel dann relativ zu Beginn dieser Zeit stattfinden. Je weniger Erfahrung eine Gruppe oder der Supervisor im Umgang mit dieser Methode hat, desto länger sollte der zur Verfügung stehende Zeitraum sein.

Auch in der Einzelsupervision kann es üblich sein, daß SupervisantIn und SupervisorIn die musikalische Improvisation in die Arbeit einbeziehen. Das ist nicht notwendig an ein Rollenspiel gebunden, obwohl auch dies – zumindest in bezug auf die Einzeltherapie – möglich ist. Oft geht es hier nach meiner Erfahrung aber auch nur um ein Nachspüren der eigenen Empfindungen in bezug auf einen Patienten oder eine Gruppe, bei dem die Supervisorin einfach mitspielt, oder um eine musikalische Reflexion eines bestimmten Aspektes der Behandlung und der therapeutischen Beziehung. Die Übergänge sind hier fließend und die einzelnen Formen von den individuellen Bedürfnissen und der Person des Supervisanten (und des Supervisors) abhängig.

Dennoch läßt sich verallgemeinernd sagen, daß sich hier das musikalische Improvisieren in besonderer Weise ebenso als ein Mittel der Erkenntnisgewinnung wie auch als Entlastung bewähren kann. Dies in der eigenen Supervision immer wieder einmal zu erfahren, kann zugleich insgesamt dazu beitragen, das Zutrauen in unsere eigene Methodik zu fördern und zu erhalten.

III. Konzertante Improvisation

Mit dem Begriff der konzertanten Improvisation ist hier die Möglichkeit gemeint, improvisierte Musik aufzuführen, während es ein Charakteristikum musiktherapeutischer Improvisation ist, daß es kein Publikum gibt. Unter Improvisation verstehen wir allgemein den „…Akt des gleichzeitigen Erfindens und Realisierens von Musik. Sie bewegt sich zwischen den Polen »determiniert« und »frei« (…) Spezifisch ist (…) ein spontanes Reagieren, das dem musikalischen Akt die Möglichkeit des Experiments, der Überraschung und der Entdeckung offen hält. Hierbei können Geplantes, Geübtes und in jeglicher Form Erfahrenes in die Improvisation einfließen." (Münsterteicher 1995)

Die in dieser Begriffsbestimmung genannten Pole von „bestimmt" und „frei", „geplant" und „überraschend", „geübt" und „spontan" kommen mit der konzertanten Improvisation in ein neues paradoxes Verhältnis. Einiges wird für das Konzert abgesprochen, geplant sein, kann aber vielleicht dennoch spontan – aus dem Moment heraus, von innen kommend – wirken. Oft wirken gelungene völlig frei improvisierte Formen auf die ZuhörerInnen „wie komponiert", so daß sie manchmal kaum glauben wollen, daß solche musikalischen Formenbildungen improvisatorisch überhaupt möglich sind. Gerade diese Paradoxien machen Aufführungen improvisierter Musik so reizvoll.

Konkret gehe ich hier davon aus, daß eine Gruppe, die längere Zeit miteinander improvisiert, aus den so gemachten Erfahrungen heraus einzelne „Stücke"[12] auf eine

[12] Um ein Wort dafür zu haben, daß ein Improvisationskonzert meist aus einer Reihe mehr oder weniger in sich abgeschlossener Improvisationen besteht, spreche ich im nachfolgenden Text von "Stücken", was also nicht zu verwechseln ist mit "aufgeschriebener" (komponierter) Musik, durchaus aber beinhaltet, daß jedes "Stück" einer bestimmten musikalischen Idee folgt und in der Gruppe in irgendeiner Hinsicht geplant, abgesprochen ist, etwas mehr oder weniger Bestimmtes zu realisieren sucht.

Aufführung hin konzipiert und vorbereitet. Während die Gruppe ansonsten vielleicht improvisiert, um sich auf das musikalische Handeln in der Musiktherapie oder in einem verwandten Beruf vorzubereiten, oder nur „für sich" miteinander spielt, kommt die Zusammenarbeit durch ein solches Vorhaben stärker in den Sog eines künstlerisch-ästhetischen Wirkungsrahmens. Es taucht die Frage auf, wie die improvisierte Musik gestaltet sein muß, damit sich einem (nicht-spielenden Publikum) etwas vermitteln kann, was sich allein durch das Zuhören erschließt.

Versuchen wir die Richtung dieses Soges näher zu bestimmen, so fallen uns Begriffe ein wie: stärkere Prägnanz, Zuspitzung, größere Präzision in der Formenbildung bzw. im Zusammenspiel, Intensivierung der Ausdrucksbildung, weniger Redundanz, stärkere Intentionalität, Erhöhung der Kontrastbildungen, stärkere Stringenz im Aufbau. Das Problem ist: Denken wir an einzelne Stücke (auch der zeitgenössischen komponierten Musik), so fallen uns für (fast) jede dieser Forderungen Gegenbeispiele ein. Was ästhetisch reizvoll ist, läßt sich nicht an starren Regeln festmachen. Um aber hier nicht in eine Abhandlung über ästhetische Grundsatzfragen abzugleiten, gehe ich davon aus, daß die improvisierende Gruppe selbst genügend musikalische Erfahrungen hat und ihre eigenen ästhetisch-künstlerischen Ansprüche in einem Improvisationskonzert zu verwirklichen suchen wird.

Ich möchte deshalb hier einige Übungen beschreiben, die die Richtungsänderung im Hinblick auf das konzertante Improvisieren im Konkreten zu bestimmen suchen und werde dabei versuchen, immer wieder Hinweise auf die spezifische Brechung zu geben, die mit dieser Art des Improvisierens verbunden ist. Die einzelnen Stücke für ein Konzert können sich entweder aus der Gruppenarbeit und dem Zusammenspiel entwickeln, oder es können Ideen einzelner Mitglieder der Gruppe umgesetzt werden.

Die Frage, warum denn – z.B. in einer Musiktherapieausbildung – überhaupt eine Brechung gesucht werden soll, die in mancher Hinsicht eine der musiktherapeutischen Improvisation entgegengesetzte Richtung einschlägt, ist berechtigt. Meine Erfahrung ist, daß dieser Richtungswechsel dennoch gerade für MusiktherapeutInnen Sinn macht. Das (Wiederauf)Finden eines eigenen künstlerischen Ausdrucks, die Auseinandersetzung mit künstlerischen Fragen musikalischer Wirkung, die Entdeckung der musikalischen Improvisation als einer Kunstform mit ihr eigenen ästhetischen Gesetzen knüpfen an die musikalischen Vorerfahrungen an und können diesen eine neue, für die Behandlungspraxis wichtige Wendung geben. Vielen Studierenden ist das Improvisieren in ihrer musikalischen Grundausbildung leider nicht oder kaum begegnet. Lernen sie das Improvisieren nur in therapiebezogenen Zusammenhängen kennen, so schleichen sich oft musikalisch-kommunikative Klischees ein, die auch in den Behandlungen eine Einschränkung der Begegnungsmöglichkeiten bedeuten und die Musiktherapie ihrer Fundierung in der eigenen ästhetischen Auseinandersetzung mit sich und der Welt berauben.

Die Musikausbildung an unseren Hochschulen scheint psychologisch weiterhin (oder wieder) eine die eigene musikalische Ausdrucksbildung eher hemmende Wirkung zu haben, die dazu führt, daß musikalische Leistung und Qualitätsansprüche meist nur als entfremdende Belastung und lusttötende Behinderung erlebt werden. Diese Ansprüche aufzugeben kann aber schlechterdings nicht Sinn einer musiktherapeutischen Ausbildung sein. Die Erfahrung mit dem Improvisieren im Sinne einer auch künstlerischen Ausdrucksfindung kann daraus wieder eine reizvolle und lustbetonte Herausforderung machen und uns zugleich davor bewahren, regressiv zu glauben, in der Musiktherapie käme es hinsichtlich musikalischer Qualität „nicht so drauf an". So kann der Wechsel zwischen den verschiedenen Verfassungen und Wirkungsfeldern des Improvisierens eine spiralige

Entwicklung in Gang setzen, die auch dabei hilft, genauer herauszufinden, worauf es denn jeweils ankommt.

1. Klare Anfänge

Es scheint oft eine Tendenz zu geben, Improvisationen unscharf zu beginnen: Niemand traut sich so recht, keiner will „bestimmen", in welche Richtung es gehen soll, man will nicht das erste Wort haben. Dadurch entstehen Anfänge, die durch ein allmähliches „Sich-Einschleichen" gekennzeichnet sind, in denen es erst raschelt, rumort und vor sich hin plätschert, bis sich nach und nach gemeinsam eine Gestalt einstellt. Abgesehen von der Tatsache, daß diese Tendenz auch im kommunikativen Sinne zum unfruchtbaren Klischee werden kann, steht sie der Prägnanz entgegen, die für konzertante Improvisationen notwendig ist. Deshalb ist es sinnvoll, eine Reihe von Anfängen zu üben, um dieser Tendenz entgegenzuwirken. Dazu können folgende Aufgabenstellungen vereinbart werden, die durchaus auch mehrmals hintereinander geprobt werden können. (Aus den angegebenen Beispielen lassen sich unschwer weitere eigene Übungen erfinden.)

Alle haben ihre Instrumente griffbereit und fangen genau gleichzeitig an – und zwar ohne daß einer ein Zeichen zum Einsatz gibt. Zunächst mit Blickkontakt, später auch ohne. (Eine Unterscheidung, die in allen Übungen alternierend erprobt werden kann.)

Es fängt nur ein Spieler an: mit einer musikalisch klaren Form, etwa einer Melodie, einem von Anfang an deutlich artikulierten Rhythmus oder einem gut gesetzten Klang. Die anderen beginnen nach und nach in deutlichem Bezug auf die Setzung des ersten. (Es kann zunächst vereinbart werden, wer anfangen wird, dann sollte diese Vereinbarung wegfallen. Auch diese Unterscheidung kann für andere Übungen alternierend angewandt werden.)

Gleicher Beginn wie in der Übung zuvor mit der Variation, daß der dritte oder vierte Spieler mit einem deutlich erkennbaren Gegensatz zu dem beginnt, was die ersten SpielerInnen inzwischen aufgebaut haben.

Zwei SpielerInnen beginnen gleichzeitig, die anderen kommen hinzu: bezugnehmend – oder im Gegensatz zur entstandenen Charakteristik.

Es werden klare Anfänge in bezug auf bestimmte musikalische Parameter oder Formprinzipien geübt wie z.B.

- eine rhythmische Form als Untergrund für Melodisches;

- ein Klangteppich, über den sich Melodien bewegen können;
- sehr kurze Verlautbarungen mit Lücken in unregelmäßigen Abständen;
- eine harmonische Folge als musikalischer „Vorschlag" für anderes…

Aufteilung in zwei Spielgruppen: Die erste spielt einen Anfang (für den es keine weitere Vereinbarung gibt als die, daß er klar und prägnant sein soll), bricht ab – die zweite Gruppe spielt einen Anfang, der in irgendeiner Hinsicht einen deutlichen Gegensatz zum Anfang der ersten Gruppe bildet.

Aspekte/Erfahrungen: Es ist am sinnvollsten, diese Übungen nicht direkt im Zusammenhang mit einem geplanten Stück durchzuführen, sondern unabhängig davon als allgemeine Erweiterung der musikalischen Ausrüstung, also eher im Sinne von Etüden, von denen man z.B. bei jedem Treffen einige durchführt. Das Geübte wirkt sich dann erfahrungsgemäß „von selbst" auf die Ausdrucksvarianz der Gruppe aus. / Um sich auf die Aufgabenstellung zu konzentrieren, ist es sinnvoll, das Spiel wirklich jeweils dann abzubrechen, wenn sich die musikalische Situation des „Anfangs" erfüllt hat, wenn man also „im Spiel drin" ist. / Die Aufgabe sollte in verschiedenen Besetzungen geübt werden. / Wie bei all diesen Übungen geht es hierbei zwar einerseits um das Gelingen der vereinbarten Aufgabenstellung, andererseits entstehen durch die Probensituationen oft auch musikalisch interessante Entdeckungen jenseits der vereinbarten Aufgabe, die dann auch weiter zu musikalischen Ideen und Stücken ausgebaut werden können.

Eine weitere Möglichkeit, Anfänge zu üben, besteht darin, von bildhaft-szenischen Vorstellungen auszugehen. Durch die verbindende Gemeinsamkeit eines Bildes oder einer Szene wird eine Aufmerksamkeitshaltung erzeugt, die dennoch nicht völlig bestimmt ist, z.B.: „Plötzlich einsetzender Regen" / „Frühlingserwachen" / „Ein unbedacht dahingeworfener Satz kann eine hitzige Debatte auslösen" / „Es war einmal …" / „Beginn einer großen Leidenschaft" etc.

2. Gekonnte Schlüsse

Mit den Schlüssen von Improvisationen verhält es sich oft ähnlich: Es schleichen sich Phänomene ein wie das „Verpassen" einer spontan entstehenden gelungenen Schlußbildung, weil diese nicht von allen wahrgenommen wurde, das „Nachkleckern" oder ein allzu verzögertes Ausklingen, ohne daß dies wirklich „gemeint" ist u.ä. Deshalb ist es sinnvoll, auch Schlußbildungen besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Sie lassen sich allerdings nicht in gleicher Form als Übungen ausgestalten wie die Anfänge, da sich das „Gekonnte" eines Schlusses naturgemäß immer auf die Entwicklung der vorangegangenen Improvisation bezieht.

Üben lassen sich Schlußbildungen daher weitgehend nur im Zusammenhang anderer improvisatorischer Vorhaben, oder indem die Gruppe zunächst eine ansonsten unabgesprochene Improvisation entstehen läßt, aber eine bestimmte Schlußform oder eine bestimmte Aufmerksamkeitshaltung vereinbart wie z.B.:

Alle nehmen sich vor, die erste Möglichkeit zur Schlußbildung sofort zu nutzen.

Die erste Möglichkeit zur Schlußbildung wird bewußt „überspielt", die zweite wird wie zuvor „sofort" genutzt.

Alle hören „wie abgesprochen" genau gleichzeitig auf. (Zunächst mit einem vereinbarten Zeichen, später ohne ein solches.)

Wenn ein bestimmter (vorher vereinbarter) Spieler aufgehört hat, bringt jeder seine momentane Figur oder Bewegung in Ruhe zu Ende.

Eine erste Möglichkeit zur Schlußbildung wird „überspielt", dann hören alle (oder als Variation: jede/r für sich) aus „unerfindlichen Gründen" – wie mittendrin – auf.

Die Improvisation entwickelt sich auf einen Höhepunkt zu, der zugleich als „gekonnte Schlußbildung" genutzt wird.

Die SpielerInnen „streiten" sich um den Schluß nach Art: jede/r will das letzte Wort haben, niemand will es dem anderen lassen. (Und dennoch ist das Stück irgendwann zu Ende.)

„Ausblenden": Nachdem eine bestimmte Form (Spielweise) sich durchgesetzt hat, werden alle unter Beibehaltung der musikalischen Gestaltungsform gleichzeitig immer leiser – bis zur Unhörbarkeit.

Aspekte/Erfahrungen: Einige dieser Anleitungen sind eher paradox. Es kommt daher nicht immer oder nur auf die Erfüllung der Aufgabe an, sondern manchmal eher auf eine bestimmte Aufmerksamkeitshaltung, die dann gewollt-ungewollt zu einem überraschenden Ergebnis führen kann: Kann man wirklich „ohne Zeichen" genau gleichzeitig aufhören oder beginnen? – Eigentlich geht das gar nicht. – Manchmal geschieht es aber doch. – Aber manchmal ist das, was statt dessen bei diesem „unmöglichen" Versuch entsteht, auch viel reizvoller. / Im Zusammenhang geplanter Stücke kann man eine bestimmte Art der Schlußbildung vereinbaren und diese gegebenenfalls auch so üben, daß man mehrfach von einer „bestimmten Stelle" aus anfängt. Hierbei ist allerdings in bezug auf die Aufführungsplanung und die Gefahr des „Überübens" Vorsicht geboten. Hat man in Vorbereitung auf ein Konzert Schlüsse eines Stückes mehrfach geübt, so kann es manchmal sinnvoll sein, die Frage, welche Art des Schlusses letztendlich stattfinden soll, wieder offen zu lassen, um die für das Konzert notwendige Spannung zu erhalten. / Insgesamt soll mit diesen Übungen nicht eine bestimmte Ästhetik präferiert werden. Es geht hier nur um die Erweiterung der musikalischen Ausrüstung und ein Entgegenwirken in bezug auf bestimmte sich einschleichende Tendenzen. Das mit diesen Übungen „Bekämpfte" kann dann durchaus wieder in das „Repertoire" der möglichen musikalischen Formenbildungen aufgenommen werden kann.

Auch Schlüsse können von bildhaft-szenischen Vorstellungen ausgehend erprobt werden, wie z.B.: „Dunkelheit senkte sich über die Stadt" / „Ein kurzer Abschied" / „… und wenn sie nicht gestorben sind …" / „Plötzlich riß ein Abgrund alles weg" etc.

3. Einige weitere Übungen

Auch die nachfolgenden Übungen enthalten meist eher paradoxe Anweisungen, die eine bestimmte Aufmerksamkeits- oder Spielhaltung erzeugen und damit klischeehaften Tendenzen entgegenwirken, wie sie in Improvisationsgruppen entstehen. Auch hier darf also durchaus etwas anderes dabei herauskommen.

20 Sekunden: Alle SpielerInnen haben ihre Instrumente griffbereit. Die vereinbarte Spielregel bezieht sich nur auf die sehr knapp umgrenzte Spielzeit von 20 Sekunden – das aber „nach Gefühl", also ohne daß auf die Uhr geschaut wird.

Unterschiedlich lang: Es sollen zwei Stücke gespielt werden, die sich deutlich in der Länge (Zeit) unterscheiden. Es wird aber nicht gesagt, welches das längere und welches das kürzere sein wird. Als Variationen ergeben sich in gleicher Art: unterschiedlich laut, unterschiedlich schnell, unterschiedlich dicht.

Satz und Gegensatz: Es spielen nacheinander – mit einer deutlichen Pause – zwei Teilgruppen. Die Gruppe, die als zweite spielt, gestaltet einen Gegensatz zur ersten Musik (zum ersten Satz). Dabei bleibt offen, worauf sich dieser Gegensatz bezieht. (Auch geeignet für zwei einzelne SpielerInnen sowie in der Variante einer Kette von beliebigen „Gegen-sätzen" möglich.)

Durchgängiges und Unterbrochenes: Ein (kleinerer) Teil der Gruppe spielt eine durchgängige Form, oder es wird ein Text gesprochen oder gesungen. Die anderen spielen in offener und unregelmäßiger Verteilung und Dichte sehr kurze Einwürfe. Dabei versuchen je zwei SpielerInnen dieser zweiten Teilgruppe, ihre Einwürfe genau zugleich zu spielen.

Arhythmisch: Einer beginnt mit einer erkennbaren rhythmischen Struktur, andere kommen hinzu und versuchen, sich rhythmisch nicht auf das Spiel der jeweils anderen zu beziehen. Das Gleiche kann (mit dafür geeigneten Instrumenten oder mit Stimmen) auch in bezug auf die Intonation erprobt werden. (Beides ist schwieriger als man meint.)

Diverse „Unhöflichkeiten": Gerade das, was sich ansonsten in der Kommunikation „nicht gehört", soll hier zum Zuge kommen wie z.B.:

- dauernd unterbrechen und dazwischenreden;
- nicht zuhören und immer etwas tun, was überhaupt nicht paßt;
- etwas anfangen und – wenn jemand darauf einsteigt – abbrechen und etwas ganz anderes machen;
- unbeirrt vor sich hin spielen (während andere versuchen, einen zu beeinflussen) …

Zur Erinnerung: Es sollte nicht immer die gesamte Gruppe spielen, sondern mit diesen Übungen sollten zugleich auch Erfahrungen mit kleineren Besetzungen wie Trio, Quartett … gesammelt werden. Dies ist auch wichtig in bezug auf Konzertplanungen, da es meist sinnvoll ist, für den Gesamtablauf eines Konzertes im Sinne des Spannungsaufbaus bestimmte Wechsel in der Besetzung der einzelnen Stücke einzuplanen.

4. Musik und Sprache

Wie in der komponierten Musik bietet die Verknüpfung von Musik und Sprache auch für die konzertante Improvisation ein reiches Feld an Gestaltungsmöglichkeiten. Daß das Verhältnis von Musik und Sprache dabei sehr unterschiedlich sein kann, zeigt die vielfältige Literatur der Musikwissenschaft zu diesem Thema. Daher erheben die folgenden Übungsbeispiele nicht den Anspruch, all diese Möglichkeiten auszuloten, sondern geben lediglich Anregungen für die improvisatorische Arbeit mit Musik und Sprache, mit denen ich Erfahrungen gemacht habe.

Unterscheiden läßt sich dabei zum einen die Arbeit mit fertigen Texten der Poesie und Prosa, aus der Literatur und Dichtung, aber auch mit Texten von PatientInnen oder Texten

von Mitgliedern der Gruppe. Zum anderen gibt es die Möglichkeit, die Sprache ebenso improvisatorisch zu handhaben wie die Musik. Eine weitere Unterscheidung ergibt sich durch die Möglichkeit, Texte zu sprechen oder zu singen sowie den entsprechenden Zwischenformen.

Auch hier gehe ich davon aus, daß die Stücke, die einmal zur Aufführung gelangen sollen, aus der Gruppe selbst entstehen, so daß die folgenden Beispiele als eine Einübung in die improvisatorische Arbeit mit Musik und Sprache zu verstehen sind, die aber auch Anregungen für das Erfinden von Stücken geben kann. Eine gewisse ästhetische Tendenz konnte ich dabei nicht ganz vermeiden, so daß sie hier fairerweise zumindest benannt sein soll. Diese Tendenz läßt sich grob umschreiben als die Vermeidung einer allzu direkten „Übersetzung" eines sprachlichen Inhaltes in Musik, wie z.B.

Text:	**Musik:**
Arm am Beutel, krank am Herzen, Schleppt ich meine alten Tage	- bewegt sich müde schleppend
… … …	
Auf dem angezeigten Platze; Schwarz und stürmisch war die Nacht	- wird aufbrausend stürmisch
Und ich sah ein Licht von weitem, und es kam gleich einem Sterne … … *(J.W. v. Goethe: Der Schatzgräber)*	- die Flöte spielt leuchtend helle Töne in das Stürmische

Auch wenn dieses Beispiel vielleicht schon etwas karikaturistisch anmuten mag, so besteht insgesamt realiter aber durchaus die Gefahr, daß die Musik den Ablauf eines Textes lediglich nachvollzieht, untermalt oder nach Art einer Programmusik ausgestaltet. Demgegenüber hilft es, sich das Verhältnis von Musik und Text eher als ein kontrapunktisches vorzustellen, als ein Verhältnis **gegenseitiger** Auslegung, als ein Spannungsverhältnis von Eigenheit (jedes der beiden Medien) und Beziehung. Die Art dieses Spannungsverhältnisses kann dann je nach der Wahl der Texte und der künstlerischen Absicht durchaus unterschiedlich sein.

4.1. Sich überraschen lassen

Einen Einstieg in die Arbeit mit Texten bieten die vier folgenden Übungen, bei denen die Musizierenden in der Improvisation quasi von einem Text überrascht werden und auf diese Weise ein im höchsten Maße unvorhersehbares Zusammenspiel zwischen SprecherIn und SpielerInnen entsteht. Die Übungen gehen davon aus, daß es einen „Sprecher" (eine Sprecherin) gibt und eine Gruppe an den Instrumenten, die ich hier verkürzt „SpielerInnen" nenne werde, auch wenn der Sprecher im Umgang mit den Texten durchaus auch spielerisch umzugehen hat. Zumindest für den Anfang würde ich für diese Übungen eine eher kleine Besetzung empfehlen und Instrumente, durch die jede/r SpielerIn eine größere Ausdrucksvarianz zur Verfügung hat.

Der Sprecher hat einen Gedichtband in der Hand und steht etwas abseits, aber den SpielerInnen zugewandt. Die Gruppe beginnt zu improvisieren. Der Sprecher beginnt, in seinem Gedichtband zu blättern bis er „etwas findet". Er beginnt nun, seinen Text in die Musik hineinzusprechen. Das Ende des Stückes wird durch das Zuklappen des Buches durch den Sprecher markiert, die Musik findet danach ihren Schluß oder hat schon aufgehört und überläßt dem Sprecher die Schlußbildung.

Ergänzende Hinweise: Ein Gedichtband mit zeitgenössischen Gedichten ist – zumindest für den Anfang – geeigneter als z.B. klassische Balladen; eine gemischte Sammlung günstiger als der Band eines Autors. / Was das Kriterium dafür ist, daß der Sprecher „etwas gefunden" hat, ist seine höchst subjektive und an den Moment gebundene Entscheidung. Das Kriterium muß dabei nicht notwendig „zum Charakter der Musik passend" sein. Die bereits begonnene Musik wird seine Wahl so oder so irgendwie beeinflussen, sein Text wird irgendeine Auswirkung auf den Fortgang der Musik haben, diese wiederum auf seine Art des Sprechens usw. Gerade dies irgend und die daraus entstehende Spannung ist hier das Gewünschte. Der Part des Sprechers in diesen Übungen ist am ehesten als der eines weiteren – aber besonderen – Instrumentalisten zu verstehen. Das heißt: Er kann längere Pausen machen, mit einzelnen Wörtern oder auch Silben spielen, etwas wiederholen etc.

Die SpielerInnen können ihm Raum geben, Lücken lassen – oder dies verweigern. Sie können sich von dem Gehörten inspirieren lassen – sei es vom vernommenen Inhalt, sei es von der Art des Sprechens (also dem „musikalischen Aspekt" der Sprache). / Der Sprecher kann seinen Text auch (ganz oder teilweise) singen, er kann so sprechen, daß man den Inhalt des Textes versteht (dann muß er manchmal auf Pausen oder ein Zurücktreten der Musik „warten") oder flüstern, nuscheln oder Teile des Textes so aufbrechen, daß sie nicht (ganz) zu verstehen sind. / Die SpielerInnen werden die Erfahrung machen, daß sie eher selten dem Text in allen Einzelheiten folgen können wie bei einer „Lesung". Auch das fördert das gewünschte Spannungsverhältnis. Sie sollen sich in einer schwebenden Verfassung zwischen dem Hören (des Textes und der Musik der anderen) und dem Verfolgen der eigenen musikalischen Impulse befinden.

Variation 1: Der Sprecher sucht einen Text und beginnt zu lesen. (Er läßt dabei „Platz" für die Musik.) Die SpielerInnen steigen nach und nach musikalisch ein.

Variation 2: Es gibt zwei Sprecher (mit zwei Gedichtbänden), die zwei unterschiedliche Texte „finden". Dadurch kann sich eine Art kontrapunktisches Spannungsverhältnis zwischen den beiden Texten und der Musik entwickeln. Dabei muß allerdings besonders auf „Zwischenräume" geachtet werden, damit nicht eine zu große Dichte das Entstehen einer sinnvollen Spannung verhindert.

Bei dieser Übung gibt es keine Aufteilung in SpielerInnen und SprecherIn: Jede/r denkt sich einen beliebigen (nicht zu langen) Satz aus, merkt ihn sich oder schreibt ihn sich auf. Die Sätze liegen mit Spielbeginn fest und sind vor Spielbeginn „geheim". Dann werden wie üblich Instrumente für die Improvisation gewählt und die Musik beginnt – in dem Bewußtsein, daß später Raum für Gesprochenes gebraucht wird. Irgendwann kommen die Sätze mit „ins Spiel": ganz oder in Ausschnitten, gesprochen, gerufen, gesungen, gemurmelt … Die Sätze, Wörter, Silben, Laute können frei gehandhabt werden als seien sie rein musikalisch-klangliches Material. Es können aber auch – zunächst zufällige, dann spielerisch ausgenutzte – semantische Zusammenhänge zwischen den Beiträgen der einzelnen entstehen.

4.2. Assoziativ improvisatorischer Umgang mit Sprache

In den bisherigen Übungen sind wir von festliegenden Texten ausgegangen, bei denen nur die Art der Rezitation improvisatorisch war. Wir können mit Sprache aber auch in einer ähnlich freien Form improvisatorisch umgehen wie mit der Musik. Dies ergibt sich bisweilen von selbst, wenn die Gruppe es gewohnt ist, die Stimme mit einzubeziehen. Dies ist allerdings für die meisten InstrumentalistInnen nicht selbstverständlich. (Zahlreiche allgemeine Übungen zur Arbeit mit der Stimme finden sich in: Hegi 1986, S. 292ff.) Der assoziativ improvisatorische Umgang mit Sprache im engeren Sinne (unabhängig davon, ob gesungen oder gesprochen wird) bedarf zusätzlich einer inneren Verfassung, die deutlich als Sprung in ein anderes Medium erlebt wird. Deshalb möchte ich hier eine kleine Reihe von Übungen beschreiben, die sich als Übergänge in das Improvisieren mit Sprache eignen. Was sich im Sinne aufführbarer Ideen dann daraus entwickeln läßt, muß wiederum den künstlerischen Ideen und Intentionen der Gruppe überlassen bleiben.

a) Für einen ersten Zugang reicht es, daß zunächst einmal alle Mitspielenden sich vornehmen, die Stimme – neben einem anderen geeigneten Instrument – quasi als zusätzliches Instrument beim Spielen mitzubenutzen. Dabei soll – ohne künstlerischen Anspruch – ausprobiert werden, was Stimmen klanglich alles können. Auch dabei kann man versuchen, sich „Wörter" zunächst lediglich als weiteres musikalisches Material vorzustellen. Das gleichzeitige bzw. alternierende instrumentale Spiel erleichtert „Nicht-Sängern" meist den Übergang zur Einbeziehung der Stimme.

b) Ein zweiter Anlauf kann darin bestehen, daß jede/r in der Verfassung eines „Nur-für-Mich, Vor-mich-Hin" spielt und dabei leise murmelnd mit sich selbst spricht: Man kann sich selbst erzählen, was man gerade musikalisch tut, wie man sich fühlt, was man von diesem Experiment hält, sich selbst seinen Einkaufszettel oder den gestrigen Tagesablauf erzählen. Wenn man sich in die so entstehende „Thematik" eingeredet hat, – wobei es eher günstig ist, dabei in Wiederholungen zu geraten – beginnt man, einzelne Wörter, Silben oder Wortverbindungen lauter, mit mehr Betonungen oder einem anderen Stimmgebrauch (rufen, singen etc.) hervorzuheben. Die hervorgehobenen Wörter werden so zunehmend aus dem ursprünglichen Zusammenhang herausgerissen (werden zu „Bruchstücken") und gehen mit den „Bruchstücken" der anderen eine neue Verbindung ein. Der ursprüngliche semantische Textzusammenhang wird dann mehr und mehr fallengelassen, und die Gruppe folgt der Entwicklung dessen, was auf diese Art entsteht.

c) In einer nächsten Übung beginnt die Gruppe wieder instrumental und läßt innerlich Raum für Worte. Ein Spieler spricht, ruft, flüstert oder singt ein einzelnes Wort, welches die gespielte Musik in ihm hat entstehen lassen. Er kann es so „stehen lassen", wiederholen oder variieren. Die anderen greifen das Gehörte auf, variieren es und beginnen mit Wortassoziationen anzuknüpfen, die durch dieses Wort oder die zugleich erklingende Musik hervorgerufen wurden.

d) Ich hatte bei der ersten Übung vorgeschlagen zu versuchen, sich Wörter lediglich als weiteres „musikalisches Material" vorzustellen. Die experimentierende Gruppe wird vermutlich schnell feststellen, daß man das zwar versuchen kann, daß das aber letztlich selten gelingt: Wörter haben Bedeutungen bzw. sie rufen diese wie zwangsweise hervor, auch wenn dies (scheinbar) nicht intendiert ist. Wir können der Sprache die semantische Ebene nur bedingt entziehen. Auf diese Erfahrung bezieht sich die folgende Übung, in der – wieder eingebettet in ein instrumentales Spiel – versucht wird, mit Pseudowörtern zu improvisieren: d.h. mit erfundenen Verbindungen von Vokalen und Konsonanten, die keine Bedeutung in einer uns bekannten Sprache haben. Man wird dabei zum einen feststellen, daß es ziemlich schwierig ist, „neue Wörter" zu erfinden, die nicht an bekannte erinnern. Zum anderen kann es durchaus passieren, daß selbst diese Pseudowörter im Verlauf der Improvisation für die SpielerInnen unversehens doch auf den Weg zur Bedeutung geraten. (Abgesehen davon, daß sich daraus künstlerisch reizvolle Ideen entwickeln können, erfährt man auf diese Weise, daß Semantik auch ein Sog ist, dem man sich nur schwer entziehen kann.)

e) Hat die improvisierende Gruppe ein Mitglied, welches in einer Sprache zu Hause ist, die die anderen nicht verstehen, so kann es sehr reizvoll sein, wenn dieses Mitglied ein Gedicht in seiner Sprache vorträgt, welches sich die anderen anhören, dann improvisieren, es sich noch einmal anhören, dann vielleicht gemeinsam improvisieren mit wiederholten Teilen des Gedichtes usw. (Wenn man möchte, kann man sich später die Bilder und Assoziationen erzählen, die durch die Musik entstanden sind, bevor vielleicht übersetzt wird, wovon das Gedicht handelt.) Entsprechend können natürlich auch in andere Sprachimprovisationen – soweit verfügbar – „fremde Sprachen" einbezogen werden.

f) Zentrieren läßt sich das musikalisch-sprachliche Geschehen, indem die Gruppe sich vor Spielbeginn auf eine bildliche oder szenische Vorstellung einigt oder von einem Erfahrungsbereich ausgeht, der allen gemeinsam ist. Auch Erfahrungen und Themen aus den im Kapitel I beschriebenen „Verhältnissen, Gesten und Affekten" können in abgewandelter Form zu einer solchen Eingrenzung genutzt werden.

4.3. Zur Ausarbeitung von Stücken mit Texten

Zur Vorbereitung auf eine Aufführung wird die Gruppe für gewöhnlich Texte auswählen und festlegen, die musikalisch verarbeitet werden sollen, auch wenn Ideen aus den dargestellten Übungen mit überraschenden Texten von einer Gruppe, die gut aufeinander eingespielt ist, durchaus auch innerhalb einer konzertanten Darbietung gewagt werden können. Da die Ausarbeitung von Stücken von der Wahl der Texte abhängt und letztlich von der künstlerischen Entscheidung einzelner oder der Gruppe, können hier nur einige allgemeine Hinweise für das Erarbeiten und die Aufführungsvorbereitungen gegeben werden.

Das Potential und die Besonderheit improvisierter Musik entwickeln sich eher, wenn man sich mit einem ausgewählten Text zunächst direkt im Spiel, durch das musikalische Erspüren und Handeln selbst, auseinandersetzt, statt von Vorüberlegungen „im Kopf" auszugehen. Für das erste Erspüren eines Textes kann es sinnvoll sein, Musik und Text zu trennen, indem zunächst eine „Einleitung" gespielt wird (bei der alle SpielerInnen nun allerdings den Text kennen und insofern schon von ihm beeinflußt sind), dann nur der Text gesprochen wird, dann noch einmal gespielt wird. Dies – wie auch die umgekehrte oder verlängerte Reihenfolge – kann auch eine sinnvolle Aufführungsform sein. Sie eignet sich besonders für kurze Texte, deren semantischen Inhalt man besonders hervorheben will, oder auch als Abwechslung zwischen Stücken, die eine hohe Spannungsdichte haben.

Alternativ kann ausprobiert werden, wie Musik und Text in einer gleichzeitigen Form miteinander zurechtkommen. Im Spiel selbst wird erkennbar, welche Formen sich für welche Texte eignen, da mit ihnen unterschiedliche Textverständlichkeit, Hervorhebungen, Vermischungen und Interpretationsweisen verbunden sind. Sollen mehrere Stücke mit Texten Teil der Aufführung sein, so empfiehlt es sich, zwischen diesen Formen zu alternieren, da dies zum einen der Gruppe eine gewisse Grundsicherheit gibt, zum anderen schon allein durch die Formenvielfalt den Zuhörenden eine Abwechslung im Spannungsaufbau gewährt, die das Zuhören erleichtert.

Sollen Text und Musik zusammen sein, so kann im Verlauf der Proben festgelegt werden, ob der Text oder die Musik den Anfang machen werden, eventuell auch die Reihenfolge der Instrumente zu Beginn. Auch diese schlichten Entscheidungen haben meist eine große Auswirkung auf den Verlauf und die Gesamtwirkung des Stückes. Ebenso können Absprachen darüber getroffen werden, wer aufhört, eventuell auch wie aufgehört wird (z.B. mit dem letzten Wort des Textes oder vor einer bestimmten Textstelle) etc.

Wichtige Entscheidungen sind auch bezüglich der Frage der Textverständlichkeit zu treffen. Es kommt bei dieser Art der Gestaltung durchaus nicht immer auf eine komplette Textverständlichkeit an. Sollen jedoch bestimmte Textstellen Wort für Wort von den Zuhörenden verstanden werden, so bedarf dies meist gewisser Absprachen wie z.B.: Bei einer bestimmten Stelle setzt die Musik aus, wird leiser, weniger dicht, spielt nur ein Instrument etc. Eine auch klanglich interessante Variante kann es sein, daß der Sprecher (oder Sänger) ein Gesangsmikrophon benutzt (ohne daß die Instrumente verstärkt werden). Das ermöglicht manchmal ein günstigeres Klangverhältnis zwischen der musizierenden Gruppe und dem Sprecher und kann diesem eine gute Möglichkeit der stimmlichen Varianz bieten, ohne daß der Text hinsichtlich des Wortverständnisses beeinträchtigt wird.

Bei längeren Texten wird es im Verlauf der Proben notwendig sein, für die Aufführung eine grobe Formstruktur zu vereinbaren, die sich zumeist an der Struktur des Textes orientieren und in der Tendenz mit einem System von „Stichworten" arbeiten wird. Es kann dann auch durchaus sinnvoll sein, das Stück in kleineren Abschnitten zu proben. Hierbei besteht aber zugleich auch das erwähnte Problem des „Überübens", welches daher besonders zu berücksichtigen ist.

5. Einige weitere Hinweise zur Konzertvorbereitung

Von den in der Einleitung genannten Polen sind es besonders die von „geplant" contra „überraschend", von „geübt" contra „im Moment entstehend", die im Hinblick auf die Konzertvorbereitung besonderer Sorgfalt und Vorsicht bedürfen. Gerade in den letzten

Übephasen vor einem geplanten Konzert besteht die Gefahr, daß man sich in eine unkreative und verengende Verfassung hineinübt. Ich möchte deshalb zum Abschluß dieses Kapitels einige Hinweise geben, was sich nach meiner Erfahrung als hinderlich und was als hilfreich erwiesen hat, auch wenn vermutlich jede Gruppe lernen wird, auf ihre eigene Art mit dieser Paradoxie konzertanter Improvisation umzugehen.

> Obwohl es psychologisch interessant wäre, habe ich dabei darauf verzichtet, jeweils zu begründen, warum etwas besser oder schlechter funktioniert. Tendenziell haben die Erfahrungen aber immer mit einer bestimmten psychischen Verfassung beim Konzert selbst zu tun, die durch einen bestimmten (aber schwer zu bestimmenden) **Schwebezustand zwischen haltgebender Sicherheit und belebender Aufregung** charakterisiert werden kann. Kippen kann diese Verfassung in eine Absicherung, die das Besondere der improvisierten Musik erstickt und ihr genau das Moment raubt, welches ihre Eigenheit gegenüber der komponierten Musik ausmacht. Zur anderen Seite hin kann der Zustand kreativer Aufregung zur Angst umschlagen, mit der sich bekanntlich nicht gut musizieren läßt. (Das ist beim Improvisieren auch nicht anders als bei der Interpretation geschriebener Werke.)

Von der naheliegenden Tendenz, dem Gefühl der Unsicherheit dadurch zu begegnen, daß man bei der Ausarbeitung von Stücken den **Formablauf** festlegt und diesen dann nur improvisatorisch **auszufüllen** versucht, kann ich eher abraten. Hier kommt man schnell in eine Richtung, in der das Komponieren dann doch als die bessere Lösung empfunden würde. Ebenso ungünstig ist nach meiner Erfahrung das Ausarbeiten einer Art graphischer Notation, da diese von der Unmittelbarkeit des Musizierens miteinander ablenkt.

Wenn Absprachen getroffen werden, die sich auf den Ablauf, auf einen bestimmten Wechsel, Formverläufe in der Zeitachse beziehen, so ist es günstiger, sie an bestimmten musikalischen Merkpunkten festzumachen, auf die dann alle im Zusammenspiel achten (dann muß man sich auch aufeinander beziehen, was förderlich ist!) und die so einfach und „logisch" sind, daß man sie auch behalten kann. Zu den Absprachen sollte sich jede/r für sich individuelle Notizen machen. (Dann muß man das Gemeinte nicht verallgemeinern, was eher zu Verwirrungen oder zu Abschwächungen führt.)

Bekommt man beim Üben den Eindruck, daß das, was schon einmal so schön gelungen ist, „schlechter" wird (steif, langweilig, verkrampft, stumpf etc.), so hilft es meist, getroffene Absprachen wieder zu öffnen (oder zu „vergessen") oder in irgendeiner anderen Hinsicht, die Richtung zu wechseln. Richtungswechsel kann auch sein, erst einmal etwas anderes zu machen (z.B. essen zu gehen).

Für das Konzert selbst wird man für gewöhnlich eine Abfolge von Stücken planen – zu einem Zeitpunkt, an dem sich aus der Zusammenarbeit genügend Einfälle und schon halb festliegende Ideen für einzelne Stücke angesammelt haben. Es empfiehlt sich auch, den Stücken Titel zu geben und ein Programm für die Zuhörer zu erstellen, da auch diese etwas brauchen, woran sie sich halten können. Die Reihenfolge der Stücke ist ein gutes Moment auf der Seite der Sicherheit und kann eine gewisse Gewähr bieten, die einiges, was vielleicht nicht so optimal gelingt, ausgleichen kann. Deshalb sollte man hier sehr sorgfältig sein.

Die Kriterien, nach denen man ein Programm sinnvoll planen kann, sind Zusammenhang und Kontrast. Mit diesen beiden gilt es, die Reihenfolge zu arrangieren. Dabei sind die Momente, auf die sich **Kontrast und Zusammenhang** beziehen, unterschiedlich: Man kann nach einem ernsten Stück ein entspannt heiteres spielen, was aber den Ernst nicht „erschlagen" darf. Man kann nach einer großen Besetzung ein Trio folgen lassen, nach

einem langen Stück zwei kurze; nach einem Klangstück, in dem die Zuhörer sich in ihre eigenen Träume verlieren, ein rhythmisch „fetziges", das sie wieder in die Anwesenheit des Hier und Jetzt bringt; nach einem Stück mit Texten ein rein instrumentales. Die Reihenfolge nur mit Kontrasten aufzubauen, würde aber ein (letztlich auch ermüdendes) Hin- und Herkippen bewirken, weshalb sich dieses Prinzip mit der Suche nach Zusammenhängendem, Passendem, nach Aufbau und Abbau verbinden muß: Z.B. kann ein Stück mit einem sehr ernsten Text, der dem Publikum einiges „zumutet", durch ein ruhiges wohlklingendes Stück vorbereitet werden; drei Stücke mit Texten (in sich unterschiedlich) können als Mitte eines Konzertteiles zueinander gruppiert werden, den Rahmen bilden zwei rein instrumentale Stücke.

Berücksichtigen sollte man auch die (zu erwartende) Verfassung der SpielerInnen im Hinblick auf die erwähnte Spannung von haltgebender Sicherheit und belebender Aufregung, aber auch hinsichtlich der jeweiligen Besetzung und einiger pragmatischer Gesichtspunkte: Wer braucht wann ein Stück, bei dem er nicht mitspielt? Welche Umbauten sind nötig? Wann sind diese verträglich, bei welchen Übergängen muß es direkt weitergehen?

Zur Organisation des Ablaufs kann man die geplanten Stücke mit den ungefähren Zeiten für alle sichtbar aufschreiben und zunächst überlegen, womit das Ganze beginnt und was sich als Abschluß eignet (evt. einschließlich einer möglichen „Zugabe"). Wird eine Pause eingeplant, werden als nächstes die Stücke vor und nach der Pause festgelegt, dann werden die restlichen Stücke „verteilt". In den weiteren Proben kann man dann nebenbei einige Übergänge zwischen den Stücken mitproben, mal eine ganze Sequenz nacheinander spielen und eventuelle Umstellungen vornehmen. (Bei der Zeitplanung müssen Umbauten und konzertübliche Verzögerungen mitbedacht werden!)

Dringend abraten würde ich von der Tradition der Generalprobe, vor allem in zu großer zeitlicher Nähe zur Aufführung. Das schadet der notwendigen inneren Spannung. Auch die übliche Mär, daß eine schlechte Generalprobe eine gute Aufführung bewirke (oder nach sich ziehe), scheint mir hier nicht zuzutreffen. Statt dessen kann man sich z.B. zusammensetzen und den Gesamtablauf noch einmal miteinander durchsprechen und sich die Zeit nehmen, sich aufeinander einzuspielen. Oder man geht den Ablauf anhand einer eine Stellprobe (und Akustikprobe) miteinander durch. (Wer spielt wann, wo, welches Instrument? Was muß daher wann, wo stehen? Wer stellt wann was um? Wer braucht wann, wo, welche Schlegel? …) Zwischen einer solchen Stellprobe oder dem Durchsprechen und der Aufführung sollte zeitlich auf jeden Fall noch eine Pause möglich sein!

IV. Allerlei Spiele(reien)

1. Instrumentenkombinationen

Die Frage, welche der in der Musiktherapie verwendeten Instrumente wie zueinander „passen", läßt sich am besten im Spiel erproben. Dazu wählt sich ein Spieler ein Instrument als „Ausgangsinstrument" aus, zu dem sich in verschiedenen Erprobungsspielen weitere Instrumente hinzugesellen. Für die vielfältigen Variationsmöglichkeiten möchte ich einige Beispiele geben, die unterschiedliche Aspekte betonen. Weitere Spiele und Kombinationen aus den Beispielen lassen sich leicht hinzuerfinden.

Sich vorher festlegen: Zwei oder drei weitere SpielerInnen entscheiden vor Spielbeginn, welche Instrumente sie gerne zu dem Ausgangsinstrument hinzuspielen möchten. Die kleine Gruppe beginnt ihr Spiel nach Festlegung der Instrumente gemeinsam.

Aspekte/Erfahrungen: Durch diese Vorauswahl lassen sich Vorstellungen über Klangkombinationen überprüfen und korrigieren. / Es geht aber gar nicht immer darum, im herkömmlich musikalischen Sinne „günstige" Kombinationen herzustellen, die z.B. auf ein musikalisch-technisches Gleichgewicht ausgerichtet sind. Insofern lohnt es sich auch, eher fernerliegende, ungleiche, scheinbar ungünstige oder extreme Kombinationen zu erproben. / Die geringe Anzahl der SpielerInnen betont eine „kammermusikalische" Musizierform, die in Musiktherapiegruppen eine wichtige Ergänzung zum Spiel der gesamten Gruppe sein kann. / Entdeckungen, die der Gruppe besonders gefallen, können Ausgangspunkt für konzertante Improvisationen sein.

Allmählich hinzukommen: Derjenige, der sich ein Ausgangsinstrument ausgewählt hat, beginnt in Ruhe und eher für sich zu spielen. Eine beliebige Anzahl von möglichen MitspielerInnen läßt sich Zeit, geht im Raum umher und entscheidet sich – angeregt durch das zu Hörende – für ein Instrument, mit dem jede/r hinzukommen möchte.

Aspekte/Erfahrungen: Hierbei ist es möglich, ganz aus der aktuellen musikalischen Situation heraus, Instrumentenkombinationen zu finden. / Man kann auch vereinbaren, daß – bis auf das Ausgangsinstrument – Instrumentenwechsel im Verlauf des Spiels möglich sind. Diese sollten aber in nicht zu schneller Folge geschehen, damit sich eine bestimmte Kombination erst in ihrer speziellen Wirkung und ihrer Möglichkeiten etablieren kann, bevor sie sich wieder ändert. / Die größere Anzahl der SpielerInnen ermöglicht Erfahrungen mit einer Instrumentenkombination, wie sie in der Gruppenmusiktherapie vorkommt, wenn diese als Gesamtgruppe spielt. / Wir erfahren Unterscheidungen wie: Welche Instrumente sind von sich aus „eher führend" und bleiben „eher verdeckt"? Womit entsteht welche „Rolle" in der Gruppe? Wie ist die Gesamtwirkung der Kombination? Was ermöglicht sie? Was klammert sie aus? Was ist erschwert? Welche Erfahrungsräume entstehen?

Instrumentengruppen: Es lassen sich verschiedene Instrumentengruppen in „Reinform" oder in vorher abgesprochenen Kombinationen erproben. Einmal im Sinne der herkömmlichen Instrumentengruppe wie: nur Bläser, nur Saiteninstrumente oder Bläser plus Fellinstrumente, etc. Gruppierungskategorien können aber auch sein: jeweils ausschließlich durch Holz, durch Metall oder Glas erzeugte Klänge; nur „Kleinkram-Instrumente"; nur Instrumente, die nicht (temperiert) gestimmt sind; nur nicht-konventionelle Spielweisen auf konventionellen Instrumenten. Kontrastbildungen können sein: sehr hohe contra sehr tiefe Klänge; langklingende contra kurzklingende; etc.

Aspekte/Erfahrungen: Durch die Extremisierung in der Auswahl und unübliche Kategorien erweitert sich der musikalische Erfahrungsraum, insbesondere wenn die

Gruppe nicht viel Erfahrung mit Neuer Musik hat, wie dies bei Studierenden trotz des Musikstudiums leider oft der Fall ist. Gerade Beschränkungen, wie etwa „nur Kleinkram-Instrumente", können ein paradoxer Anreiz zur Auslotung musikalischer Gestaltung sein. / Auch hierbei kann es sinnvoll sein, kleinere und größere Gruppenzusammensetzungen zu erproben.

2. Instrumente spielen, die man nicht spielen kann

Die meisten „Musiktherapieinstrumente" können von den meisten Studierenden gespielt werden, auch wenn es bezüglich des „Beherrschens" eines Instrumentes Unterschiede geben wird. Hier sind mit Instrumenten, die man nicht spielen kann, daher eher Instrumente wie Saxophon, Cello, Geige, Trompete, Posaune etc. gemeint. Instrumente also, die sich eher nicht auf Anhieb spielen lassen, bei denen es sogar schwierig sein kann, überhaupt einen Ton herauszubekommen, eine gewohnte oder gewünschte Tonfolge zu finden etc. Gespielt werden sollen diese Instrumente in diesem Spiel von denjenigen, die sie noch nie gespielt haben.

Es wird eine mittelgroße Gruppe von SpielerInnen gebildet, die sich in „Experimentierende" und „Unterstützende" aufteilt. Die „Experimentierenden" gehen das Wagnis ein, ein ihnen spielerisch unbekanntes Instrument improvisatorisch zu erproben. Die „Unterstützenden" hingegen spielen auf ihnen vertrauten Instrumenten mit der Aufgabe, die „Experimentierenden" in irgendeiner Form musikalisch zu unterstützen, etwa indem sie das Spiel beginnen, einen tragfähigen Klangraum schaffen, erste quietschende Klangergebnisse beantworten, eine Einbettung schaffen etc. Sie können darüber hinaus aber auch Anregungen geben oder gewisse „Herausforderungen" entstehen lassen (alles ohne Worte im Spiel!).

Aspekte/Erfahrungen: Wenn die Gruppe in der richtigen Stimmung ist, kann dieses Spiel viel Spaß machen, und man macht sehr erstaunliche Erfahrungen, was auf diese Art alles entstehen kann. Was dabei mit der „richtigen Stimmung" gemeint ist, läßt sich schwer sagen, sie hat aber vermutlich vor allem mit der Abwesenheit von hemmenden Leistungsansprüchen und Rivalitätskonflikten zu tun. / Die „Notlage" der Experimentierenden kann eine anregende musikalische Herausforderung sein: Wenn es einem etwa gelungen ist, einen Ton, zwei Quietscher und ein tonloses Klappern auf dem Saxophon herauszubringen, so kann man ausprobieren, wie sich dieses Material „sinnvoll" in das laufende Gesamtgeschehen einbringen läßt, was damit musikalisch – mit Hilfe der anderen – dennoch geht. / Daneben geben uns diese Erfahrungen vielleicht auch einen Eindruck davon, wie sich unsere PatientInnen im Umgang mit den ihnen unbekannten Instrumenten manchmal fühlen. / Die Unterstützenden können – auch anhand der Rückmeldungen nach dem Spiel – Erfahrungen damit machen, wodurch sie das Spiel der anderen fördern konnten, was eher hinderlich oder hemmend war etc. Auch dies kann helfen, konkret zu erspüren, was „Unterstützung" im musikalischen Improvisieren alles heißen kann.

3. Arbeit mit Märchen

Märchen und Mythen werden heutzutage unter teilweise sehr unterschiedlichen Konzeptionen in die Musiktherapie – und die Psychotherapie allgemein – indirekt oder direkt einbezogen (vgl. u.a.: Esch 1993, Grootaers 1994, Salber 1987 sowie die zahlreichen psychoanalytischen Märcheninterpretationen wie z.B. von Verena Kast und Eugen Drewermann). Ohne daß ich hier auf die verschiedenen Möglichkeiten einer Arbeit mit Märchen in der Musiktherapie selbst eingehen kann, möchte ich zwei sehr unterschiedliche Zugänge für die Arbeit in Ausbildungs- oder kollegialen Arbeitsgruppen darstellen. Auch wenn ich mich in der Darstellung auf Märchen im engeren Sinne beschränke, läßt sich das Beschriebene sinngemäß auch auf andere literarische Erzählungen, Mythen und Geschichten, auf Film- und Fernsehmythen (wie Batman, Raumschiff Enterprise etc.) oder auch auf selbst erfundene Geschichten übertragen.

3.1. Märchenfiguren im musikalischen Rollenspiel

Diese Arbeitsform entstand im Grunde aus einer Notsituation heraus: In einer Ausbildungsgruppe wollten wir die Möglichkeit erkunden, wie man Beziehungskonflikte, über die ein Patient in einer Musiktherapiegruppe berichtet hat, mit Hilfe der Methodik des musikalischen Rollenspiels weiterbehandeln kann. Da niemandem ein Beispiel aus der Praxis einfiel und eigene Konflikte hier nicht behandelt werden sollten, entstand die Idee, ob sich nicht Märchen bzw. Märchenszenen als typische Konfliktkonstellationen verstehen und so als Beispiel nutzen ließen. Die Ergiebigkeit der daraufhin entstandenen Szenen überraschte uns alle ebenso wie die verblüffende Realitätsnähe dessen, was hier im „Märchenspiel" entstand.

Die Arbeitsform wechselt im Spiel selbst je nach Situation zwischen musikalischem und verbalem Rollenspiel. Sie bedarf auf jeden Fall – wie in den Beispielen zu Kapitel II – eines Leiters und der Differenzierung in die Spielszenen selbst und die Nachbesprechungen.

Es wird von einem bekannten Märchen ausgegangen, aus dem bestimmte interessant erscheinende „Figuren" als Protagonisten für das Rollenspiel ausgewählt werden, deren „Beziehungskonflikt" behandelt werden soll. Diese „Märchenprotagonisten", z.B. >Rotkäppchen und ihre Mutter< suchen sich nun Instrumente und spielen – etwa eine Aussprache über die Erlebnisse >Rotkäppchens<, oder auch ohne weitere Vereinbarung. Dann kann ein Gespräch zwischen >Rotkäppchen und ihrer Mutter< folgen, welches etwa die „Aussprache" fortsetzt, vielleicht spricht die >Mutter< über ihre Ängste während des zeitweisen Verschwindens ihrer Tochter, >Rotkäppchen< beklagt sich vielleicht, daß sie es leid ist, immer allein zur Großmutter gehen zu müssen usw. Der Leiter kann nach einiger Zeit wie im Psychodrama einen Rollentausch vorschlagen, weitere Personen hinzuziehen, die im Märchen selbst vielleicht gar nicht vorkommen (hat Rotkäppchen eigentlich einen Vater?) und/oder zu einem weiteren musikalischen Spiel auffordern.

Es mag zunächst etwas lebensfremd und unernst erscheinen, wenn man sich überlegt, wie wohl Hänsel und Gretel ihre Eltern erlebten, was wohl die Hintergründe der Eltern waren, ihre Kinder fortzuschicken, wie sie sich danach wohl fühlten, oder wie dem König aus dem Froschkönig zumute war, als er noch als Frosch herumsprang? Wenn man sich aber darauf einläßt, die „Märchenprotagonisten" zunächst miteinander musikalisch spielen zu lassen und sie dann im Gespräch nach Art eines Psychodramas sich gegenseitig Mitteilungen über ihr Erleben machen läßt, so wird man feststellen, daß man auf diese Weise unversehens in prototypische Familienkonstellationen und allgemeine psychische Verhältnisse gerät. In

den Spielszenen bedarf es dabei – wie in den Beispielen erkennbar – keiner Verbindlichkeit in Hinblick auf den Märchentext selbst. Es geht hierbei überhaupt nicht um eine wie auch immer geartete „Werktreue“ oder „die wahre Märcheninterpretation“, sondern allein um die Wendungen und Phantasien, die im Spiel und in den SpielerInnen entstehen. (Deshalb ist es auch am besten, von Märchen auszugehen, die jede/r kennt, die man also auch nicht vorlesen muß, sondern eventuell nur gemeinsam aus der Erinnerung wieder hervorholt und zwar eben so, wie sie erinnert werden.)

Neben der Möglichkeit, auf diese Weise das musikalische Rollenspiel (und Ausschnitte des Psychodramas) an einem nicht-klinischen und nicht selbsterfahrungsbezogenen Material kennenzulernen, bietet diese Arbeitsform auch die Möglichkeit, psychologische Tendenzen von Märchen auszuloten. Daß dies m.E. auch oder gerade dann gelingt, wenn man auf „Werktreue“ und vorgegebene – meist von Theorien ausgehenden – psychologische Märchendeutungen verzichtet, liegt vermutlich daran, daß man mit dem Weiterphantasieren des „Innenlebens“ der Märchenfiguren einen Teil dessen auffindet, was wir uns immer schon an eigenen Märchen aus den uns erzählten Märchen gemacht haben. Durch den Austausch über solche Weiterführungen in der Gruppe kommen wir zugleich in einen intersubjektiven Bereich, der zumindest immer einige Grundzüge des psychologischen Märchensinns erschließen kann.

Ob eine vergleichbare Arbeitsform sich auch in Therapien selbst sinnvoll anwenden läßt, ist eine Frage, die wir eher mit großer Vorsicht, bejahen sollten – auch wenn eine Übertragung zunächst reizvoll erscheint. Ich würde zunächst davon ausgehen, daß das Hauptgewicht von Behandlungen immer auf dem Material liegen sollte, was PatientInnen von sich aus in die Behandlung bringen. Damit sie das tun, bedarf es – besonders dort, wo eine Behandlungsmotivation nicht in der (Ideal-)Form vorliegt, wie wir sie etwa in psychoanalytischen Konzepten häufiger formuliert, in der Praxis aber eher selten vorfinden – einer Art Vakuum, welches im verträglichen Maße eine Not erzeugt, die zensierte oder für belanglos gehaltene Einfälle und Gedanken dazu bringt, sich zu zeigen. Verhindern wir die Entstehung dieses Vakuums, weil wir als TherapeutInnen so viele schöne Ideen haben, kann das dazu führen, daß wir selbst den Einlaß des Materials der PatientInnen in den therapeutischen Prozeß blockieren – weil wir zu schnell sind, den Druck des „Vakuums“ selbst nicht gut ertragen können oder weil das vom Patienten „andrängende psychische Material“ noch stark von Gegenkräften der Scheu, der Zensur, der Konvention behindert wird und wir quasi diese Gegenkräfte unterstützen, indem wir uns „vordrängen“.

Demgegenüber steht andererseits die Tatsache, daß das, was im Einzelfall als ein „verträgliches Maß“ an Abwarten, Schweigen, „Kommen-Lassen“ erlebt werden kann, unterschiedlich ist, und gerade MusiktherapeutInnen arbeiten häufiger mit PatientInnen, für die wir Zwischenformen finden müssen, damit sie das Zusammensein in einer Therapie überhaupt erst einmal aushalten können. Dann können uns die Erfahrungen mit einer Arbeitsweise auf symbolischer Ebene, wie sie z.B. die Märchen bieten können, uns vielleicht solche Zwischenformen finden lassen. Auch entstehen in Gruppen bisweilen Märchen oder Geschichten als eine Art symbolische Fokussierung der Nöte der Gruppe, die wir auch in musikalischen Rollenspielen oder in einer anderen Form der musikalischen Arbeit mit diesem Material aufgreifen können.

3.2. Einübung in musikalische Märchenspiele mit Kindern

Eine direkte musiktherapeutische Arbeit mit Märchen kann auch in der Arbeit mit Kindern in verschiedenen therapeutischen und pädagogischen Zusammenhängen sinnvoll sein. Das vielleicht bekannteste komponierte Beispiel aus der Musiktherapie ist die Vertonung des Grimmschen Märchens „Die schöne Katrinelje und Pif Paf Poltrie" durch Paul Nordoff (Nordoff/ Robbins 1975 und o.J.).

Ich möchte hier aufzeigen, wie man sich in der Gruppe die Grundstruktur eines musikalischen Märchenspiels aufbauen kann, die eine improvisatorische Arbeit mit dem Märchen in einer Kindergruppe erlaubt. Die Übungsgruppe kann sich auf diese Weise eine Reihe von Märchen gemeinsam erarbeiten, oder einzelne Mitglieder der Gruppe können sich einen Ablauf ausdenken und mit der Übungsgruppe zur Probe durchspielen. Auch wenn Kinder natürlich meist etwas anders reagieren werden als KollegInnen, so wird auf diese Weise dennoch schnell deutlich, was funktioniert und was nicht, wo es zu lang wird oder wo das gewünschte direkte Mitmachen-Können durch zu komplizierte Entwürfe gestört ist.

Die Ausführung in der Kindergruppe selbst ist dabei so gedacht, daß mit Hilfe einfacher Arrangements eine Situation hergestellt wird, in der die Kinder (angeleiteterweise) direkt den Ablauf des parallel erzählten (oder teilweise gesungenen) Märchens musikalisch (improvisatorisch) ausgestalten können. Bis auf einige eher kurze Erprobungen (s. Beispiel Frau Holle) gibt es im wesentlichen also keine Trennung in „Proben" und „Aufführen" (und natürlich kein Publikum). Das Märchen entfaltet sich, indem die Kinder es zugleich hören, erleben und sich *darin* verhalten. In bestimmten Zusammenhängen kann es sinnvoll sein, denselben Märchenablauf über einen längeren Zeitraum mehrfach zu wiederholen, aber nicht mit dem Ziel einer Verbesserung der musikalischen Ausgestaltung, sondern dem der Verinnerlichung dessen, was sich in und mit dem Märchenspiel psychologisch formt und gestaltet. In veränderter Form kann eine solche Arbeit auch Teil der musiktherapeutischen Arbeit mit einem einzelnen Kind sein.

Am Beispiel des Märchens von Frau Holle (Gebrüder Grimm) möchte ich nun aufzeigen, wie ein solcher Vorentwurf aussehen kann: Man sucht eine Gliederung des Märchens, die sich auf Wesentliches beschränkt und Spielraum für improvisatorische Ausgestaltung läßt. Dazu müssen häufig einige ebenfalls reizvolle Seitenstränge der Erzählung vernachlässigt werden. Bei Frau Holle kann man sich auf die zwei Protagonisten Goldmarie und Pechmarie beschränken und den Ablauf der Geschichte durch 6 Positionen, Szenen, Orte vorstrukturieren. (Wobei Frau Holle und ihr Haus hier als eine Position zusammengefaßt sind.)

Protagonisten:

Goldmarie: „schön und fleißig", nicht die leibliche Tochter, muß „alle Arbeit tun und der Aschenputtel im Hause sein"

Pechmarie: „häßlich und faul", die Mutter hat sie „viel lieber", weil sie „ihre rechte Tochter war"

Orte (Positionen, Spielszenen):

Am Brunnen: Goldmarie muß dort so viel spinnen, daß ihr die Hände bluten. Die Spule fällt in den Brunnen. Angetrieben durch die Unbarmherzigkeit der bösen Stiefmutter springt sie in ihrer Verzweiflung hinterher, verliert die Besinnung und findet sich wieder

auf einer schönen Wiese mit vielen tausend Blumen. Die Sonne scheint. Sie geht weiter und kommt zu einem

Backofen, der ist voller Brot. Das Brot ruft, „Ach, zieh mich raus, zieh mich raus, sonst verbrenn' ich". Goldmarie tut es, geht weiter und kommt zu einem

Baum, der voller Äpfel hängt, die rufen: „Ach, schüttel' mich, schüttel' mich, wir sind alle miteinander reif." Goldmarie tut auch dies, legt alle miteinander auf einen Haufen, geht weiter und kommt zum

Haus der Frau Holle, (einer alten Frau mit großen Zähnen), die ihr sagt, daß sie keine Angst zu haben braucht und für sie die Betten schütteln soll, so daß die Federn fliegen, damit es in der Welt schneit. Goldmarie folgt ihren Anweisungen (und hat es gut bei Frau Holle) bis sie das Heimweh überkommt und sie zurück nach Hause will. Frau Holle bringt sie zum

großen Tor, welches zurück in die Welt führt. Es tut sich auf, und als Goldmarie unter dem Tor steht, fällt ein gewaltiger Goldregen auf sie hinab, und alles Gold bleibt an ihr hängen.

Die 6 *Orte* werden im Raum – mit möglichst langen Wegen dazwischen – festgelegt. Nun werden SpielerInnen für diese *Orte* (und im Vorgriff für die Rollen der >Goldmarie< und der >Pechmarie<) gesucht. Hat die Gruppe mehr SpielerInnen als *Orte* (und Protagonisten), so können jeweils mehrere an einem *Ort* spielen. Ist die Gruppe umgekehrt zu klein, um alle Positionen zu besetzen, können einige SpielerInnen während der Erzählung zu den jeweils an *ihrem Ort* stehenden Instrumenten wechseln. Die SpielerInnen suchen sich Instrumente aus, die zu ihrem *Ort* im Märchen passen. Günstig ist es, wenn die *Orte* durch eine gewisse Unterschiedlichkeit der Instrumentenkombinationen deutlich unterschieden sind. Da das große Tor einmal Gold und einmal Pech über die jeweilige Marie schüttet, müssen hier entweder Instrumente gewählt werden, die so unterschiedlich spielbar sind, daß man diesen Unterschied hört, oder es können zwei verschiedene Instrumente gewählt werden.

Vorweg kann jeder *Ort* sich vielleicht mit einer kleinen Improvisation auf die Charakteristik seiner Rolle einstimmen. Es können gegebenenfalls Veränderungen in der Instrumentenwahl stattfinden. Die beiden Textstellen des >Backofens< und des >Baumes< können evt. auch als erinnerbare und wiederholbare Melodie, als kleines Lied festgelegt werden.

>Goldmarie< und >Pechmarie< brauchen jede ein tragbares Instrument, welches sich auch gut im Gehen spielen läßt (z.B. Kalimba, Lotusflöte, Leier, Psalter, Handtrommel). Auch >Goldmarie< und >Pechmarie< können sich vielleicht vor Spielbeginn mit einer kleinen improvisierten Musik vorstellen.

Der Spielleiter kann nun das Spiel beginnen, indem er den Anfang des Märchens erzählt, >Goldmarie< zur ersten Spielszene am Brunnen führt und dann nach und nach an die verschiedenen *Orte* des Märchens. Um die Spielzeit des Gehens zu verlängern, kann man auch ein oder zweimal im Kreise oder bestimmte Wege gehen, bevor man am nächsten Spielort „ankommt". Er erzählt dabei Schritt für Schritt die Geschichte und läßt jeweils Raum für eine Improvisation zwischen dem jeweiligen >Ort< und >Goldmarie<:

Als >Goldmarie< zurückkehrt, ruft der Hahn: „Kikeriki, kikeriki, unsere goldene Jungfrau ist wieder hie'!". Auch das läßt sich eventuell schön als kleines Lied ausgestalten und kann z.B. von allen als (vorläufiger) „Festakt" ausgiebig musikalisch gefeiert werden.

Bekanntlich kommt nun die böse Stiefmutter auf die Idee, auch ihre „richtige Tochter" auf den goldfördernden Weg zu schicken, so daß das ganze Spiel mit den entsprechend „faulen" und „häßlichen" Reaktionen nun noch einmal beginnt, und mit dem Pechregen unter dem großen Tor und verändertem Hahnengeschrei „Kikeriki, Kikeriki, unsere schmutzige Jungfrau ist wieder hie'!" endet. – Man mag vielleicht befürchten, daß es für Kinder nicht so verträglich sein könnte, eine Rolle wie die der >Pechmarie< einzunehmen. Die Erfahrungen weisen aber eher auf das Gegenteil hin. Es macht eher besonderen Spaß, dem Backofen etc. die lange Nase zu zeigen, sich allen Anforderungen träge, frech oder überheblich zu entziehen und in der Musik entsprechend „häßlich" spielen zu dürfen.

Ähnlich wie im Pif-Paf-Poltrie von Nordoff und Robbins, kann es schön sein, wenn für ein solches Märchenspiel zwei erwachsene Personen zur Verfügung stehen, so daß eine Person am Klavier oder einem anderen Instrument das Spiel durchgängig musikalisch mitgestalten kann, während eine zweite Person sich ganz der Begleitung der Kindergruppe widmet. Ist dies nicht realisierbar, wäre für die eigene musikalische Begleitung – wenn man eine solche haben möchte – vermutlich eher eine Gitarre, evt. auch Geige, Flöte oder ein anderes Instrument denkbar, welches sich in der Aktion selbst spielen läßt. Das musikalische Spiel des Musiktherapeuten kann in beiden Fällen verschiedene Funktionen und Ausformungen haben, von dem Schaffen einer emotionalen Atmosphäre oder eines Hintergrund für die Sprache über die Begleitung der Bewegungen, des „Unterwegs-Seins" bis hin zur Ausgestaltung der evt. eingebauten „Lieder" oder eines festlichen Schlusses.

Bei der Auswahl eines Märchen ist es sinnvoll, neben der inhaltlichen Ebene, nach der man ein Märchen sicherlich immer aussuchen wird, insbesondere auch darauf zu achten, daß ein ausgewogenes Verhältnis von Wiederkehrenden und Unterschiedlichem, von festen Gestalten und Verwandlungen vom Text her vorhanden ist und dies auch in der musikalisch-szenischen Gestaltung umgesetzt wird.

Zum Schluß:

Sich musikalisch ausdrücken – immer eine Lust?

Friedrich Klausmeiers Werk: „Die Lust, sich musikalisch auszudrücken" (1978) ist vielleicht eine der bekanntesten musikpsychologischen Schriften. Vor dem Hintergrund der frühen Triebtheorie der Psychoanalyse erscheint Musik hier als lustbetonte, auf kulturell anerkannte Weise triebbefriedigende Gegenwelt zum technisierten Alltag. Daß es eine Lust ist, sich musikalisch auszudrücken, wird dabei offensichtlich als eine evidente Erfahrung vorausgesetzt, so daß sie als Grundhypothese gar nicht hinterfragt, sondern nur in ihren Ausformungen beschrieben wird. Und sind wir als MusikerInnen nicht alle sehr geneigt, ihr ohne weiteres Nachdenken zuzustimmen?

Aber ist Musikmachen wirklich immer eine Lust? Natürlich fallen uns – so gefragt – auch Gegenzüge ein: die Mühe und Anstrengung des Übens, der Leistungsdruck der professionellen Musikausbildung, die Angst beim Vorspielen. Aber schnell sind wir dabei, dies mit einem kleinen Trick aus der Gesamterfahrung unseres Umgangs mit Musik auszugrenzen. Wir sprechen dann vom wirklichen Musikmachen auf der einen Seite und degradieren das (leider notwendige) Üben zu einem bloßen Davor. Leistungsdruck und Ängste werden als nicht wirklich Dazugehöriges, dem wahren Musikmachen Fremdes, ausgegliedert oder zur persönlichen Schwäche erklärt, als müßten wir durch diese Übernahme aller negativen Aspekte die Musik vor diesen Attributen schützen. Auch wenn etwa OrchestermusikerInnen es bisweilen zuzugeben wagen, daß ihr Beruf nicht mit ununterbrochenem Lustgewinn gleichzusetzen ist, tendieren wir schnell dazu, ihnen das wahre Musikersein abzusprechen und ihnen vorzuwerfen, die Alltäglichkeit, mit der sie Musik machen, die Notwendigkeit des Geldverdienens, ihr Karrierestreben habe sie abstumpfen lassen und zu musikalischen Bürokraten gemacht. Da Üben, Leistungsdruck, Konzertieren und die Entfremdungen des Musikerberufes – zumindest für diejenigen von uns, deren musikalische Sozialisation von der europäisch klassischen Musik bestimmt ist – mit dem Spielen komponierter Werke einhergeht, erwarten wir da von dem Improvisieren als dem freieren Gegenspieler nicht um so mehr, daß hier nun die Lust, sich musikalisch auszudrücken, voll und gänzlich ungehindert zum Zuge komme? Wieviel mehr drücken wir in ihr doch nur uns selbst aus! Wieviel größer muß also hier die Lust sein!

Und dann sitzen wir mit all den schönen Instrumenten und dem großzügigen Angebot, sich einmal ganz frei musikalisch ausdrücken zu dürfen – ohne üben zu müssen, ohne Leistungsdruck, einfach nur so – mit unseren PatientInnen im Musiktherapieraum und sind damit konfrontiert, daß sie dazu (manchmal – oft – eher in der Regel?) überhaupt keine Lust haben. Aber auch angesichts dieser frustrierenden Erfahrung bieten sich uns diverse Möglichkeiten, an dem geliebten Bild festzuhalten. Wir können es den Hemmungen, der Abwehr, sozialen Einschränkungen oder anderen Verirrungen des individuellen Seelenlebens oder der Gesellschaft zuschieben, daß die PatientInnen diese Lust nicht spüren können oder es nur noch nicht wagen, ihr zu folgen. Sie sind eben noch nicht so weit, aber wir werden ihnen schon dazu verhelfen. Oder wir können umgekehrt wiederum uns die Schuld an diesem Fehlverhalten der Wirklichkeit gegenüber unserer Vorstellung geben: Wir spielen eben noch nicht gut genug, bringen in unserer Musik nicht die pure Lebensfreude ‘rüber, haben nicht den richtigen groove, keinen ausreichenden drive, sind selber noch nicht so weit oder haben noch nicht die perfekte Gesprächstechnik, mit der wir die Hemmungen der PatientInnen eigentlich abbauen können müßten.

Was aber wäre, wenn die moderne Fiktion, es sei immer eine Lust, sich musikalisch auszudrücken, eine ebenso idealisierende Schimäre wäre wie die ältere Vorstellung von der Musik als einer von Gott oder den Göttern gegebenen Kunst? Was wäre, wenn wir die phänomenale Ganzheit „Musik“ einmal nicht dadurch zu charakterisieren versuchten, daß wir alles Unangenehme, Leidvolle, all den Kampf, all die Dramen, die wir im Umgang mit ihr selbst erlebt haben, als Nicht-Dazugehöriges ausgrenzen? Was wäre, wenn wir, von der Komplettheit unserer Erfahrung ausgehend, versuchten, näher zu bestimmen, welche Gestaltlogik der Musik denn noch innewohnt? Ginge uns dann etwas verloren? Nähmen wir „der Musik“ etwas weg? Täten wir ihr etwas an? Beraubten wir uns eines lustvollen Refugiums vor den Unbillen der Realität?

Wir haben an der Universität in Münster kürzlich eine kleine Untersuchung durchgeführt, die sich der Frage widmete, was psychologisch alles geschieht, wenn wir ein neues Instrument erlernen. In einem gemeinsamen Projekt begannen die StudentInnen, die Lust

zu diesem Unternehmen hatten, und ich jeweils ein für uns neues Instrument[13] zu lernen. Wir vereinbarten eine Phase von mindestens 3 Monaten und eine tägliche Übungszeit von mindestens einer Viertelstunde. Nicht festgelegt war, ob man sich einen Lehrer sucht, (was die meisten nicht taten), ob man improvisiert, sich an Stücken versucht, eine „Schule" benutzt oder in welcher Form auch immer man sich seinem neuen Instrument nähert. Die gemachten Erfahrungen sollten in einer Art Tagebuch festgehalten werden – einige TeilnehmerInnen wählten im Verlauf des Projektes auch größere Zeitabschnitte, ihr Erleben zu beschreiben. Zwischendurch trafen wir uns einige Male zu einigen Absprachen, zur gegenseitigen Unterstützung und zum gemeinsamen Improvisieren auf den neuen Instrumenten.

Als ich die ausführlichen Erlebensbeschreibungen nach dem vereinbarten Abschluß der Projektzeit durchging, überkamen mich erst einmal Schuldgefühle. Was hatte ich den StudentInnen da zugemutet? Welche Kämpfe, welche Dramen, welch ein Aufwand, welch zusätzliche tägliche Belastung neben all dem, was sie sonst noch zu tun hatten: studieren, Geld verdienen, Kinder erziehen …! Und dann noch das leidige Protokollieren, was ja zusätzlich mit der Strapaze der genauen Selbstbeobachtung und des sprachlichen Formulierens verbunden ist. (Wieso spricht man eigentlich nicht von der Lust, sich sprachlich auszudrücken?)

Dann bekamen alle TeilnehmerInnen alle Text zu lesen und wir trafen uns mit viel Zeit zu einer ersten gemeinsamen Sichtung – und natürlich zum Improvisieren. Auf der Suche nach Gemeinsamkeiten in den Beschreibungen begegneten uns u.a.: Mühe, Anstrengung, jede/r hatte mal „ein Loch", einen Einbruch, erlebte ein Auf-der-Stelle-Treten, ein Nicht-Weiterkommen. Das Üben wurde „vergessen", vor sich her geschoben; vor einer unvermeidlichen Pause lohnt es sich dann fast schon nicht mehr, dann rafft man sich doch wieder auf, hat das Gefühl, wieder bei Null anzufangen, der Ansatz ist wieder weg; die Schultern tun weh, man verkrampft sich immer mehr … Erschrecken kommt auf: Was habe ich mir da vorgenommen? Auf was habe ich mich da eingelassen?

Allzu Selbstverständliches wie „Heute habe ich eine Viertelstunde Intonation, legato, Scarlatti oder … geübt", muß noch weiter aufgelöst werden. Was ist eigentlich Üben? Wie alles, was sich scheinbar von selbst versteht, gar nicht so einfach zu erfassen. Wie würden wir das jemandem beschreiben, der nicht weiß, was das ist? Was üben wir eigentlich? Nach eingehendem Austausch taucht eine Zusammenfassung auf: Üben ist Anpassung bis zum geht nicht mehr – um der Freiheit und Selbstbestimmtheit willen. Anpassung der Lippen an die Notwendigkeiten der Tonerzeugung beim Blasen, Anpassung der körperlichen Haltung an den Bau des Instruments. Anpassung an unsere (europäischen) Klangideale: möglichst wenig Geräuschanteil, keine unnötige Schwankung im Ton, „sauber" muß er sein (Intonation), gehalten werden, sich ohne Klappern zum nächsten verbinden … Um der Freiheit willen: Damit ich bestimmen kann, wie der Ton wann kommt. Damit es fließt. Damit es so klingt, wie ich es will. Es darf ja manchmal auch ein Klang mit Geräusch sein, aber das soll kein Zufall sein. Um mit anderen zusammenspielen zu können. Um endlich doch das machen zu können, was durch unterschiedliche biographische Hindernisse bisher nichts geworden ist. Um unabhängig zu sein von dem, was sich vom Instrument her an Hindernissen immer wieder querstellt.

Nach einer ersten Runde sitzen wir eher kopfschüttelnd da und verstehen nicht mehr, wieso ein Mensch sich freiwillig so etwas antut. Nach der zweiten können wir nicht mehr

[13] Die gewählten Instrumente derer, die das Projekt bis zu Ende mitgemacht hatten, waren: Bamboo-Sax, Klavier, Drum-Set, 2 x Altsaxophon, Gitarre, Bratsche, Querflöte, Klavier / Stimme

verstehen, wie Menschen eigentlich klarkommen, ohne Musik zu machen. Dazwischen tauchen erste Ahnungen davon auf, daß Musikmachen nicht ein Weniger ist, als die Lust, sich musikalisch auszudrücken, sondern viel mehr. Da kommt viel „Biographisches" hinein, kann in einer neuen Variante in eine andere Form gebracht werden. Liegengelassenes wird wieder aufgegriffen, alten Sehnsüchten noch einmal nachgegangen. Das, was noch fehlt, soll noch hinzukommen oder auch einmal etwas ganz anderes probiert werden. Auch die Begegnung mit schmerzhaften Erfahrungen wird eher aufgesucht als gemieden – in der berechtigten Hoffnung, sie in sich und in der Musik einbetten zu können. Das, was man auch sonst nicht genügend kann (oder zu können glaubt), z.B. sich durchsetzen, will man durch die Wahl dieses Instruments nun doch noch erringen.

Und vor allem immer wieder Paradoxes: Das, was einen ursprünglich motivierte, geht verloren, dafür taucht etwas ganz anderes auf, was nun weitertreibt. Gerade nachdem man eine Weile mit viel schlechtem Gewissen nicht geübt hat, klappt es plötzlich alles viel besser. Obwohl man heute nur zum Instrument gegriffen hatte, um die Pflichtviertelstunde zu absolvieren, übt man jetzt ganz lange und vergißt die Zeit. Plötzlich läuft es – aus unerfindlichen Gründen. Plötzlich ist der Klang da – bisweilen schöner als erwartet. Dann wieder stockt es, obwohl man diesmal ganz vernünftig geübt hat. Und überhaupt: Obwohl vermutlich alle TeilnehmerInnen in der einen oder anderen Form selbst Instrumentalunterricht erteilt haben und wir alle die bekannten Regeln für ein „sinnvolles, vernünftiges" Üben verinnerlicht haben, halten wir uns alle (manchmal) nicht daran. Machen komische Sachen, wie Flöte im Liegen spielen, beim Spielen an etwas ganz anderes denken, machen den zweiten (oder fünften) Schritt vor dem ersten, spielen ein Stück nach dem anderen, pfeifen erst mal auf die Intonation, üben doch nicht täglich, dafür an anderen Tagen exzessiv.

Auch jetzt beim gemeinsamen Improvisieren wollen wir ja ganz ohne Leistungsdruck und künstlerischen Anspruch nur ein wenig zusammen spielen. Dennoch stört dann doch die allzu gegensätzliche Intonation, liegen sich unterschiedliche Beschränkungen quer zueinander im Weg, läßt sich das wenige, was wir jeweils können, nicht so problemlos zu etwas Gemeinsamem verbinden. Und wir geraten doch ganz schön in Streß. Von der puren Lust des „Spielens" kann da nicht unbedingt die Rede sein. Aber irgendwie wurschteln wir uns durch, versuchen es noch einmal anders, ohne recht zu wissen wie. Und dann entstehen Musiken, von denen diejenigen, die jeweils nur zugehört haben, ganz begeistert sind oder sich emotional zutiefst angerührt fühlen – und die, die spielten, nicht mehr ganz wissen, wo sie waren.

Wo sind wir, wenn wir Musik machen?[14] In einer anderen Welt? Ganz bei uns selbst? Ganz in dem, was wir spielen? All das scheint nicht so ganz zu stimmen. Wie auch alle anderen reinen Dichotomien wie die Unterscheidung zwischen Arbeit und dem „Spielerischen", Alltag und Kunst, Fühlen und Denken, Trieb und Abwehr nicht sonderlich geeignet scheinen, das zu beschreiben, was sich psychologisch in unseren Handlungen und unserem Erleben wirklich abspielt.

Und so ist es auch nicht die Intention meiner Schlußbemerkungen zu bezweifeln, daß uns beim Musikmachen nicht bisweilen eine unbändige Lust überkommt oder wir nicht manchmal in schier unirdische Sphären geraten. Wohl aber möchte ich Zweifel daran wecken, daß einfache Erklärungen dabei helfen, ein so komplexes Geschehen wie das

[14] Die Frage nach der Musik einmal so zu stellen, dazu regt die Denkweise Peter Sloterdijks an. (vgl. 1993, S. 295ff)

Musikmachen zu erhellen. Und von daher erscheint mir auch das Triebmodell der Psychoanalyse und all die Erklärungen, die sich mit der Musik unter dem Blickwinkel von Dichotomien (Lust- und Realitätsprinzip, Primär- und Sekundärprozeß, auch frühe und späte Formen des Erlebens oder des Ausdrucks, rechts- und linkshemisphärisch) befassen und sie dann einer Seite zuschlagen, eher zu neuen Mystifikationen zu führen als daß sie eine aufklärende Wirkung entfalten können. Damit haben dann nicht zuletzt unsere PatientInnen zu kämpfen. Die Behandlungsrealität scheint mir etwas anderes zu zeigen: Das Angebot, welches wir unseren PatientInnen mit der Musik machen, wird zwar bisweilen dazu führen, daß Verdrängtes sich hier Ausdruck verschafft. Es kann sich aber ebenso mit der Abwehr verbünden und dem Widerstand dienen. Musik kann zum Symbol des Gehaßten wie des Ersehnten werden. In ihr können sich Erfahrungen des Bezwungenworden-Seins wie der Befreiung repräsentieren. Sie kann an vergangene Leiden erinnern wie auch an Taten, kann unverhofftes Können aufzeigen, uns aber auch mit unseren Grenzen konfrontieren. Sie kann Hoffnung wecken, uns aber auch zur Verzweiflung treiben.

Als MusikerInnen wissen wir all dies. Wenn die Musik weniger wäre als die Möglichkeit eines kompletten Umsatzes seelischen Lebens und Erlebens, hätten wir sie längst aufgegeben. Wenn sie uns nicht in so vieler Hinsicht zur Auseinandersetzung zwischen Ich und Welt verfügbar wäre, zu innigen Kontakten wie zum Allein-sein-Können, zu 'oberflächlichem' Vergnügen wie zu tiefen Erfahrungen, zum Schweben wie zum Auf-den-Boden-Kommen, zum Sich-Anstrengen wie zum Sich-Fallen-Lassen, zum Rausch wie zur Ernüchterung, zum Bewahren von Erinnerung wie zum Vergessen, zum narzißtischen Genuß wie zum Überwinden personaler Grenzen – das alles und noch viel mehr in immer neuen Versionen – hätten wir ihr dann so viel geopfert (Zeit, Geld, eine bessere berufliche Position)? Wenn wir dieses Wissen nicht aus unserer Erfahrung aussperren oder aus unserem Bild von der Musik aussparen, können wir vielleicht besser einiges von dem, was die Gestaltlogik des Musikmachens ausmacht, auch für unsere PatientInnen bereithalten. Der Musik können wir damit nichts anhaben – sie ist unzerstörbar.

Wo sind wir, wenn wir Musik machen? Ich glaube, immer in einem Dazwischen[15]. Auch einige anderen Untersuchungen, die Studierende im Rahmen von Diplomarbeiten oder ich selbst durchgeführt haben (u.a. zum Singen, zur lebenslangen Beziehung zu einem Instrument, zur Improvisation im Alltag), verweisen als etwas Gemeinsames und Spezifisches darauf, daß Musik in einer besonderen Weise Verbindungen herstellen kann: zwischen außen und innen, zwischen Menschen, zwischen ansonsten Getrennt-Gehaltenem, zwischen dem Ort oder der Zeit, in der wir uns befinden und Orten und Zeiten, in denen wir uns – hier und jetzt – nicht befinden. Musikmachen – und auch -hören – scheint besonders dazu geeignet, solche Zwischenwelten zu konstituieren und für eine Weile zu halten.

[15] Im Japanischen scheint es dafür sogar ein Wort zu geben: "In der Improvisation bewegen wir uns miteinander und bilden ein Spannungsfeld. Dies Spannungsfeld drückt sich durch das japanische Wort >Ma< aus. >Ma< ist der Raum zwischen beiden." Nobuyo Tada von Twickel, in: Th. Willert 1998, S. 103

LITERATUR

Deuter, Martin (1996): Beziehungsformen in der musiktherapeutischen Arbeit mit psychotischen Patienten. – „Wo treffen wir uns, wenn wir uns nicht treffen?“ In: R. Tüpker (Hrsg.): Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis und Forschung. LIT-Verlag, Münster

Esch, Anke (1993): Der süße Brei. - Die Musik und was sie gestaltet. Eine Falldarstellung aus der Einzelmusiktherapie im Austausch mit einem Märchen. In: Hamburger Jahrbuch zur Musiktherapie und intermodalen Medientherapie. Bd. 3, Hrsg.: H.-H. Decker-Voigt. Eres-Verlag, Bremen

Grootaers, Frank (1987): Gefühle verweisen … oder… Die Wechselbeziehung zwischen dem persönlichen Menschenbild und dem eigenen therapeutischen Handeln. In: Materialien zur Morphologie der Musiktherapie, Heft 3, hrsg. vom IMM-Münster

Grootaers, Frank (1994): Fünf Vorträge über Musiktherapie und Morphologie in der Psychosomatik. Materialien zur Morphologie der Musiktherapie, Heft 6, hrsg. vom IMM-Münster

Hegi, Fritz (1986): Improvisation und Musiktherapie. Möglichkeiten und Wirkungen von freier Musik. Junfermann, Paderborn

Klausmeier, Friedrich (1978): Die Lust, sich musikalisch auszudrücken. Eine Einführung in sozio-musikalisches Verhalten. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg

Leutz, Grete A. (1974): Das klassische Psychodrama nach J. L. Moreno, Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg/New York

Moreno, J. L. (1973): Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. Thieme-Verlag, Stuttgart

Münsterteicher, Markus (1995): Improvisation: Entwicklungen in zeitgenössischer Musik und ihre Bedeutung für die Musiktherapie. Unveröf. Diplomarbeit, Zusatzstudiengang Musiktherapie Münster

Nordoff, Paul / Robbins, Clive (1975): Musik als Therapie für behinderte Kinder. Klett Verlag, Stuttgart

Nordoff, Paul (o..J.): Pif Paf Poltire, Theodore Presser Company, Bryn Mawr, Pennsylvania. Dt. Übersetzung beim "Verein zur Förderung der Nordoff/Robbins Musiktherapie e.V.", Herdecke

Petersen, Peter (1990): Ansätze kunsttherapeutischer Forschung. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg/New York

Salber, Wilhelm (1987): Psychologische Märchenanalyse. Bouvier, Bonn

Sloterdijk, Peter (1993): Weltfremdheit. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Stern, Daniel (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Klett-Cotta, Stuttgart

Tada von Twickel, Nobuyo (1998) in Willert, Thekla: Ich singe mich zu Dir … Aspekte des Singens in der Musiktherapie am Fallbeispiel einer geistig behinderten Frau. Unveröf. Diplomarbeit, Zusatzstudiengang Musiktherapie Münster

Tüpker, Rosemarie (1996a): Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie. 2. überarbeitete u. erweiterte Auflage. LIT-Verlag, Münster

Tüpker, Rosemarie (1996b): Supervision im Erleben von Studierenden der Musiktherapie. In: Einblicke, Heft 7, DBVMT/BKM, Berlin

ZEITSCHRITEN-ARTIKEL

4.4

Lehrmusiktherapie im veränderten Berufsfeld

Neue Vereinbarungen für die Anerkennung von LehrmusiktherapeutInnen[16]

Training Music Therapy in a Changing Profession.

New Agreements for the Recognition of Training Music Therapists

Zusammenfassung Mit der „Vereinbarung zur Ernennung von LehrmusiktherapeutInnen" einigten sich die LeiterInnen der deutschen staatlichen Musiktherapieausbildungen auf Grundsätze, die sie in Zukunft bei der Anerkennung von LehrmusiktherapeutInnen berücksichtigen wollen. Dies wurde zum Anlaß genommen über den Stand der Diskussion zu berichten und eine nähere inhaltliche Bestimmung der musiktherapeutischen Selbsterfahrung im Sinne einer Lehrtherapie zu versuchen.

Summary The „Agreement on the Appointment of Training Music Therapists" drawn up by the directors of state-recognised music therapy courses in Germany sets out the principles that are in future to govern the recognition of training music therapists. The current debate on this issue is reported here and an attempt is made to determine the content of self-experience in music therapy within training therapy.

Keywords Training Music Therapy – self experience – music therapy training

Einleitung

Nach einer Zeit der Beratung und Diskussion über die Bedeutung von Lehrmusiktherapie und den Status von LehrmusiktherapeutInnen, soll hier versucht werden, den gegenwärtigen Stand dieser Entwicklungen sowie mögliche Perspektiven darzustellen. Hintergrund und Anlaß ist die „Vereinbarung zur Ernennung von LehrmusiktherapeutInnen", die aufgrund eines von mir vorgelegten Entwurfes am 7. 11.

---

[16] In: Musiktherapeutische Umschau 2, Band 20, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen/Zürich 1999, 114-122

1996 vom „Arbeitskreis musiktherapeutischer Ausbildungen im staatlichen Tertiärbereich“ (AMA) verabschiedet wurde. Mit dieser Vereinbarung haben sich die VertreterInnen der Musiktherapieausbildungen Berlin, Frankfurt, Hamburg, Heidelberg, Münster, Siegen und Witten-Herdecke auf eine Reihe von Kriterien bei der Anerkennung von LehrmusiktherapeutInnen geeinigt. Neben der Qualitätssicherung sollen damit eine wechselseitige Anerkennung von LehrmusiktherapeutInnen ermöglicht, berufspolitische Schritte erleichtert sowie mehr Klarheit geschaffen werden für die KollegInnen, die eine solche Aufgabe übernehmen möchten. Durch eine gemeinsame Liste der anerkannten LehrmusiktherapeutInnen soll sowohl Studierenden als auch InteressentInnen, die vor Aufnahme des Musiktherapiestudiums eine Selbsterfahrung beginnen wollen, das Auffinden einer Person erleichtert werden, die von allen Ausbildungen als LehrmusiktherapeutIn anerkannt ist.

Zur Geschichte

Die Diskussion um Bedeutung und nähere Bestimmung der Selbsterfahrung (resp. Lehrmusiktherapie) als ein wichtiger Bestandteil musiktherapeutischer Ausbildung begleitet die Musiktherapie in Deutschland spätestens seit dem Beginn der Ausbildungen, also Ende der 70er Jahre (zur Vorgeschichte s. Eschen 1990). Dies spiegelt sich u. a. auch in der MU, die sich seit ihrem Bestehen an dieser Diskussion beteiligt und über sie berichtet hat (vgl. u.a. Baumgarten 1983, Timmermann 1983 , Haardt/Klemm 1983, Selle 1986, Nygaard-Pedersen/Barth-Scheiby 1988). Einerseits erscheinen die ersten Verwendungsweisen des Begriffes tatsächlich ziemlich bunt, jedoch auch unscharf in der Bestimmung der Funktion der Lehrmusiktherapie: Was ist der Unterschied zu einem Praktikum, zum erlebnisorientierten Unterricht, zur allgemeinen Lebenserfahrung, zu esoterischen Wahrnehmungserweiterungen etc.? Andererseits lassen sich von Beginn an – vor allem in den Entwürfen und Curriculae der Ausbildungen – zwei wesentliche Quellen aufzeigen: Auf der einen Seite wird auf die vorhandene Möglichkeit der Absolvierung einer klassischen (Lehr)Analyse bzw. anderer Selbsterfahrungsangebote etablierter Psychotherapieverfahren für den werdenden Musiktherapeuten zurückgegriffen. Auf der anderen Seite steht die Erweiterung gruppenimprovisatorischer Veranstaltungen, die – oft angeregt durch die zur gleichen Zeit aufgekommene Gruppendynamikbewegung – zu einer Art Selbsterfahrung durch Musizieren werden, indem nicht länger die Güte des musikalischen Produktes der einzig denkbare Sinn musikalischen Tuns ist, sondern die Entwicklung der Einzelnen und/oder der Gruppe in den Vordergrund des Interesses rückt. Wegbereiterin dafür war die Gruppenimprovisationsbewegung der 60er und 70er Jahre, deren Verdienst es ist, den Umgang mit Musik aus der Einengung eines bloßen Erbringens von Leistung für den konzertanten Musikbetrieb befreit zu haben. Beide Quellen verbinden sich zu der heutigen Vorstellung, daß sich Lehrmusiktherapie einerseits bezüglich ihres Sinnes, ihrer Rahmenbedingungen und ihrer Qualität nicht wesentlich von den Lehrtherapien anderer Psychotherapien unterscheidet und daß sie andererseits möglichst im eigenen Verfahren, also *als* Musiktherapie, absolviert werden sollte. Daß letzteres zunächst nicht möglich war, ergibt sich zwangsläufig aus der Situation der „Pioniere“. Aber auch heute noch zeigen die Biographien vieler KollegInnen sowie informelle Gespräche, daß die Kombination einer Lehrmusiktherapie mit einer anderen (Lehr-)Therapie – letztere meist außerhalb aller Ausbildungszusammenhänge – sehr häufig als ein sinnvoller Weg empfunden wird.

Parallel zur Diskussion um die richtige Form der Selbsterfahrung fand in den musiktherapeutischen Vereinigungen und den Aus- und Weiterbildungen immer wieder ein

Meinungsaustausch über die Frage statt, wer denn unter welchen Bedingungen qualifiziert sei, die von vielen immer stärker als ein Kernstück musiktherapeutischer Ausbildung empfundene Lehrmusiktherapie durchzuführen.

Rentmeister berichtet (1998, S. 304), daß im Rahmen der DGMT 1983 erstmals Kriterien zur Anerkennung von Lehrmusiktherapeuten aufgestellt wurden. Dennoch blieben wesentliche Fragen strittig: Wenn z.B. das DGMT-Präsidium aufgrund der Stimmenmehrheit eine Person zum Lehrmusiktherapeuten ernannte, die noch nicht die Kriterien zur Aufnahme in den Berufsverband (DBVMT) erfüllte – daher von diesem noch nicht als Musiktherapeut anerkannt werden konnte – so mußte dies notwendigerweise zu heftigen Debatten auch darüber führen, welches denn überhaupt das geeignete Gremium für ein solches Anerkennungsverfahren sei. Dem DBVMT gelang es seit der Trennung von der DGMT 1988 nicht, ein entsprechendes Papier zu verabschieden, dementsprechend wurden auch keine Anerkennungsverfahren durchgeführt.

Dort, wo die Lehrmusiktherapie Teil einer Ausbildung ist oder entsprechend empfohlen wird, entscheiden naturgemäß die Ausbildungsstätten selbst darüber, wem sie diesen Teil der Ausbildung übertragen. Dieses Recht – Im Falle der staatlichen Ausbildungen zugleich die rechtlich abgesicherte „Autonomie der Hochschulen“ – bleibt auch von der Vereinbarung des AMA unberührt. Das ermöglicht zugleich einen gewissen Ausgleich zwischen der angestrebten Vereinheitlichung und einer weiterhin wünschenswerten Flexibilität (s. u.).

Was ist Lehrmusiktherapie heute?

Die Diskussion bezüglich der notwendigen definitorischen Festlegung berührte im wesentlichen zwei unterschiedliche Bereiche:

Zum einen galt es genauer zu bestimmen, was wir unter Lehrmusiktherapie verstehen. Strittig ist dabei – auch in anderen psychotherapeutischen Richtungen – etwa die Frage nach dem Unterschied zwischen einer *normalen Therapie* und einer Lehrtherapie. Allgemein stehen sich hier Auffassungen gegenüber von dem Extrem, überhaupt keinen Unterschied zu sehen bis hin zu einer radikalen Unterscheidung, die den *normalen* Behandlungsanteil eher negiert, »weil ja keine Erkrankung vorliegt« oder lieber abtrennen würde im Sinne dessen, daß bei Vorliegen einer Störung erst diese abschließend zu behandeln sei, bevor dann die *eigentliche* Lehrtherapie beginnen könne. Da im Kreise des AMA diese Extreme so nicht vertreten waren, war eine inhaltliche Einigung relativ leicht möglich, wenn auch nicht so leicht zu formulieren. Die gefundenen Formulierungen sind bemüht, die Besonderheit der Lehrtherapie zu berücksichtigen und zugleich die Vorrangigkeit einer Behandlung im üblichen Sinne zu betonen: „Unter Lehrmusiktherapie wird eine musiktherapeutische Behandlung verstanden, die anläßlich der Berufsausbildung zum Musiktherapeuten/zur Musiktherapeutin in Anspruch genommen wird. (…) Gegenstand der Lehrmusiktherapie sind die Lebensvollzüge, Konflikte, seelischen Grundstrukturen und ihre biographischen Hintergründe der AusbildungskandidatInnen. Ziel der Lehrmusiktherapie ist es, daß der/die (zukünftige) MusiktherapeutIn sich der Grundzüge der eigenen seelischen Strukturen, der eigenen Lebensmethode, der Besonderheiten des eigenen Erlebens und Verhaltens so weit bewußt wird und sie so zu bearbeiten weiß, daß er/sie diese in der (angestrebten) musiktherapeutischen Tätigkeit zum Wohle der PatientInnen/KlientInnen nutzen kann. Die Lehrmusiktherapie soll die Entwicklung sozialer Kompetenzen erweitern helfen. Obwohl die berufliche Qualifikation das primäre Ziel der Lehrmusiktherapie ist, ist

dabei zu berücksichtigen, daß diesem Ziel nur vor dem Hintergrund der persönlichen Entwicklung, der Gesundheit und dem Wohlergehen des Ausbildungskandidaten/der Ausbildungskandidatin nachgegangen werden kann. Daher stehen diese Gesichtspunkte einer üblichen musiktherapeutischen Behandlung nicht im Gegensatz zur Lehrmusiktherapie, sondern sind im Ziel der Lehrmusiktherapie inbegriffen und in der Strukturierung des Settings, dem methodischen Vorgehen und der Beziehungsgestaltung durch den Lehrmusiktherapeuten/die Lehrmusiktherapeutin vorrangig zu beachten."

Daß mit einer Definition die menschlichen und therapeutischen Konflikte dieses Spannungsverhältnisses nicht „ein für alle Mal" gelöst werden können, war uns dabei bewußt. Es ist vermutlich überhaupt nicht „lösbar", sondern muß immer wieder neu zwischen den Beteiligten ausgehandelt, ausgehalten und abgestimmt werden. Deutlich wird in der gefundenen Definition zugleich, daß Lehrmusiktherapie keine Lehrveranstaltung im üblichen Sinne ist, keine Übung für das Erlernen musiktherapeutischer Techniken im Rollenspiel, kein „Lernen durch Erleben in einer Laborsituation" (Meder 1983, S. 277).

Zum anderen galt es, mit unterschiedlichen Sprachtraditionen umzugehen, die sich um die Begriffe Lehrmusiktherapeut, Lehrtherapie, Selbsterfahrung, Eigentherapie u.ä. rankten. Wir stellten fest, daß diese jeweils gewachsenen Begriffsbestimmungen vom rein Sprachlichen her durchaus ihren Sinn machten, in der Vergangenheit aber oft zu Mißverständnissen geführt hatten – auch dort, wo im Grunde ein inhaltlicher Konsens vorhanden war.

Bei der definitorischen Einigung erschien uns dann eine begriffliche Vergleichbarkeit auch zur allgemeinen psychotherapeutischen Sprachtradierung wichtiger als das Auflebenlassen einer Debatte um unterschiedliche semantische Aspekte des jeweiligen Begriffes. So gehört zu den getroffenen Festlegungen z.B. die Klärung, daß unter LehrmusiktherapeutInnen nicht die Lehrenden einer musiktherapeutischen Ausbildung verstanden werden, obwohl dies semantisch durchaus möglich wäre, sondern nur diejenigen, die eine Lehrmusiktherapie durchführen.

Bezüglich des Begriffs der Selbsterfahrung stellten wir fest, daß er einerseits der wohl üblichste Alltagsbegriff für das hier Gemeinte ist, andererseits aber bekanntermaßen an einer erheblichen Unschärfe leidet. Hier erschien uns eine begriffliche Differenzierung besonders wichtig, zugleich galt es bestehende Festlegungen zu berücksichtigen. Wir einigten uns daher auf den Begriff der „Lehrmusiktherapie" oder – synonym zu gebrauchen: „musiktherapeutische Selbsterfahrung im Sinne einer Lehrtherapie". Als Verfahren sind Einzel- und Gruppentherapie genannt. Intermusiktherapie (vgl. Seidel 1996, S. 197) ist hingegen nicht erwähnt und wurde in diesem Zusammenhang auch nicht diskutiert, ebensowenig Fragen der Stundenzahlen u.ä., da die Art der Verankerung der Lehrmusiktherapie in den verschiedenen Studiengängen nicht Gegenstand der Vereinbarung war.

Wer kann LehrmusiktherapeutIn werden?

Mit der Forderung nach einem abgeschlossenen Musiktherapiestudium als Voraussetzung folgten wir u.a. dem allgemein üblichen Grundsatz, daß Lehrende mindestens den Abschluß erreicht haben sollten, den die Studierenden anstreben.

Daß gerade diese Bedingung aufgrund der historischen Situation der Musiktherapie nach wie vor problematisch ist, war uns dabei bewußt: Durch die Tatsache, daß eine

Musiktherapieausbildung in Deutschland selbst erst seit ca. 20 Jahren möglich ist, kann der Berufsweg über eine solche Ausbildung gerade für die erfahreneren KollegInnen nicht als selbstverständlich angesehen werden. Jedem/jeder von uns fiel zumindest eine Person ein, die auf oft mühsamem autodidaktischem Wege eine hohe musiktherapeutische Qualifikation erreicht hat und der wir gerne und guten Gewissens die Aufgabe der Lehrmusiktherapie anvertrauen würden. Demgegenüber stand das Anliegen, eine Regelung zu schaffen, die mit auch formalen Verbindlichkeiten eine Richtungsweisung in die Zukunft hinein ermöglicht. Ob dies nach zwanzig Jahren staatlicher Ausbildung schon der richtige Zeitpunkt war, muß notwendigerweise strittig bleiben. Die getroffene Entscheidung schien uns aber vertretbar durch die sie ergänzende Einigung darüber, daß jede einzelne Hochschule weiterhin das Recht behält, einzelne Personen ihres Vertrauens auch außerhalb der gemeinsamen Regelung anzuerkennen. Allerdings werden diese Personen nicht in der gemeinsamen Liste aufgeführt, so daß mit dieser Liste dennoch der gewünschte Neuanfang möglich wird. (Zur Anerkennung nach den neuen Vereinbarungen kann man sich bei den oben genannten Studiengängen bewerben, die zur Durchführung der Anerkennung ein „Ernennungsgremium", jeweils in Koordination mit den unterschiedlichen Organisationsformen der Studiengänge, geschaffen haben bzw. schaffen werden.)

Die weiteren Voraussetzungen sind: eine ausreichende eigene Lehrtherapie, eine mindestens 5-jährige musiktherapeutische Berufstätigkeit, wovon mindestens 3 Jahre in nachgewiesenen Teamzusammenhängen stattgefunden haben müssen. Es muß außerdem eine ausreichende Erfahrung in der therapeutischen Arbeit mit Erwachsenen vorliegen sowie der Nachweis über eine angemessene supervisorische Begleitung erbracht werden, wobei ein Teil der Supervision außerhalb des institutionellen Rahmens der Berufstätigkeit stattgefunden haben sollte. Außerdem ist dem jeweiligen „Ernennungsgremium" in geeigneter Form (Veröffentlichungen, andere schriftliche Dokumentationen oder auch mündlich) Einblick in die praktische musiktherapeutische Arbeit und ihre methodische Reflexion zu geben.

Im Hinblick auf einige dieser Voraussetzungen erschien es uns sinnvoller, Entscheidungen im gegebenen Rahmen individuell und vom Gesamtbild her zu ermöglichen als diese primär an eine bestimmte Stundenzahl zu binden, zumal Zertifizierungen oft schwer vergleichbar sind. Mit der Formulierung, daß „alle erforderlichen Entscheidungen, insbesondere hinsichtlich dessen, was im Einzelfall als »ausreichend« oder »angemessen« anzusehen ist" (*), vom jeweiligen Ernennungsgremium zu treffen sind, wird zugleich deutlich, daß es keinen (einklagbaren) Anspruch auf Anerkennung aufgrund bestimmter formaler Kriterien gibt.

Eher kontraproduktiv in der Debatte um die Lehrmusiktherapie scheint es mir zu sein, wenn „LehrmusiktherapeutIn" als eine Art *Titel* verstanden wird. Die Durchführung von Lehrmusiktherapien ist eine (jeweils zeitlich begrenzte) Aufgabe, für die viele qualifizierte und erfahrene KollegInnen gewonnen werden sollten. Wird sie zu einem neuen Beruf, einer Position, einem Titel zur Aufwertung und Abgrenzung gegenüber anderen, so werden die damit in Gang gesetzten Strebungen nach einer weiteren Profilierung der Erfüllung dieser Aufgabe eher schaden als nutzen. (Mir ist natürlich bekannt, daß die Psychoanalyse einen solchen „Titel" kennt. Manche Entwicklungen in den psychoanalytischen Ausbildungsinstituten können für uns aber m.E. auch in dem Sinne lehrreich sein, daß wir Fehlentwicklungen nicht nachahmen (vgl. z.B. Kaiser 1996, Kernberg 1998).) Mit der von uns verabschiedeten Vereinbarung ist ein solcher zusätzlicher Titel weder intendiert noch wird er erteilt, wenngleich man niemanden daran hindern kann, seinen Namen mit der Erwähnung zu schmücken, daß er/sie anerkannt wurde, diese Aufgabe zu erfüllen.

In Zweifelsfällen ist eine Beratung mit den entsprechenden Gremien der anderen beteiligten Hochschulen eingeplant. Durch die Bestimmungen zur „Aufhebung der Ernennung als LehrmusiktherapeutIn“ (*), die ich aus Platzgründen hier nur erwähnen möchte, ist eine weitere Korrekturmöglichkeit gegeben, da das Vorbringen ernster Bedenken gegen eine Person nicht an eine bestimmte Position gebunden ist. (Sie muß z.B. auch Studierenden im Falle von Verletzungen der Grundsätze möglich sein.)

Grundsätze zur Durchführung von Lehrmusiktherapien

Eine weitere Präzisierung dessen, was wir unter Lehrmusiktherapie verstehen, ergab sich aus der Formulierung über die Grundsätze, die bei der Durchführung von Lehrmusiktherapien zu berücksichtigen sind. Insofern geht es hier auch nicht um eine einseitige *„Ernennung zu …“*, sondern um eine *wechselseitige* Anerkennung, da die LehrmusiktherapeutInnen zugleich die Grundsätze dieses Papieres anerkennen und sich auf ihre Einhaltung festlegen sollten. Dazu gehört die Gewährleistung von Kontinuität, die bei Gestaltung des Settings (Stundenfrequenz, Gesamtdauer, Gruppenzusammensetzung) zu beachten ist.

Konkret heißt es hier: „Regelmäßige Arbeitsformen mit kürzeren zeitlichen Zwischenräumen sind gegenüber einer Zusammenfassung mehrerer Therapiestunden zu größeren Einheiten mit großen Pausen zwischen den einzelnen Einheiten („Block-Veranstaltungen“) zu bevorzugen.“ (*)

Neben den allgemeinen Regeln der therapeutischen Abstinenz, wie sie z.B. kürzlich auch vom DBVMT formuliert wurden, ist festgelegt, daß „der/die LehrmusiktherapeutIn für seine/ihre KandidatInnen nicht zur gleichen Zeit für Lehrveranstaltungen in den Studiengängen zur Verfügung stehen (sollte). Er/sie darf – auch zu einem späteren Zeitpunkt – nicht an Prüfungen der Personen beteiligt werden, die bei ihm/ihr die Lehrmusiktherapie absolviert haben.“ (*) Hiermit wurde noch einmal in aller Deutlichkeit formuliert, was als wichtige Forderung von Anfang an auftaucht, aber offensichtlich immer wieder übergangen wurde – so daß es immer wieder neu gefordert werden mußte.

Unmißverständlichkeit schien uns auch noch in einer anderen Hinsicht notwendig, so daß wir uns noch einmal um eine eindeutige Formulierung bemüht haben, obwohl dies natürlich zu den bereits erwähnten „allgemeinen Regeln der Abstinenz“ gehört: „Der/die LehrmusiktherapeutIn darf zu den KandidatInnen nicht in einer privaten Beziehung stehen und eine solche auch nicht im Verlauf der Lehrmusiktherapie eingehen. Insbesondere stellen sexuelle Kontakte einen Mißbrauch des Kandidaten/der Kandidatin dar, für den – unabhängig von einem eventuell geäußerten »Einverständnis« des Kandidaten/der Kandidatin – in jedem Fall der/die TherapeutIn verantwortlich ist.“ (*)

Formuliert wurde auch die Schweigepflicht gegenüber Dritten, die nur in entsprechenden Supervisionszusammenhängen des/der LehrmusiktherapeutIn aufgehoben ist, wobei zu berücksichtigen ist, daß die genannten Kriterien (keine Prüfungszusammenhänge u. ä.) dann auch für die Supervisorin, das beratende Kollegium etc. zu gelten haben. Auch die Frage der Veröffentlichung von Material aus Lehrmusiktherapien wurde im Einzelnen nach eindeutigen Kriterien festgelegt, was uns hinsichtlich der Besonderheit der Lehrtherapie notwendig schien: Sie ist während des Verlaufs gar nicht und später nur mit dem Einverständnis des Betreffenden selbst möglich, der auch verlangen kann, den Text zuvor lesen zu dürfen.

Ausblick

Mit der Verfassung der Vereinbarungen (wie auch dieses Artikels) war das Bemühen um definitorische Klärungen verbunden. Dabei möchte ich aber den Begriff der De-*fini*-tion nicht im Sinne eines Endes der Debatte verstehen, die m.E. dringend weitergeführt werden sollte, wenn auch vielleicht auf einer neuen Ebene. So könnten die Berufsverbände, die im Falle der Bewerbung um eine Mitgliedschaft eine Selbsterfahrung fordern, an das Entstandene anknüpfen und diskutieren, ob sie ebenfalls die bei diesem Personenkreis absolvierten Lehrmusiktherapien anerkennen wollen. In einigen Hochschulen werden wir weiter für die angemessene Einbindung der Lehrmusiktherapie streiten müssen (z.B. in Münster) und auch die Studierenden sind mit der gemeinsamen Liste nicht gänzlich gewisser Informations- und Entscheidungsnöte enthoben. (Macht es z.B. Sinn für die angestrebte Ausübung einer psychotherapeutisch orientierten Musiktherapie eine Lehrmusiktherapie bei einem Nordoff/Robbins-Therapeuten zu machen, der seine Aufgabe ganz anders versteht? Welchen Teil meiner Lehrtherapie mache ich vor und welchen Teil während des Studiums? Was brauche ich, um als MusiktherapeutIn anfangen zu können? – Was brauche ich, wenn ich angefangen habe? usw.) Inhaltlich wünschenswert wäre u.a. der fachliche und persönliche Austausch der LehrmusiktherapeutInnen über die besonderen therapeutischen Konflikte und Schwierigkeiten bei der Behandlung zukünftiger KollegInnen. Auch der Austausch darüber, was denn für uns selbst jeweils gut, hilfreich und entwicklungsfördernd an der eigenen Lehr(musik)therapie war, könnte m.E. weiterführen – vorausgesetzt wir hüten uns davor, das, was uns persönlich *„gut tat"*, ungebrochen zum Maßstab und zur Regel für alle zu machen. Auch der Blick auf den Diskussionsstand über die vergleichbaren Fragen in anderen Psychotherapien (vgl. z.B. Beland 1992, Thomä 1991, 1992), in den anderen Kunsttherapien und in anderen Ländern wäre sicherlich spannend.

LITERATUR

Baumgarten, H. (1983): Selbsterfahrung in der Musiktherapie. Musiktherapeutische Umschau, Bd. 4,2 (S. 135-140)

Beland, H. (1992): Kritischer Kommentar zu Helmut Thomäs Aufsatz über »Idee und Wirklichkeit der Lehranalyse«. Psyche 46 (S. 99-114)

Eschen, J. Th. (1990): Lehrmusiktherapie. In: H.-H. Decker-Voigt (Hrsg.): Musik und Kommunikation Bd. 1. Lilienthal/Bremen: Eres

Eschen, J. Th. (1996): Lehrmusiktherapie. In: Decker-Voigt/Knill/Weymann (Hrsg.): Lexikon Musiktherapie, Göttingen: Hogrefe

Haardt, A. M. / Klemm, H. (1983): Selbsterfahrung in der Musiktherapie. Musiktherapeutische Umschau, Bd. 4,3 (S. 185-204)

Kaiser, H. (1996): Grenzverletzung. Macht und Mißbrauch im meiner psychoanalytischen Ausbildung. Zürich/Düsseldorf: Walter

Kernberg, O. F. (1998): Dreißig Methoden zur Unterdrückung der Kreativität von Kandidaten der Psychoanalyse. Psyche 52 (S. 199-213)

Meder, H. (1983): Selbsterfahrung für Musiktherapeuten. In: H.-H. Decker-Voigt (Hrsg.): Handbuch Musiktherapie. Lilienthal/Bremen: Eres

Nygaard-Pedersen, I. / Barth-Scheiby, B. (1988): Intermusiktherapie innerhalb der Ausbildung. Musiktherapeutische Umschau, Bd. 9,2 (S. 140-162)

Rentmeister, U. (1998): »ganz köstlich therapiert …?!« 25 Jahre Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie. Musiktherapeutische Umschau, Bd. 19,4 (S. 303-312)

Seidel, A. (1996): Intertherapie, musiktherapeutische Balintgruppenarbeit und Supervision. Musiktherapeutische Umschau, Bd. 17,3-4, (S. 196-204)

Selle, E.-W. (1986): Studium der Musiktherapie. Musiktherapeutische Umschau, Bd. 7,3 (S. 197-207)

Timmermann, T. (1983): Musik durch Selbsterfahrung. Musiktherapeutische Umschau, Bd. 4,3 (S. 173-183)

Thomä, H. (1991): Idee und Wirklichkeit der Lehranalyse. Psyche Bd. 45 (S. 385-433 und 481-505)

Thomä, H. (1992): Stellungnahme zum kritischen Kommentar Hermann Belands zu meinem Aufsatz »Idee und Wirklichkeit der Lehranalyse«. Psyche 46 (S. 115-144)

Alle mit (*) gekennzeichneten Zitate entstammen dem Vereinbarungstext.

Rosemarie Tüpker

Musiktherapie in Praxis, Forschung und Lehre

Schriften zur Habilitation
Dortmund 2005

BAND 1 BEITRÄGE ZUR PSYCHOLOGIE DER MUSIKTHERAPIE

BAND 2 BEITRÄGE ZUR THEORIE UND PRAXEOLOGIE DER MUSIKTHERAPIE

BAND 3 BEITRÄGE ZU FORSCHUNGSMETHODIK UND WISSENSCHAFTSTHEORIE

BAND 4 BEITRÄGE ZUR LEHRE

BAND 5 LEXIKONARTIKEL

BAND 1

BEITRÄGE ZUR PSYCHOLOGIE DER MUSIK

1.1 **Musik – eine Zaubermacht? Kritische Untersuchung zur Bedeutung der Musik im Märchen** 5
Musiktherapeutische Umschau Band 20/3, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1999, 23-248

1.2 **Zum Musikbegriff der musiktherapeutischen Improvisation** 21
In: Einblicke, Heft 12, 2001, 44-69

1.3 **Wo ist die Musik, wenn wir sie nicht hören?** 43
In: Oberhoff, B. (Hg.): Das Unbewusste in der Musik. Psychosozial-Verlag, Gießen 2002, 75-102

1.4 **Selbstpsychologie und Musiktherapie** 64
In: Oberhoff, B. (Hg.): Die Musik als Geliebte. Psychosozial-Verlag, Gießen 2003, 99-138

1.5 **Musikhören als Gestalt** 95
Zur Veröffentlichung angenommen in: Frohne-Hagemann (Hg.): Theorie und Praxis der Rezeptiven Musiktherapie, L. Reichert Verlag, Wiesbaden 2004

BAND 2

BEITRÄGE ZUR THEORIE UND PRAXEOLOGIE DER MUSIKTHERAPIE

2.1 **Musiktherapie in der Psychosomatik** 5
In: Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift, Heft 10/1990, Kohlhammer, Stuttgart 1990, 730-733

2.2 **Vergewaltigung und sexueller Mißbrauch. Kein Thema für die Musiktherapie?** 11
In: Einblicke, Heft 2, Deutscher Berufsverband der Musiktherapeuten, Berlin 1990, 52-66

2.3 **Musik und Sprache als Mittel in psychologischer Behandlung und Forschung** 25
In: Spielen und Sprechen in der Musiktherapie. Materialien zur Musiktherapie und Morphologie, Heft 5, IMM, Zwesten 1992, 7-44

2.4 **Zur Bedeutung künstlerischer Formenbildung in der Musiktherapie** 48
In: Spiele der Seele. Hrsg.: H.-H. Decker-Voigt, Trialog-Verlag, Bremen 1992, 121-144

2.5 **Musiktherapie: Hören und Verstehen** 66
In: Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Hrsg.: Petersen/Fevers-Schorre/ Schwerdtfeger. Springer, Berlin/ Heidelberg/New York 1993, 105-112

2.6 **Blickpunkt Musiktherapie: Tötungsphantasien heute und 'Euthanasie' im 'Dritten Reich'** 75
In: Vor 50 Jahren … Gedenkveranstaltungen der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster zum 8. Mai 1945. Hrsg.: Ruth-Elisabeth Mohrmann, LIT Verlag, Münster 1996, 101-119

2.7 **Nichts ist ohne Grund. Musiktherapie bei funktionellen Störungen** 89
In: Tüpker, R. (Hg) Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis LIT Verlag, Münster 1996, 8-37

2.8 **Musiktherapie als Erweiterung des Behandlungsangebotes oder: Warum braucht die Psychiatrie die Kunst?** 111
In: ′therapie kreativ′. Zeitschrift für kreative Sozial- und Psychotherapie, Heft 21. Affenkönig-Verlag, Neukirchen-Vluyn 1998, 3-23

2.9 **Morphologisch orientierte Musiktherapie** 127
In: Schulen der Musiktherapie. Hrsg. Hans-Helmut Decker-Voigt, Ernst Reinhard Verlag, München/Basel 2001, 55-77

2.10 **Musik bis ins hohe Alter** 146
In: Musik bis ins hohe Alter. Fortführung, Neubeginn, Therapie (Hg. mit Hans Hermann Wickel), LIT Verlag, Münster 2001, 6-19

2.11 **Musiktherapeutische Konzepte mit alten Menschen** 156
In: Musik bis ins hohe Alter. Fortführung, Neubeginn, Therapie (Hg. mit Hans Hermann Wickel), LIT Verlag, Münster 2001, 87-142

2.12 **Einigung in Differenz. Zum Behandlungsauftrag der Musiktherapie** 194
In Einblicke, Heft 14, Berlin 2003, 124-140

BAND 3

BEITRÄGE ZU FORSCHUNGSMETHODIK UND WISSENSCHAFTSTHEORIE

3.1 **Wissenschaftlichkeit in kunsttherapeutischer Forschung** **5**
In: Musiktherapeutische Umschau 1990 Band 11/1 Bochinsky Verlag, 11-20. Sowie mit dem Titel „Auf der Suche nach angemessenen Formen wissenschaftlichen Vorgehens in kunsttherapeutischer Forschung“ in: Ansätze kunsttherapeutischer Forschung. Hrsg. P. Petersen, Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg/New York 1990, 71-86 (Neuauflage in Petersen 2002)

3.2 **Leitfaden zur Protokollierung musiktherapeutischer Behandlungen** **18**
In: Einblicke, Heft 4, Deutscher Berufsverband der Musiktherapeuten, Berlin 1993, 43-67

3.3 **Forschen oder Heilen. Kritische Betrachtungen zum herrschenden Forschungsparadigma** **50**
In: Peter Petersen (Hg.): Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Mayer Verlag, Stuttgart 2002, 34-72

3.4 **Morphological Research** (mit Eckhard Weymann) **79**
Zur Veröffentlichung vorgesehen in: Barbara Wheeler: Music Therapy Research, 2 nd edition

BAND 4

BEITRÄGE ZUR LEHRE

4.1 **Supervision im Erleben von Studierenden der Musiktherapie** **5**
In: Einblicke, Heft 7, Deutscher Berufsverband der Musiktherapeuten, Berlin 1996, 53-80

4.2 **Supervision als Unterrichtsfach in der musiktherapeutischen Ausbildung** **33**
In: Musiktherapeutische Umschau 3-4/Band 17, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen/ Zürich 1996, 242-251

4.3 **Reflexion seelischer Verhältnisse in der musikalischen Improvisation** **41**
In: Wege zur musiktherapeutischen Improvisation. (Hrsg. mit Martin Lenz), LIT Verlag, Münster 1998, 135-203

4.4 **Lehrmusiktherapie im veränderten Berufsfeld** **87**
In: Musiktherapeutische Umschau 2/Band 20, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen/Zürich 1999, 114-122

BAND 5

LEXIKONARTIKEL

5.1 **„Musiktherapie“** (mit Manfred Kühn) **5**
In: Bühring/Kemper (Hg.): Naturheilverfahren und unkonventionelle medizinische Richtungen. Loseblattsammlung 9, 1-20, Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg/New-York, 1997

5.2 In: Decker-Voigt (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen 1996, zu den Stichworten
"Leiden-Können" (ebd. S. 194-197) **18**
"Methodisch-Werden" (ebd. S. 217-220) **20**
"Anders-Werden" (ebd. S. 13-15) **22**
"Bewerkstelligen" (ebd. S. 65-67) **24**

5.3 **"Forschungsmethodik"** (ebd. S. 102-104) **27**

5.4 **"Sexueller Mißbrauch"** (ebd. S. 336-339) **30**

BAND

5

Lexikonartikel

Musiktherapie[1]

mit Manfred Kühn

LEXIKON-BEITRAG

5.1

Zusammenfassung

Musiktherapie ist ein neueres psychotherapeutisches Verfahren zur Behandlung von Erkrankungen und Leidenszuständen, denen eine psychische Konflikt- oder Mangelsituation zugrunde liegt oder bei denen davon auszugehen ist, daß psychische Faktoren den Verlauf mit beeinflussen können.

Musik wird dabei verstanden als ein kulturelles Medium der Kommunikation, das über die Sprache hinaus einen Zugang zu all den menschlichen Erlebens- und Daseinsbereichen eröffnen kann, die als 'exkommunizierte' Persönlichkeitsanteile zu psychischen und somatischen Leiden führen können.

Es gibt derzeit unterschiedliche musiktherapeutische Konzepte, die zumeist an die bekannten psychotherapeutischen Schulen anknüpfen. Musiktherapie wird als Einzel- oder Gruppentherapie angeboten. Die Behandlungstechniken werden in der Regel so modifiziert, daß sie den PatientInnen je nach Art der Erkrankung oder Störung methodisch angepaßt werden. In den meisten Fällen ist die gemeinsame musikalische Improvisation von PatientIn und TherapeutIn der Ausgangspunkt der Behandlung, der je nach Zielsetzung und den Möglichkeiten des Patienten im Austausch mit dem therapeutischen Gespräch, dem Anhören von Musik oder dem Spiel (bei Kindern) stehen kann. Musiktherapie eröffnet auch den Menschen den Zugang zu einer psychotherapeutischen Begleitung, denen Sprache als Kommunikation nicht oder nur eingeschränkt zur Verfügung steht.

Die Ausbildung zum Diplom-Musiktherapeuten findet an Hochschulen und Fachhochschulen statt.

Einleitung

Der Begriff Musiktherapie wird zur Zeit auf unterschiedliche Methoden und Verfahren angewandt, die sich von psychotherapeutischer Behandlung über die rezeptive Beeinflussung der (Selbst-)Wahrnehmung bis hin zu heilpädagogischen Ansätzen oder rehabilitationsorientierten Übungen erstrecken. Dabei hat sich Musiktherapie als eigenständiges therapeutisches Verfahren erst in den letzten vier Jahrzehnten entwickelt. Es waren überwiegend MusikerInnen, die aus eigenen Erfahrungen heraus begannen, Einflüsse und Wirkungszusammenhänge musikalischer Aktivität und Kreativität und ihre Bedeutung für kranke, behinderte oder entwicklungsgestörte Kinder und Erwachsene zu

---

[1] In: Naturheilverfahren und unkonventionelle medizinische Richtungen. Hrsg. Bühring/Kemper. Loseblattsammlung 9, 1-20, Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg/New York, 1997 (mit Manfred Kühn)

untersuchen und daraus erste, sehr persönliche, musiktherapeutische Ansätze zu entwickeln (vgl. J. Alvin 1965, 1975, 1978, P. Nordoff/C. Robbins 1973, 1978, G. Orff 1974, M. Priestley 1975, 1980). Durch eine rasche Entwicklung und einen sprunghaften Erfahrungszuwachs – vor allem in England und den USA – kam es in den 70er Jahren in der damaligen BRD und in Österreich zu ersten Planungen für institutionalisierte Ausbildungen, durch die sich die Musiktherapie als eigenes Berufs- und Praxisfeld entwickeln und ansatzweise etablieren konnte. Die Entwicklung in der ehemaligen DDR nahm bis 1989 einen eigenen Weg, da sich hier hauptsächlich die Richtung der rezeptiven Musiktherapie als eigenständiges Verfahren entwickelte, während in der BRD vor allem die aktive, auf der gemeinsamen Improvisation aufbauende Musiktherapie zur theoretischen und praktischen Grundlage fast aller musiktherapeutischen Verfahren wurde.

Musiktherapie ist dabei insgesamt weder als schulmedizinisches noch als im engeren Sinne naturheilkundliches Verfahren anzusehen. Vielmehr stellt die Musik ein *seelisches* Mittel dar, welches als Produkt und Prozeß menschlicher Kultur und Kommunikation zu verstehen ist und in der Musiktherapie heilkundlich zu nutzen gesucht wird.

Musik und Heilkunde

Zusammenhänge zwischen Musik und Heilkunde lassen sich in vielen Kulturen nachweisen, im europäischen Kulturraum sind die Quellen bis in die Antike zurückzuverfolgen. Grundsätzlich ist es möglich, hier verschiedene Strömungen aufzuzeigen, die in unterschiedlichen kulturellen und sozialen Sichtweisen verankert sind: magisch-rituelle Formen, sakrale oder religiöse Formen und Herleitungen sowie erste Ansätze naturwissenschaftlich-physikalischer Wirkungsforschung (Entsprechungslehren, Harmonik, Kosmologien etc.). (Vgl. W. F. Kümmel, 1977, S. Evers 1991)

Seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert und mit der zunehmenden Trennung und Spezialisierung der Naturwissenschaften und wissenschaftlichen Teildisziplinen, der aufkommenden Erforschung akustischer Phänomene im Rahmen der Psychophysik (H. v. Helmholtz) und der revolutionären Entwicklung vor dem Hintergrund naturwissenschaftlich-kausaler Krankheitsforschung in Bereichen wie der Organmedizin, Bakteriologie, Hygiene etc. wurde der Zusammenhang zwischen Musik und Medizin zu einem marginalen Bereich, der kaum noch wissenschaftliches Interesse fand und sich allenfalls in als allgemein förderlich angesehenen unspezifischen ‚Heileffekten' wie den damals beliebten Kurorchestern niederschlug. Die zunehmende Trennung in Psyche und Soma hatte außerdem zur Folge, daß in den sich entwickelnden psychologischen Theorien und Verfahren die Verbindung zwischen Musik und Heilkunst ebenfalls verloren ging. Auch die aufkommende Musikpsychologie verfolgte – als neueres Teilgebiet der Systematischen Musikwissenschaft – andere Forschungsziele mit eher wahrnehmungs- oder wirkungspsychologischen Fragestellungen. Insofern blieb die Forschung über Musik und Heilkunde lange Zeit das Spezialgebiet weniger Anthropologen, Ethnopsychologen oder Musik- bzw. Medizinhistoriker. Erst in jüngster Zeit entwickelte sich wieder ein zunehmendes Interesse seitens der Medizin an der Einbeziehung von Musik in die Erforschung der Wirkungszusammenhänge zwischen musikalischen und psychischen und/oder somatischen Prozessen und deren Wechselwirkungen (vgl. H. Harrer 1975).

Neuere geschichtliche Entwicklung

Die Entwicklung der Musiktherapie im engeren Sinne begann nach dem zweiten Weltkrieg vor allem in England und den USA, von wo aus wichtige Impulse nach Österreich und Deutschland, aber auch in die übrigen europäischen Länder gelangten.

Bedingung für die Entstehung von Musiktherapie im modernen Sinne war dabei die Musikentwicklung des ausgehenden 19. und frühen 20. Jahrhunderts, in der die Komponisten und Komponistinnen die bis dahin geltenden harmonischen Regeln durch neue Konstruktionen wie 12-Ton-Musik, atonale Musik, serielle Musik etc. erweiterten und damit die bis dahin geltenden Grenzen ästhetischer Empfindungen überwanden. Die ‚Freigabe' des musikalischen Materials, die Wiederentdeckung der Improvisation, die Öffnung zum Jazz und anderen „außereuropäischen" Musiktraditionen sowie die Auflösung der musikalischen 'Sparten' setzten eine Entwicklung in Gang, in der nun auch bisher unbekannte Klänge, Formen und Strukturen, Ungeordnetes oder bis dahin 'Ungehörtes' als musikalischer Ausdruck menschlicher Gefühle oder Beziehungen gehört und verstanden werden konnten (vgl. D. Niedecken 1988).

Vor diesem Hintergrund begannen die ersten Entwicklungen der Musiktherapie zunächst mit teilweise pädagogischem, teilweise therapeutischem Ansatz in der Erforschung der kommunikativen Wirkung musikalischen Ausdrucks. Musik mit den Parametern von Melodik, Harmonik, Klang, Rhythmus, Dynamik und Form wurde nicht mehr nur unter künstlerisch-ästhetischen Kategorien betrachtet, sondern konnte auch als Aus- und Eindrucksgestaltung einer besonderen zwischenmenschlichen Kommunikation und damit als seelischer Vorgang verstanden werden, der einen therapeutischen Zugang zu unterschiedlichsten Krankheiten, Störungen und Konflikten bot. Damit wurde das 'freie' Spiel, die Improvisation als Entfaltung von etwas 'Unvorhergesehenem', zum Mittelpunkt der aktiven musiktherapeutischen Praxis und löste in weiten Bereichen den zunächst vorherrschenden musikpädagogischen Anspruch i.S. von Lernen oder Befähigen ab.

Von diesem Ausgangspunkt entwickelten sich in den letzten Jahren und Jahrzehnten allerdings völlig unterschiedliche Strömungen und Konzepte. Wie bereits erwähnt, wurden z.B. in der ehemaligen DDR eigene musiktherapeutische Ansätze und Verfahren entwickelt (vgl. C. Schwabe 1979, 1983). Während die Musiktherapieentwicklung in den westlichen Ländern eher von praktizierenden MusikerInnen vorangetrieben wurde, wurde die Musiktherapie in der DDR als Teilgebiet ärztlicher Psychotherapie verstanden (die ggf. auch von dafür qualifizierten Nicht-Ärzten ausgeübt werden konnte) und war vom Ansatz her eng an medizinische Denk- und Erklärungsmodelle gebunden. Wesentliches Element dieser Richtung ist die rezeptive Musiktherapie, die von der Wirkung komponierter Musik (überwiegend aus dem Bereich der E-Musik bis zur Romantik) auf die Psyche und den Organismus ausgeht und vor allem die Modalitäten der Musik- und Selbstwahrnehmung in den Vordergrund stellt. Aber auch andere Konzepte, die von einer heilenden Wirkung der Klänge selbst ausgehen, nahmen in den letzten Jahrzehnten eine eigenständige Entwicklung, wie z.B. die anthroposophische Musiktherapie (vgl. T. M. Florschütz, 1996).

Vor allem die mit Ende der 70er Jahre beginnende Institutionalisierung musiktherapeutischer Ausbildungen in der BRD und anderen europäischen Ländern führte dann dazu, daß ein stärkeres Gewicht auf eine psychologische Fundierung musiktherapeutischer Verfahren gelegt wurde. Die auch im Bereich der Medizin und des Gesundheitswesens vermehrt gestellte Frage nach der Wirkungsweise, der Effizienz und den Erfolgen musiktherapeutischer Maßnahmen machte eine erweiterte theoretische Fundierung notwendig, die bis dahin nicht – oder nur unzureichend – vorlag. Dies führte

zur Adaption oder Weiterentwicklung bestehender psychologischer Konzepte und Theorien vor allem auf den Gebieten der tiefenpsychologisch-analytischen Verfahren (M. Priestley 1980, G. Loos 1986, D. Niedecken 1988), aber auch in den Bereichen der Gestaltpsychologie (I. Frohne 1990) und der morphologischen Psychologie (R. Tüpker 1988, 1996, B. Irle/I. Müller). Der Terminus Musiktherapie wird derzeit noch auf eine fast unüberschaubare Vielfalt unterschiedlichster praktischer und theoretischer Konzepte angewandt bis hin zu mystifizierenden Ansätzen auf der einen und eher marktorientierten Angeboten auf der anderen Seite („musikalische Hausapotheke"). Er soll hier eingegrenzt werden auf ein psychotherapeutisches Verfahren, dessen Verständnis auf einem kulturellen Bedingungszusammenhang gründet, an bestehende psychologische Erklärungsmodelle anknüpft und diese um den therapeutischen Umgang mit musikalischem Material und einer musikalisch gestalteten Beziehung erweitert. Am Rande erwähnt werden im Überblick auch diejenigen Ansätze, die eher im pädagogischen als im klinischen Bereich anzusiedeln sind.

Wenngleich die eher alltagspsychologische Bestimmung von Musik als 'Sprache der Gefühle' wissenschaftlich unbefriedigend ist, enthält diese Definition die Einsicht, daß alle musikalischen Formenbildungen als Mittel menschlicher Kommunikation verstanden werden können. Die inter- und intrakulturell unterschiedlichen Formenbildungen unterliegen dabei historischen Entwicklungen, in denen sich exemplarisch zentrale Modalitäten des Daseins widerspiegeln, die sich von interpersonellen über soziale, religiöse, politisch-ökonomische bis hin zu kosmologischen Empfindungs-, Erfahrungs- und Vorstellungswelten erstrecken können.

Vor diesem Hintergrund verstehen wir Musik als kulturgebundenes Medium des Austauschs, das 'über Sprache hinaus' einen Zugang zu all den menschlichen Lebens- und Daseinsbereichen und damit auch zu Erkrankungen und Störungen eröffnen kann, die als 'exkommunizierte' Persönlichkeitsanteile zu psychischen und somatischen Leiden führen können.

Musiktherapie als Psychotherapie

Im psychotherapeutischen Setting wird Musiktherapie als Einzel- oder Gruppentherapie angeboten. Die Behandlungstechniken werden hier in der Regel so modifiziert, daß sie den jeweiligen PatientInnen (z.B. Kinder- oder Erwachsenentherapie) je nach Art der Erkrankung oder Störung methodisch angepaßt werden. Dies gilt zum Beispiel auch in der psychodynamisch orientierten Arbeit mit behinderten Kindern und Jugendlichen, die eine andere therapeutische Flexibilität voraussetzt als die Arbeit mit neurotisch oder psychosomatisch erkrankten Erwachsenen oder die Behandlung psychotisch Erkrankter.

Dabei ist als gemeinsamer Nenner – unabhängig von der jeweiligen theoretischen psychologischen Orientierung – die gemeinsame musikalische Improvisation meist das wesentliche therapeutische Mittel. In der instrumentalen oder stimmlichen Improvisation geht es in der Regel um das In-Beziehung-Setzen aktuellen oder psychogenetisch bedeutsamen Materials in der jeweiligen Gruppen- oder Einzelsituation mit musikalischen Mitteln. Während die zur Verfügung gestellten Instrumente so ausgewählt sind, daß den PatientInnen ein Spielen ohne jede musikalische Vorerfahrung und ohne Übeprozesse im engeren Sinne möglich ist, bedarf das Zusammenspiel auf Seiten des Therapeuten einer gründlichen musikalischen Ausbildung, um das Zum-Ausdruck-Kommen relevanten Materials zu unterstützen. Die Improvisationen werden auf Tonband aufgezeichnet, um sie

zum Wiederanhören mit dem Patienten und zur methodischen (und ggf. zur wissenschaftlichen) Bearbeitung verfügbar zu haben.

Je nach Sprach- und Intellektualisierungsfähigkeit der PatientInnen folgt die psychotherapeutisch orientierte Musiktherapie hier dem Ansatz, durch einen Wechsel zwischen Sprechen – Spielen – Über das Gespielte sprechen – Wiederanhören des Gespielten – Sprechen – erneut Spielen etc. die Bewußtmachungs- und Symbolisierungsfähigkeit seelischer Vorgänge dahingehend zu verändern, daß mit Hilfe einer korrigierenden therapeutischen Erfahrung und Beziehung neue Entwicklungsmöglichkeiten entstehen. Der methodische Umgang mit den Gesprächsanteilen der psychotherapeutischen Musiktherapie ist dabei im Wesentlichen an den jeweils vertretenen Konzepten orientiert.

In den neueren Behandlungskonzepten wird davon ausgegangen, daß nicht nur die musikalisch improvisierten Teile als 'Werk' oder 'Szene' verstanden werden können, sondern daß der gesamte Behandlungsprozeß ein gemeinsames Werk der jeweils Beteiligten ist, die zwar unterschiedliche Rollen innehaben, die aber deshalb nicht notwendig auch hierarchische oder abhängige Strukturen voraussetzen oder zur Folge haben.

Diese Kennzeichnungen sind für die musiktherapeutische Praxis insofern besonders wichtig, als daß sich durch das Spezifikum der gemeinsamen Improvisation eine besondere Beziehungsgestalt ergibt, die sich vor allem von sprachlichen Kommunikationsformen in vielerlei Hinsicht unterscheidet: durch die unmittelbare wechselseitige Beeinflussung in der musikalischen Kommunikation, den zeitweiligen Verzicht auf jede Möglichkeit der Metakommunikation, das In-Beziehung-Treten als einer Handlung, in der eine Trennung zwischen Mitteilung und Affektausdruck insofern nicht möglich ist, als daß das Gespielte zunächst immer auch das Gemeinte ist, wenngleich dies nicht der aktuellen Repräsentanz im Bewußtsein entsprechen muß.

Gerade dies eröffnet den Zugang zu intrapsychischen Vorgängen, die mit sprachlichen Mitteln nur erschwert erfaßt werden können. Es stellt jedoch auch besondere Anforderungen an die TherapeutInnen, da die Bereitschaft zur musikalisch-affektiven Resonanz und die Fähigkeit, sich den Bedürfnissen der PatientInnen auszusetzen, wesentliche Voraussetzung für die therapeutische Wirksamkeit dieser besonderen Beziehungsgestalt sind.

Fallbeispiel

Ein zwangsneurotischer Patient, Ende 50, kommt zu einer Wiederholungsheilbehandlung in eine psychotherapeutische Kurklinik. Der vorangegangene Aufenthalt vor nur gut einem Jahr, in dem der Patient mit Gesprächspsychotherapie behandelt worden war, hatte zwar zunächst zu einer vorübergehenden Besserung der bestehenden Erschöpfungssymptomatik geführt, unter der erneuten beruflichen Belastung kehrte die alte Symptomatik aber verstärkt zurück und wirkte zunehmend auch in den privaten Lebensbereich hinein. Der Patient wurde zur musiktherapeutischen Einzeltherapie überwiesen, da in der vorangegangenen Behandlung deutlich geworden war, daß der Patient im Gesprächskontakt über das Klagen über die äußeren Belastungen hinaus keine Einfälle produzieren konnte, es im Grunde zu keiner Introspektion und Einsicht in die innere Dynamik gekommen war, was die erneute Behandlungsbedürftigkeit zur Folge hatte.

In der gemeinsamen musikalischen Improvisation in der Musiktherapie stellt sich spontan folgende Konstellation ein: der Patient fühlt sich zunächst beim Improvisieren sehr unter Leistungsdruck und gerät

damit einerseits in eine der Berufssituation parallele Affektivität, fühlt sich nach dem Spiel angestrengt und erschöpft. Zugleich ist die Musik von ihrer Struktur her und in der Art seines Spiels eher von Kraft, Ausdauer und Weite geprägt. Sie hatte etwas schwelgend Fließendes, er breitete sich in ihr aus und steht insgesamt in einem starken Kontrast zur Gesprächssituation, die trotz seines großen Bemühens um Höflichkeit, Korrektheit und 'guter Mitarbeit', sehr stockend, zäh und mühsam ist. Es ist deutlich, daß – ihm zunächst unbewußt bleibend – in der musikalischen Formenbildung das Verleugnete, Verbotene und Gewünschte zum Ausdruck kommt, während die Gesprächssituation recht typische Züge einer zwanghaften Abwehrkonstellation zeigt und der Patient darin insgesamt sehr leidend, unfroh und gequält wirkt.

Die Musik und die spontan sich einstellende andersartige Verfassung beim Spielen produziert dann erste Einfälle und es kommt erstmals konkretes psychogenetisches Material zutage, durch dessen Deutung dem Patienten dann erste psychodynamische Zusammenhänge erlebbar werden. Das stürmisch Wilde und Aufbrausende, dessen Andrängen er innerlich immer mit derselben Härte und übermäßigen Strenge begegnet war, die er als Kind in unterschiedlicher Form von beiden Eltern erlebt hatte, erfährt im Erleben innerhalb der musikalischen Beziehung unausgesprochen eine empathische Unterstützung, die zunächst dazu führt, daß er mit zunehmender Lust und geringerer Anstrengung spielt. Die konkret erlebte Tatsache, daß die Therapeutin die im Spiel zum Ausdruck kommende Lebendigkeit wie auch die aggressiven Tendenzen unbeschadet übersteht, vermindert die Angst, die sich aus dem phantasiertem Übermaß ihrer zerstörerischen Wirkung speiste. Dadurch werden – zunächst unter starker Scham – sowohl weitere Kindheitserinnerungen als auch aktuelle aggressive Phantasien erzählbar, welche im Aussprechen für den Patienten an innerer Bedrohlichkeit verlieren, was insgesamt eine 'Milderung' der Abwehrmaßnahmen zur Folge hat. Die kontrastierenden Formenbildungen von Musik und Sprache beginnen sich einander anzunähern, was sich einerseits psychodynamisch in der partiellen Aufhebung der Verleugnung, einer fließenderen Gesprächssituation und der stärkeren Bewußtseinsnähe des musikalischen Ausdrucks zeigt, andererseits aber auch in einer sichtbaren Entspannung des körperlichen Tonus' und einer Verminderung des Ausdrucks von Gequältheit.

Bei einer eher zufälligen Begegnung nach drei Jahren (der Patient verbrachte gemeinsam mit seiner Frau seinen Urlaub am ehemaligen Kurort) berichtete der Patient, daß es ihm weiterhin gut gehe, wobei sicherlich zu berücksichtigen ist, daß er sich den beruflichen Anforderungen durch die Inanspruchnahme der Möglichkeit einer frühzeitigen Berentung entzogen hatte. Er wirkte wesentlich lebendiger und in seinen Erzählungen wurde deutlich, daß er zumindest unter den veränderten Bedingungen ein seelisches Gleichgewicht erreicht hatte, welches sich ihm in wiedergefundener Lebensfreude, einer Zufriedenheit in der Familiensituation und dem Verwirklichen-Können von Interessen darstellte.

Methoden und musiktherapeutische Verfahren

Der derzeitige Stand der Differenzierung und Unterschiedlichkeit musiktherapeutischer Methoden und Verfahren läßt es bislang nicht zu, den Begriff 'Musiktherapie' auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen. Die getroffene Bestimmung von Musik als Mittel der menschlichen Kommunikation prägt aber weitgehend auch ansonsten unterschiedliche Konzepte, während die Anwendung von Musik nach Art eines direkt den Organismus beeinflussenden 'Medikamentes' von den meisten MusiktherapeutInnen abgelehnt wird und eher eine Randstellung einnimmt.

Der Versuch, hier einen Überblick über die derzeit praktizierten Formen von Musiktherapie zu geben, kann daher nicht ohne eine Diskussion der Frage nach den leitenden Kategorisierungen erfolgen. Die zunächst übliche Unterscheidung zwischen 'aktiver' und 'rezeptiver' Musiktherapie erwies sich im Zuge der methodischen Fundierung als zu oberflächlich, da beide Möglichkeiten häufiger je nach Klientel, Behandlungsauftrag

und auch innerhalb einer Behandlung selbst miteinander verknüpft werden. Abgrenzen lassen sich eher die inzwischen ausgearbeiteten theoretischen Fundierungen, die nicht nur das Vorgehen, sondern vor allem auch Zielsetzung, therapeutische Haltung und Verstehen der in Gang zu setzenden Prozesse unterschiedlich konzeptualisieren. Dabei kann als übergeordneter Gesichtspunkt zwischen psychotherapeutisch und damit beziehungs- und prozeßorientierten Richtungen und denjenigen Strömungen unterschieden werden, die eher einen übenden Charakter haben und in der Beziehungsgestaltung eher leitungszentriert sind. In diesem Sinne lassen sich an ausgearbeiteteren Formen unterscheiden:

Tabelle 1: Formen der Musiktherapie

Psychotherapeutische und prozeßorientierte Formen:

- Psychoanalytisch orientierte Musiktherapie
- Morphologische Musiktherapie
- Integrative Musiktherapie (Gestalt)
- Mischformen

Leitungs- und/oder übungszentrierte Formen

- Anthroposophische Musiktherapie
- Orff-Musiktherapie
- Schöpferische Musiktherapie (Nordoff-Robbins)
- Verhaltenstherapeutisch orientierte Musiktherapie
- Regulative Musiktherapie
- Musiktherapie in Form von Sing- und Spielgruppen

Die **psychotherapeutisch orientierten Formen** lassen sich auch als Modifikationen und Erweiterungen der jeweils zugrunde liegenden allgemeinen therapeutischen Konzepte verstehen, wenn auch die Ausbildungswege der MusiktherapeutInnen durch die notwendige Fundierung in einer gründlichen musikalischen Schulung anders sind. So orientieren sich z.B. die psychoanalytische und morphologische Musiktherapie an den Grundkonzepten des therapeutischen Umgangs mit dem Unbewußten, mit Übertragungs- und Gegenübertragungs-phänomenen, dem Widerstand und den in der Psychoanalyse entwickelten Grundregeln des therapeutischen Settings. Sie beziehen sich in ihrer Konzeptualisierung auf die psychoanalytische Theorie und Krankheitslehre bzw. auf die entsprechenden Erweiterungen der psychologischen Morphologie, die vor allem die psychologische Analyse der musikalischen Prozesse erleichtert und Methoden entwickelt hat, die musikalische Formenbildung mit den Strukturen psychischer Erkrankungen in Beziehung zu setzen.

Entsprechend basiert die Integrative Musiktherapie auf den Konzepten der Gestalttherapie und ist dieser auch im Setting und den dort entwickelten besonderen Techniken vergleichbar. Im Zusammenhang anderer humanistisch orientierter Grundkonzepte wie

auch den kommunikationstheoretisch ausgerichteten Therapieformen (Systemische Richtungen) werden erste Versuche einer musiktherapeutischen Erweiterung der Behandlungsangebote erprobt. Gemeinsam ist all diesen Formen, daß die Musik, die meistens in Form der musikalischen Improvisation zwischen Patient und Therapeut entsteht, immer im Austausch mit dem Gespräch steht, welches sich in bezug auf Inhalt sowie Gesprächsformen und -regeln an der jeweils zugrunde liegenden Psychotherapieform ausrichtet.

Auch die eher **übungszentrierten Ansätze** orientieren sich zum Teil an bestehenden Grundkonzepten, wie etwa die anthroposophische und verhaltenstherapeutisch orientierte Musiktherapie, wobei letztere im deutschen Sprachraum eher selten angewandt wird, während sie in den USA stärker verbreitet ist. Die Musiktherapie nach Schwabe ist im Zusammenhang der gesellschaftlichen Situation in der ehemaligen DDR entstanden und kennt neben der bekannteren Form der Regulativen Musiktherapie, die an das autogene Training anknüpft, auch aktive Formen, die hauptsächlich in Gruppen angewandt wurden. Beide Formen waren in das Gesamtkonzept der psychotherapeutischen Versorgung in der DDR integriert. Eine Besonderheit stellt die Schöpferische Musiktherapie dar, da sie einerseits im anthroposophischen Menschenbild und Krankheitsverständnis fundiert ist, sich andererseits nicht an den konkreten Hinweisen Rudolf Steiners zur Musik orientiert, sondern eine eigenständige, stark künstlerisch geprägte, Behandlungsform entwickelt hat, die – im Unterschied zu den psychotherapeutisch orientierten Formen – auf den verbalen Austausch mit dem Patienten weitgehend verzichtet.

Die Musiktherapie in Form von Sing- und Spielgruppen findet hier Erwähnung, weil sie im Zusammenhang spezieller Klientel zum Teil auch in klinischen Zusammenhängen angewandt wird. Sie markiert zugleich einen Übergangsbereich zu den nicht-klinischen Formen von Musiktherapie, wie sie in vielen unterschiedlichen Bereichen der Heil- und Sonder- und Sozialpädagogik angewandt wird.

Praxisfelder

Die Vielfalt musiktherapeutischer Methoden ergibt sich einerseits aus den sehr unterschiedlichen Arbeitsbereichen, in denen MusiktherapeutInnen tätig sind. Historisch begann die Entwicklung der einzelnen Methoden in enger Anbindung an die jeweiligen Arbeitsfelder. So entwickelten z.B. Nordoff und Robbins ihre Verfahren in der Arbeit mit geistig behinderten, sinnesgeschädigten und autistischen Kindern, während z.B. die psychoanalytische und morphologische Musiktherapie in ihrer Konzeptualisierung durch die Auseinandersetzung mit neurotischen, psychosomatischen und psychotischen PatientInnen geprägt wurde. Dadurch entstand zunächst der Eindruck, daß die verschiedenen anzuwendenden Verfahren sich allein in der Besonderheit des Arbeitsgebietes begründeten, als sei z.B. ein psychotherapeutisches Vorgehen in der Arbeit mit Neurotiker, ein übendes mit geistig behinderten Kindern selbstverständlich.

Mit der zunehmenden theoretischen Fundierung differenzierte sich aber dieses Bild, so daß heute eine Parallelsetzung von Methoden und Arbeitsgebieten nicht mehr möglich ist, sondern erkennbar wird, daß die leitenden Kategorien der jeweiligen Richtungen auch in gleichen Arbeitsfeldern Unterschiede im Vorgehen und im Verständnis der Arbeit hervorbringen. Dies ist z.B. in der Arbeit mit Kindern deutlich: in der Ausprägung etwa nach G. Orff, J. Alvin und Nordoff/Robbins wird die Musik eher übend zur Kompensation von festgestellten Mängeln oder Fehlentwicklungen eingesetzt. Im aktiven

improvisatorischen Musizieren mit einem einzelnen Kind oder einer kleinen Gruppe entwickelt der Therapeut individuelle Ziele dessen, was das Kind lernen oder erfahren soll und richtet die Planung und Durchführung der Therapiestunden nach diesen Zielen aus. Im selben Arbeitsfeld gehen die psychotherapeutisch orientierten MusiktherapeutInnen von der Frage des Verstehens des kindlichen Verhaltens in der Musik und im Spiel aus. Sie lassen sich musikalisch und im sonstigen Handeln und Sprechen stärker von dem leiten, was das Kind von sich aus zu entwickeln beginnt, versuchen darüber und vor allem über die Art, wie das Kind die Beziehung zum Therapeuten musikalisch und außermusikalisch gestaltet, das Erleben, die Konflikte und Nöte des Kindes zu verstehen und ihre Interventionen, die sprachlich, musikalisch oder im Spiel stattfinden können, auf das Sich-Zeigende auszurichten (vgl. B. Irle, I. Müller 1996)

Eine vergleichbare Unterscheidung läßt sich auch in der Arbeit mit geistig behinderten Kindern und Erwachsenen aufzeigen, in der zunächst die übenden Verfahren vorherrschten. Da gerade die Musiktherapie auch in der Lage ist, eine psychotherapeutische Beziehung ohne Worte zu etablieren, wurden inzwischen musiktherapeutische Methoden entwickelt, die es ermöglichen auch mit PatientInnen, denen Sprache nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung steht, psychische Konfliktsituationen und Nöte zu bearbeiten. Hier wird gerade durch den Einsatz von psychotherapeutisch orientierten MusiktherapeutInnen die lange verleugnete Tatsache deutlich, daß geistig Behinderte – jenseits der Frage nach Ursache und Ausmaß biologisch bedingter Einschränkungen – oft zusätzlich an psychischen Störungen leiden, die sich mit angemessenen psychotherapeutischen Methoden behandeln lassen.

An diesem letzten Beispiel wird zugleich erkennbar, daß sich die Ziele der verschiedenen musiktherapeutischen Ansätze ergänzen können und vom spezifischen Behandlungsauftrag abhängig sind. So kommt es im Arbeitsbereich mit organisch Kranken oder in der Rehabilitation z.B. nach Schädel-Hirn-Traumen sowohl zum übenden Einsatz musiktherapeutischer Verfahren, Musiktherapie kann aber ebenso auf die Verarbeitung der psychischen Traumatisierung durch eine Erkrankung und deren bessere Verarbeitung und Integration ausgerichtet sein.

Im Überblick lassen sich derzeit folgende Tätigkeitsbereiche von MusiktherapeutInnen als Schwerpunkte herausheben: die meist psychotherapeutische Arbeit in allen Bereichen psychiatrischer Kliniken, die (nur teilweise klinischen) Arbeit mit geistig behinderten Menschen, Behandlungen in der verschiedenen Bereichen der Psychotherapie bei neurotischen, narzißtischen, psychosomatischen und funktionellen Störungen einschließlich Magersucht und Suchterkrankungen, sowie die psychische Begleitung bei schweren organischen Erkrankungen (meist im Rahmen langfristiger stationärer Behandlungen oder in der Rehabilitation). Eine Sonderstellung nimmt die Arbeit mit alten Menschen ein, die zum Teil klinischen Charakter hat (etwa in der Gerontopsychiatrie), zum Teil eher auf allgemeine soziale Aufgaben ausgerichtet ist (z. B. in Altenheimen). Daneben werden meist im Rahmen von Forschungsprojekten immer wieder spezielle Arbeitsfelder erprobt, wie z.B. die sehr erfolgreiche Arbeit mit komatösen PatientInnen (D. Gustorff 1992), deren Fortführung aber meist auf Grund fehlender Planstellen nicht möglich ist.

Indikationsstellung

Sowohl aus den unterschiedlichen Praxisbereichen als auch von den verschiedenen methodischen Ansätze her ergibt sich, daß es für Musiktherapie keine einheitliche

Indikationsstellung im streng medizinischen Sinne gibt. So finden sich in der musiktherapeutischen Literatur neben kritischen Auseinandersetzungen bezüglich der Übertragbarkeit des medizinischen Indikationsbegriffes auf kunsttherapeutische Zusammenhänge (M. Kühn 1991, R. Tüpker 1993) Angaben zur Indikation hauptsächlich auf bestimmte Arbeitsfelder bezogen Dabei ist deutlich, daß sich in der konkreten Praxis eine sinnvolle Indikationsstellung nur dann bewerkstelligen läßt, wenn die Zuweisung zur Musiktherapie sich als Vermittlungsprozeß zwischen ÄrztInnen (und den jeweils anderen Behandelnden einer Institution), PatientInnen und MusiktherapeutInnen vollzieht.

Allgemein kann Musiktherapie immer dann sinnvoll angewandt werden, wenn eine psychische Konflikt- oder Mangelsituation der Erkrankung zugrunde liegt oder davon auszugehen ist, daß psychische Faktoren den Verlauf der Erkrankung bzw. Genesung mit beeinflussen können. Ihr Indikationsbereich überschneidet sich daher zum Teil mit anderen Psychotherapieformen. Er geht über diesen Bereich hinaus, wenn die verbale Kommunikation von PatientInnen derzeit (aufgrund der akuten Krankheitssituation) oder generell (aufgrund allgemeiner Einschränkungen) nicht oder nur eingeschränkt zur Verfügung steht oder keinen förderlichen Beitrag zur Krankheitsbewältigung ermöglicht. Auch hier gibt es aber Überschneidungen etwa mit bestimmten Formen der Körper-, Bewegungs- und Kunsttherapien.

Die spezifischere Eignung des Verfahrens kann nur nach einer (notfalls mehreren) probatorischen Sitzung(en) festgestellt werden, in der der Musiktherapeut überprüft, ob die ihm zur Verfügung stehende Methodik für den jeweiligen Patienten geeignet ist und ob zwischen ihm und dem Patienten ein Mindestmaß an Behandlungsbündnis herzustellen ist. Für die morphologische Musiktherapie liegt hier ein musiktherapiespezifisches Einschätzungsverfahren vor (R. Tüpker 1988). Die Notwendigkeit eines Erstkontaktes zur Einschätzung gilt auch für die Zusammenstellung von Gruppen. Diese auf das Individuum ausgerichtete Einschätzung ergibt sich auch aus der Tatsache, daß für die Behandlung nicht nur pathologische Kriterien von Bedeutung sind, sondern auch die sich erst im Setting selbst zeigenden individuellen Ressourcen. Allgemein besteht allerdings Einigkeit darüber, daß der nach Selbst- oder Fremdeinschätzung vorliegende Grad der 'Musikalität' bei der Indikation zur Musiktherapie keinerlei Rolle spielt. Die spezifischere Indikation ist nicht zu trennen von der methodischen Ausrichtung des Musiktherapeuten und von dem sonstigen Behandlungsangebot einer Institution, so z.B. der Frage, ob alternativ andere auf die seelische Befindlichkeit ausgerichtete Methoden zur Verfügung stehen.

Anzumerken ist hier, daß – wenn der erwähnte Vermittlungsprozeß innerhalb einer Institution nicht gelingt – aus musiktherapeutischer Sicht insofern viele Klischees bei der Zuweisung zur Musiktherapie eine Rolle spielen, als mit Musik oft nur die Beeinflussung von Stimmungen und Gefühlen verbunden wird. Dadurch werden an die MusiktherapeutInnen häufig Aufgaben delegiert, die an anderer Stelle vernachlässigt werden bzw. wird oft auch das 'schlechte Gewissen' von Institutionen dadurch zu beruhigen gesucht, daß es ja noch sogenannte spielerische und kreative Freiräume und Angebote gibt. Dies fördert jedoch nicht die Durchsetzung und Anerkennung von Musiktherapie als einem psychotherapeutischen Verfahren, das als sprachübergreifend-interaktionelle Methode einen wichtigen Beitrag zur Versorgung psychisch oder körperlich erkrankter Menschen bieten kann.

Forschungsbedarf

Bisher liegen nur wenige standardisierte Untersuchungen zur Musiktherapie vor, es überwiegen Einzelfallstudien, Darstellungen bestimmter Methoden sowie Auseinandersetzungen mit einzelnen methodischen und praxeologischen Fragestellungen. Obwohl sich die Akzeptanz der Wirksamkeit musiktherapeutischer Verfahren in den letzten Jahren allmählich gesteigert hat, läßt sich die Frage danach, wie Musiktherapie im Besonderen wirkt, nach jetzigem Kenntnisstand nur anhand der oben dargestellten theoretischen Konzepte beschreiben, da ein befriedigendes Forschungsdesign der vielfältigen Fragen bislang nicht vorliegt. Hinsichtlich der notwendigen Absicherung der Musiktherapie im Sinne des Patientenschutzes ist allerdings zu berücksichtigen, daß die meisten musiktherapeutischen Methoden sich in den Grundlagen und Grundregeln auf andere etabliertere Psychotherapieformen beziehen.

Die zur Zeit in der wissenschaftlichen Diskussion verbreitete Frage nach den jeweiligen spezifischen und unspezifischen Wirkfaktoren in einzelnen psychotherapeutischen Verfahren als Versuch einer Effizienzbestimmung erschwert die Auseinandersetzung um ein u.E. wichtiges Problem, nämlich die gleichwertige Einbeziehung von Kunst (Musik, Tanz, Malen, Gestalten) in therapeutische Prozesse, die bislang entweder sprachdominiert oder durch medizinische (pharmakologische) Eingriffe bestimmt waren. Da sich in der Kunst anders als in den Wissenschaften immer auch wesentlich Anteile des Affektlebens einer Kultur sowie unbewußt gewordenes und verdrängtes Leben widerspiegeln, kann die Frage nach der Wirksamkeit künstlerischer Therapien vermutlich nicht in dem engen Rahmen der Suche nach Wirkfaktoren befriedigend beantwortet werden.

Die Forschungssituation ist dadurch erschwert, daß einerseits die üblichen Arbeitssituationen von MusiktherapeutInnen ein klares Forschungsdesign meist ausschließen, bzw. nur Einzelfallstudien erlauben. Andererseits hat sich gezeigt, daß die Erforschung außerhalb konkreter Behandlungssituationen (z.B. Wirkung von Musik auf vegetative Prozesse, Immunstatus etc.) zwar möglich ist, im Grunde aber kaum Rückschlüsse auf die Komplexität des Behandlungsgeschehens erlaubt. Es besteht daher ein hoher Bedarf an praxisrelevanter Forschung.

Ausbildungen, Kostenübernahme

Musiktherapie ist neben der Kunsttherapie derzeit in Deutschland die einzige Psychotherapieform, die über staatliche Ausbildungsgänge verfügt. Im staatlichen Ausbildungsbereich gibt es im deutschsprachigen Raum gegenwärtig zwei grundständige Fachhochschulstudiengänge, sowie vier Hochschulstudiengänge, die als Postgraduiertenstudiengänge auf unterschiedlichen Hochschul- bzw. Fachhochschulabschlüssen aufbauen. Die deutschen Studiengänge schließen mit einem berufsqualifizierenden Hochschul- bzw. Fachhochschuldiplom in Musiktherapie ab. Die für die psychotherapeutische Arbeit übliche Lehrtherapie ist teilweise in die Studiengänge integriert, teilweise muß sie ergänzend absolviert werden. Damit hängt auch zusammen, daß die Studiengänge trotz der staatlichen Einbindung nur teilweise kostenfrei sind.

Für die Ausbildung zum Musiktherapeuten, zur Musiktherapeutin ist ein hohes Maß an musikalischer Vorbildung erforderlich, bei den Postgraduierten-Studiengängen ist meist ein Hochschulabschluß in Musik Zulassungsvoraussetzung bzw. ein vergleichbarer in der Eignungsprüfung zu überprüfender Ausbildungsstand.

Für den nicht-klinischen Bereich ist zu erwähnen, daß verschiedene heil-, sonder- und sozialpädagogische Studiengänge Musiktherapie als ein besonderes Angebot im Rahmen der jeweiligen Abschlüsse als Ergänzung oder Zusatzqualifikation anbieten.

Daneben gibt es verschiedene private Aus- und Weiterbildungen, die teils als berufsqualifizierend, teilweise aber auch als methodenqualifizierende berufliche Weiterbildung einzustufen sind.

Musiktherapie findet derzeit hauptsächlich im Rahmen stationärer Behandlungen oder anderer Institutionen des Gesundheitswesens statt und wird dort über die Tagessätze abgerechnet. Wie weit hier eine Verschlechterung durch die Gesundheitsreform und im Zuge neuer Abrechnungsmodalitäten zu befürchten ist, läßt sich allgemein derzeit schwer einschätzen. Allerdings zeichnen sich erste Problemstellungen im Bereich der Arbeit mit geistig Behinderten und langzeitig psychisch Kranken ab, da im Zuge der ansonsten positiv einzuschätzenden Enthospitalisierung die zuvor über allgemeine Kostenregelungen gesicherten Therapieansprüche dieses Personenkreises nicht genügend berücksichtigt wurden und nun gänzlich zu entfallen drohen.

Für den ambulanten Bereich gibt es bislang keine Regelung für eine Übernahme der Kosten von Musiktherapie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherungen. Musiktherapie kann daher nur auf besonderen Antrag im Einzelfall mit den Krankenkassen abgerechnet werden. Im Rahmen der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist aufgrund der größeren Verbreitung und Akzeptanz die Kostenregelung häufig unproblematischer als bei Erwachsenen.

LITERATUR

Alvin, J. 1965: Music for the Handicapped Child. 2. Aufl. (1976) Oxford University Press, Oxford

Alvin, J. 1966: Music Therapy. Dt. Ausg. (1983) Musiktherapie dtv/Bärenreiter, München/Kassel

Alvin, J. 1975: Music for the Autistic Child. Oxford University Press, Oxford

Evers, S. 1991: Musik und Magnetismus. Zur Geschichte der Mystik in der Musiktherapie. In.: Musiktherapeutische Umschau. Bd. 12: 31 -51, Bochinsky, Frankfurt a. M.

Florschütz T. M. 1996: Anthroposophische Musiktherapie. In: Lexikon Musiktherapie (Hrsg. Decker-Voigt, Knill, Weymann), Hogrefe Göttingen et. al. 5 - 24

Frohne, I. 1990: Musik und Gestalt. Klinische Musiktherapie als integrative Psychotherapie. Junfermann, Paderborn

Gustorff, D. 1992: Musiktherapie mit komatösen Patienten auf der Intensivstation. Diss. Witten-Herdecke

Irle, B., Müller, I. 1996: Raum zum Spielen – Raum zum Verstehen. Musiktherapie mit Kindern LIT, Münster

Harrer, H. (Hrsg.) 1975: Grundlagen der Musiktherapie und Musikpsychologie. 2. Aufl. 1982, G. Fischer, Stuttgart/New-York

Kühn, M. 1991: Indikationen für Musiktherapie – ein Legitimationsproblem? In: Musiktherapeutische Umschau 3/1991, Bochinsky, Frankfurt a. M. 213 - 233

Kümmel, W. F. 1977: Musik und Medizin. Ihre Wechselbeziehung in Theorie und Praxis von 800 - 1800, Freiburg/München

Loos, G. 1986: Spiel-Räume. Fischer/Bärenreiten, Stuttgart/Kassel

Niedecken, D. 1988: Einsätze. Material und Beziehungsfigur im musikalischen Produzieren. VSA, Hamburg

Nordoff, P. / Robbins, C. 1973: Therapy in Music for Handicapped Children. Littlehampton. Dt. Ausg. Musik als Therapie für behinderte Kinder. Klett-Cotta, Stuttgart 1975

Nordoff, P. / Robbins, C. 1978: Creative Music Therapy. New York. Dt. Ausg. Schöpferische Musiktherapie. G. Fischer/Bärenreiter, Stuttgart/Kassel 1975

Orff, G. 1974: Die Orff-Musiktherapie. Kindler, München

Priestley, M. 1975: Music Therapy in Action. London. Dt. Ausg. Musiktherapeutische Erfahrungen. Fischer/Bärenreiter, Stuttgart/Kassel 1982

Priestley, M. 1980: The Herdecke Analytical Music Therapy Lectures. London. Dt. Ausg. Analytische Musiktherapie, Klett-Cotta, 1983

Schwabe, C. 1979: Regulative Musiktherapie. VEB Fischer, Jena

Schwabe, C. 1983: Aktive Gruppenmusiktherapie. G. Fischer, Stuttgart/New York

Tüpker, R. 1988: Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie. 2. überarb. u. erw. Auflage 1996, LIT , Münster

Tüpker R. 1993: Der Behandlungsauftrag der Musiktherapie: In: Wirklichkeit als Ereignis. Bouvier, Bonn, S. 297 -307

Tüpker, R. (Hrsg.) 1996: Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis und Forschung. LIT, Münster

Leiden-Können[2]
Methodisch-Werden[3]
Anders-Werden[4]
Bewerkstelligen[5]

Unter den jeweiligen Stichworten erschienen die vier Behandlungsschritte, wie sie als Forschungsmethodik zur Analyse von Behandlungen auch in Band 2, S.138ff dargestellt sind. Sie sind hier in der Reihenfolge ihrer Systematik wieder gegeben.

Leiden-Können

Die Einheit ‚Leiden-Können und Nicht-Leiden-Können' ist der erste von vier Aspekten in der Systematik morphologischer Strukturierung und Analyse musiktherapeutischer Behandlungen (→ Methodisch-Werden, → Anders-Werden, → Bewerkstelligen).

Mit ihm ist ein notwendiger erster Schritt in der Behandlung gekennzeichnet, mit dem das Leiden des Patienten (der Patientin) psychologisch so zu erfassen gesucht wird, daß zwischen den Erwartungen und Wünschen an die Behandlung und den methodischen und persönlichen Möglichkeiten des/der MusiktherapeutIn eine Einigung über einen Behandlungsauftrag (oder ein Nicht-Zustandekommen der Behandlung) entsteht.

Das beinhaltet eine allgemeine und musiktherapiespezifische Diagnostik, geht aber – wenn es zu einer Behandlung kommt – zugleich über sie hinaus, indem dieser Schritt zugleich schon Teil der Behandlung ist und indem das als Leiden-Können gewonnene Bild sich erst im Verlauf der Behandlung in weiterführenden Versionen nach und nach entfaltet.

Leiden-Können beinhaltet zum einen eine bestimmte Sicht auf Krankheit und Gesundheit und eine bestimmtet Auffassung von der Art der musiktherapeutischen Behandlung: es geht darum, das geklagte Leid im Zusammenhang einer Lebensmethode zu verstehen, die ihr Können und Nicht-Können entwickelt hat, die notwendige „Drehungen" nicht leiden kann und dafür ‚lieber' anderes erleidet, die im Leiden-Können und Nicht-Leiden-Können die Wirklichkeit so in Geliebtes und Gehaßtes, in schön und häßlich, in gut und böse

---

[2] In: Decker-Voigt, H.-H. (Hg): Lexikon Musiktherapie, Hogrefe, Göttingen 1996, 194-197

[3] In: Decker-Voigt, H.-H. (Hg): Lexikon Musiktherapie, Hogrefe, Göttingen 1996, 217-220

[4] In: Decker-Voigt, H.-H. (Hg): Lexikon Musiktherapie, Hogrefe, Göttingen 1996, 13-15

[5] In: Decker-Voigt, H.-H. (Hg): Lexikon Musiktherapie, Hogrefe, Göttingen 1996, 65-67

eingeteilt hat, daß Sinnzusammenhänge zerrissen und Not-wendiges nicht mehr zur Verfügung steht. Im Versuch Leiden einzuschränken, sich auf bestimmte Erfahrungen und Entwicklungen nicht einzulassen, kann ein unerträgliches Leid entstanden sein, welches nun zur Behandlung führt.

Wenn dies sich bei Behandlungsaufnahme z.B. in einer unerträglichen Schmerzsymptomatik oder einer unerträglichen Ehesituation ausdrückt, so geht es darum, dies als eine sinnvolle seelische → Formenbildung zu verstehen, als eine ‚Lösung' im Zusammenhang einer unbewußten psycho-logischen Konfliktsituation. Leiden-Können als Behandlungsauftrag bedeutet insofern immer eine ‚Einigung in Differenz', da wir das spürbare Leid der Patientin auch im empathischen Sinne ‚verstehen' müssen und unsere Einschätzung zugleich von der der Patientin abweicht (Tüpker, 1993). Auch im Zusammenhang der Arbeitsbereiche mit geistig Behinderten, bei sogenannten ‚Verhaltensstörungen', in der Arbeit mit körperlich schwer Erkrankten oder traumatisierten Menschen ist die Blickrichtung auf die *seelische* Formenbildung ausgerichtet, ohne daß damit eine Negierung körperlicher oder sozialer Gegebenheiten oder die Realität von außen kommender Schädigungen gemeint ist. Vielmehr beinhaltet diese Blickrichtung die Möglichkeiten musiktherapeutischer Behandlung, die nach dieser Auffassung ausschließlich im seelischen Bereich liegt.

Die Suche nach der zugrundeliegenden seelischen Formenbildung geschieht in der → Morphologischen Musiktherapie zumeist von Beginn an auch mit Hilfe der gemeinsamen musikalischen → Improvisation zwischen PatientIn und TherapeutIn, in der sich Strukturen offenbaren, die uns wesentliche Hinweise auf die Lebensmethode geben können und die zugleich ein Medium der Behandlung selbst sind. Behandlung von Kunst aus zu entwerfen kann nur gelingen, wenn die anzuwendenden künstlerischen Medien auch in ihren psychästhetischen Erkenntnismöglichkeiten von Anfang an im Sinne einer erweiterten Diagnostik mitgedacht werden. Deshalb reicht eine Indikation von außen, die eine eigene ‚Gegenstandsbildung' (Salber, 1975) verhindert, nicht aus.

Die vier Aspekte des Leiden-Könnens, Methodisch-Werdens, Anders-Werdens und Bewerkstelligens insgesamt finden im Sinne einer Morphologie der Musiktherapie in einem doppelten Sinne ihre Anwendung: auf der ersten Ebene sollen sie helfen, die musiktherapeutische Behandlung in ihrem Verlauf von durchgängigen Prinzipien her zu strukturieren, die beweglich genug sind, der Unterschiedlichkeit musiktherapeutischer Arbeitsbereiche und der Individualität jedes einzelnen Falles gerecht zu werden und konsequent genug, einer durchgängig psychologischen Methodik zu folgen. Als solche implizieren sie zunächst kein spezielles musiktherapeutisches Verfahren sondern sollen vielmehr helfen, dieses in Angemessenheit zum Arbeitsbereich und zum jeweiligen Fall zu entwickeln. In einer solchen Strukturierung der Behandlung sind sie auch als vier Behandlungs*schritte* zu verstehen, die zu vollziehen sind und zwar bezogen auf den gesamten Behandlungsverlauf, aber auch im Sinne einer Binnenregulierung des Gesamtprozesses in ‚kleinen Schritten'.

Entsprechendes gilt für die zweite Ebene ihrer Anwendbarkeit: die der wissenschaftlichen Analyse musiktherapeutischer Behandlungen im Sinne von Einzelfallstudien oder fallübergreifender Forschung. Hier stellen die vier Aspekte Fragen an den Prozeß (sowohl als Ganzes als auch in dem Zustandekommen in seinen Gliedzügen) und ermöglichen in ihrem Gesamt eine Einschätzung im Sinne der Frage nach der Wirksamkeit, dem ‚Erfolg' und den Grenzen musiktherapeutischer Behandlungen. Als → Forschungsmethodik gehen sie im besonderen von den wissenschaftlichen Untersuchungen und der Methodenentwicklung der Morphologischen Psychologie aus und sind den qualitativen

Forschungsmethoden zuzuordnen, und damit anderen ‚verstehenden' psychologischen Paradigmen wesensnah.

Leiden-Können meint in der systematischen Analyse eines einzelnen Behandlungsverlaufes die Frage: Von welcher psychologischen Situation ging diese Behandlung aus, in welche Richtung war eine Veränderung zu Beginn gedacht und in welchen Versionen entwickelte sich dieses Bild im Verlauf der Behandlung? In der fallübergreifenden musiktherapeutischen Forschung gehören zu diesem Aspekt die Fragen nach der sinnvollen Anwendung musiktherapeutischer Behandlung, des Settings und der notwendigen (institutionellen) Rahmenbedingungen, unter denen sie eine Wirksamkeit entfalten kann und nach ihren Grenzen.

Im Sinne der Einschätzung dient der Aspekt des Leiden-Könnens als Bezugspunkt und Ausgangssituation, auf den die Wandlungen und Drehfiguren des Prozessen zu beziehen sind und von dem aus sich unter dem Aspekt des → Bewerkstelligens die (Aus-)Wirkungen der Behandlung zu erweisen haben. Dabei steht für Behandlungen, in denen eine ‚freie' Improvisation zwischen PatientIn und TherapeutIn möglich ist, ein spezielles musiktherapeutisches Verfahren zur Verfügung, das der → ‚Beschreibung und Rekonstruktion', durch welches ein erstes Gesamtbild bezüglich der individuellen ‚Konstruktion' einer Lebensmethode gewonnen werden kann. Dieses Verfahren kann auch im weiteren Behandlungsverlauf mit unterschiedlichen Fragestellungen zur Anwendung kommen, bei denen insbesondere die Entwicklung in der musikalischen Formenbildung von Bedeutung ist. Modifikationen dieses Verfahrens zur Analyse musiktherapeutischen Behandlungen, in denen solche Improvisationen nicht möglich oder nicht wesentliches Behandlungsmedium sind, befinden sich derzeit in Entwicklung.

Methodisch-Werden

Methodisch-Werden ist der zweite von vier Aspekten in der Systematik morphologischer Strukturierung und Analyse musiktherapeutischer Behandlungen (→ Leiden-Können, → Anders-Werden, → Bewerkstelligen).

Mit dem Aspekt des Methodisch-Werdens ist in der morphologischen Sicht auf Behandlungsprozesse ein Doppeltes und ein Dreifaches gemeint. Zum einen geht es hier sowohl um die grundsätzlichen musiktherapeutischen Methoden als auch um die jeweils fallspezifisch-individuellen Varianten und Modifikationen. Zum anderen soll unser Blick auch darauf gelenkt werden, daß auch die PatientInnen in ihrem Umgang mit der Musik, mit uns, mit der gesamten therapeutischen Situation, einer Methodik folgen. Und drittens gehen wir davon aus, daß der Behandlungsprozeß erst dadurch in Gang kommt, daß das Methodisch-Werden beider am Prozeß Beteiligter ineinandergreift. Und es gehört wiederum zur therapeutischen Methodik, dieses Ineinandergreifen zu fördern, zu beobachten und in jedem einzelnen Fall so zu gestalten, daß sich einerseits das → Leiden-Können und Nicht-Leiden-Können des Patienten in der Binnenregulierung seiner Gliedzüge zeigt und andererseits in Richtung auf ein → Anders-Werden wandelt.

Die seelischen Grundstrukturen des Leiden-Könnens werden im Methodisch-Werden zugleich ausgebreitet und modifizierend bearbeitet. Was im ersten Schritt als ‚Konstruktion eines Falles', als Lebensmethode zu rekonstruieren versucht wurde, entfaltet sich im Laufe der Therapie in der besonderen Art, wie der/die PatientIn das angebotene therapeutische Setting aufgreift: im Erzählen und Verschweigen, in der musikalischen Gestaltung, im

Gebrauch der Übergänge zwischen Musik und Sprache, im Aufgreifen der angebotenen therapeutischen Möglichkeiten ebenso wie in den Formen des Widerstandes.

Zum Methodisch-Werden gehört auch die modifizierende Bearbeitung, durch die die Patientin ihr ‚Leiden' in seinen bedingenden und hergestellten Aspekten erfährt und es damit als veränderbar erleben kann. Auf seiten der Therapeutin gehört dementsprechend zum Methodisch-Werden neben dem Zuhören, Verstehen und Mitspielen auch das Deuten und/oder andere sprachliche und musikalische Interventionen, die diesen Prozeß fördern, wie z.B. das kommentierende Singen, intervenierende Formen des musikalischen Mitspielens, deutende Spielinterventionen in der Kindertherapie, etc. .

Methodisch-Werden als Ineinandergreifen zweier Methoden gründet sich in allgemeinen seelischen Gegebenheiten. Es läßt sich in Alltagsbeziehungen in seinem Funktionieren ebenso beobachten wie in seinen Problemen und seinem Scheitern. Darin wird zugleich deutlich, daß das Ineinandergreifen zweier Methoden zwar ‚conditio sine qua non' ist, damit ein Behandlungswerk entsteht, für sich genommen aber weder einen ‚Behandlungserfolg' garantiert noch eine Einschätzung anhand eines bloßen Mehr oder Weniger möglich macht. So zeichnen sich z.B. gerade neurotische Liebesbeziehungen ja durch ein hohes Maß an Verflechtung und Abstimmung zweier Lebensmethoden aus und sind darin äußerst stabil.

Methodisch-Werden in der musiktherapeutischen Behandlung meint daher eine besondere Art des Ineinandergreifens, die grundsätzlich asymmetrisch ist und in der das Methodisch-Werden der Therapeutin reflektiert und der Methodik der Patientin unterstellt sein muß. Zum Methodisch-Werden gehört auch das Zusammenspiel und die therapeutische Handhabung von Übertragung und Gegenübertragung und die Nutzung der Möglichkeiten szenischen Verstehens. Es ist aber nicht gleichzusetzen mit dem, was gemeinhin als ‚Beziehungsaspekt' bezeichnet wird. Methodisch-Werden zeigt sich in seelischen Tätigkeiten, die sich nicht in einer Kategorisierung von ‚Beziehungsaspekt', ‚Konfliktverarbeitung', ‚Symptombehandlung', ‚therapeutische Techniken' usw. erfassen lassen. Es expliziert sich in Arbeit und Bemühen, im ‚Durcharbeiten', im Bewegen und Bewegt-Sein, im Zergliedern und Zusammenbringen, im Sich-Einlassen auf Entwicklungen und im Anhalten, im spielerischen Erproben ebenso wie im hartnäckigen Dabeibleiben, in Auseinandersetzung und Kampf ebenso wie im Sich-tragen-Lassen. Kategorisierungen wie ‚kognitiv – emotional', Primär- und Sekundärprozeßhaftigkeit, analoge und digitale Kommunikation sind hier ebensowenig sinnvoll wie eine Aufspaltung in die musikalischen und sprachlichen ‚Anteile' des therapeutischen Geschehens.

Methodisch-Werden in der Musiktherapie meint darüber hinaus insbesondere auch die Anwendung der Methoden musikalisch-künstlerischen Produzierens. In der Morphologischen Psychologie wird herausgestellt, daß Kunst Methode hat, ist, und lebt, und daß sich psychologische Behandlung von den Methoden der Kunst her leiten läßt (Salber, 1977). In der Musiktherapie als kunstanaloger Behandlungsform kann dies in einem doppelten Sinne zutreffen: zum einen direkt im Medium der Musik, indem die Therapeutin mit der Patientin improvisiert im ‚Wissen' um die psychästhetischen Prinzipien musikalischer und seelischer Gestaltbildung, um die Herstellungsbedingungen seelischer Werke und die Möglichkeiten der Verwandlung, welches sich in der langjährigen Erfahrung im Umgang mit der Produktion von Musik und der Auseinandersetzung mit musikalischen Werken gründet. Zum anderen meint kunstanaloge Behandlung, daß die Musiktherapeutin auch das Behandlungswerk als Ganzes von den psychästhetischen Prinzipien her wahrnehmen und handhaben kann. Auch über die Musik hinaus gilt, daß manches sich nur in Variationen entwickeln kann, daß Form und Sinn nur im Dazwischen

entsteht, daß Zuspitzungen zu Umbrüchen führen, Zerdehnungen eine neue Ebene eröffnen können; auch im Alltag der Lebensgestaltung geht es um die Handhabung der Verhältnisse von Formalisierung und Wandlung, System und Abweichung, Kontrastierung und Abstimmung, gilt, daß die Komposition der Gliedzüge die Wirkung des Ganzes bestimmt.

Methodisch-Werden als Frage an den therapeutischen Prozeß lautet in der Einzelfallanalyse: Wie entwickelt sich die Behandlung im Wechselspiel zwischen PatientIn, den Medien der Behandlung und TherapeutIn? In der fallübergreifenden musiktherapeutischen Forschung gehören zu diesem Aspekt die Fragen allgemeiner musiktherapeutischer Behandlungstechniken, ihrer Angemessenheit und ihrer Wirkungsweise in den unterschiedlichen Anwendungsbereichen von Musiktherapie sowie die Erforschung von ‚Krankheitsbildern' anhand des sich in der Musiktherapie Zeigenden.

Als Einschätzungskriterium ist unter diesem Aspekt zu untersuchen, ob ein förderliches Ineinandergreifen des Methodisch-Werdens zustandekommt und ob und in welche Richtung im Laufe des Prozesses Modifikationen der Methoden der Patientin zu beobachten sind. Zur Einschätzung gehört dabei im Sinne einer Spiralbewegung → qualitativer Forschungsmethodik das wiederholte In-Bezug-Setzen dieser Beobachtungen zum Behandlungsauftrag im Sinne der Kontrolle, Modifikation und Fortschreibung und zu den Aspekten des Anders-Werdens und Bewerkstelligens, an welchem sich die Richtung der Veränderungen ermessen läßt.

Anders-Werden

Anders-Werden ist der dritte von vier Aspekten in der Systematik morphologischer Strukturierung und Analyse musiktherapeutischer Behandlungen (→ Leiden-Können, → Methodisch-Werden, → Bewerkstelligen). An anderer Stelle taucht er auch unter den Begriffen ‚Ins-Bild-Rücken' (Salber 1977) oder ‚Transformation' (Tüpker, 1988) auf.

Anders-Werden meint die Verwandlungen, Umstrukturierungen und den Zugewinn im Zusammenhang der behandelten Lebensmethode, die sich in einem veränderten Erleben, in einer neuen Sicht auf sich oder die Welt, in einer veränderten Erzählweise oder einer veränderten musikalischen Ausdrucksform zeigen kann. Solche Momente einer beginnenden Transformation sind oft mit dem Gefühl des Erstaunens, mit einem ‚Aha-Erlebnis' oder mit dem Empfinden eines ‚Ruckes' verbunden oder der Verwunderung darüber, daß dasselbe sich in einem anderen Licht zeigt oder, mit einem ‚Mal' anders erlebt wird. Sie können Hinweise auf notwendige Irritationen eines verkehrt gehaltenen Bildes, auf das Auftauchen des ‚Neben- oder Gegenbildes' oder auf komplette ‚Bildverschiebungen' sein, auf eine Veränderung der bisherigen Komposition seelischer → Formenbildung und auf eine Modifikation im Hinblick auf die alten Verhältnisse des Leiden-Könnens und des Nicht-Leiden-Könnens.

Daß etwas anders geworden ist, kann sich im Verschwinden oder der Verminderung eines Symptoms ausdrücken, ebenso wie in einem anderen Erleben oder Verstehen eines zunächst unverändert gebliebenen Symptoms. Es kann das Bewußtwerden von Verdrängtem oder das Erkennen von Sinnzusammenhängen beinhalten. Bewußtwerdung allein ist aber noch kein Anders-Werden, wenn es nicht mit einem veränderten Erleben verbunden ist. Auch wenn das Methodisch-Werden mit all seiner Mühe und Kleinarbeit das ist, was eine so verstandene Verwandlung ermöglicht, so läßt sich das, was hier gemeint ist, doch nicht ‚machen' – weder von der Patientin noch von der Therapeutin. Eher sind

hier Umschreibungen wie „es tauchte plötzlich auf", „ich weiß auch nicht warum, aber irgendwie ist es jetzt anders" und der Begriff des Sich-Ereignenden angemessen.

Anders-Werden vollzieht sich oft *in* der Übertragung (vgl. Körner 1989) und kann sich bisweilen auch zunächst in einem veränderten Erleben in der Gegenübertragung der Therapeutin ankündigen. In der Arbeit mit Kindern oder mit geistig Behinderten kann sich das Anders-Werden auch in neuen Handlungsformen zeigen, bisweilen auch in der spontanen Einführung einer neuen Spielform durch die Therapeutin.

Anders-Werden meint ein *Anders-Erleben* der ‚Welt' oder ein *Sich-anders-Fühlen*, meint ein Sich-anders-Geben oder Handlungen anderer als verändert empfinden, was bisweilen (fast) so erlebt wird, als hätten erstaunlicherweise die anderen sich geändert und nicht man selbst. Es ist ein Prozeß und zugleich haftet ihm aber auch das Momenthafte des *Anders-Seins* an. Oft ist es ein eher ‚leiser' Prozeß, dessen Kern sich zumeist dem Bewußtsein entzieht und oft als ‚Drehpunkt' erst im Nachherein benennbar wird. Beschreibungen des Anders-Werdens finden sich bei G. Loos unter dem Begriff ‚Wendepunkte' (1980) und in einem speziellen Sinne bei M. Balint unter dem Begriff des ‚Neubeginns' (1966).

In der Musiktherapie kann das Anders-Werden auch in der musikalischen Formenbildung der Improvisation auffindbar sein (vgl. Weymann 1990) oder sich in einem veränderten Verhältnis zur Musik widerspiegeln, wenn die Patientin z. B. das Mitspielen der Therapeutin erstmalig oder in einer anderen Qualität wahrnimmt, oder indem z. B. die gemeinsame Musik bei vergleichbarer Spielweise anders erlebt wird.

Die Frage des Anders-Werdens im therapeutischen Prozeß lautet in Einzelfallstudien: In welchen Ausdruckformen läßt sich eine umwandelnde Verinnerlichung erkennen? Im Hinblick auf welche ‚alten' Formen des Leiden-Könnens sind Umwandlungen erkennbar und welche Richtung zeichnet sich darin ab? Welche Auswirkungen haben diese Verwandlungen auf das Methodisch-Werden? Im Zusammenhang fallübergreifender Forschung fallen unter diesen Aspekt sowohl allgemeine therapeutische Fragen wie z. B. die nach der Bedeutung von Bewußtwerdungsprozessen oder der Rolle der Übertragung für den Prozeß der Wandlung als auch musiktherapiespezifische Fragen wie z. B. die nach der Rolle der Musik für Wandlungsprozesse und nach der ‚Hörbarkeit' in den musikalischen Produktionen.

Auch im Sinne der Einschätzung eines Behandlungsverlaufes ist dieser dritte Aspekt im Hinblick auf die Frage nach der Wirksamkeit einer Behandlung der entscheidende Drehpunkt: auch wenn er selbst am wenigsten den Charakter des ‚Herstellbaren' trägt, ist sein Sich-Ereignen die immanente Kontrolle für Sinn und Angemessenheit des Methodisch-Werdens; in ihm offenbaren sich häufig weitere Versionen des Leiden-Könnens, zeigen sich neue Dimensionen des Erlittenen; in seiner Folge kann es innerhalb und außerhalb der Therapie zu Formen des Bewerkstelligens kommen. Momente des Anders-Werdens drängen über das Bewerkstelligen in Richtung auf einen Abschluß der Behandlung. Im Sinne der Eröffnung ‚tieferer' Versionen des Leiden-Könnens führen sie weiter in die Behandlung hinein.

Wie alle vier Aspekte kann eine auf diese Art gelenkte Beobachtung und Reflexion musiktherapeutischer Behandlungen auch vor jeder systematischen Forschung in der Einschätzung und Selbstkontrolle helfen, die die alltägliche therapeutische Arbeit begleitet. In stationären Settings muß dabei beachtet werden, daß der Rahmen, in dem sich solche Schritte vollziehen, meist nicht der der musiktherapeutischen Sitzungen selbst ist. Nicht nur für wissenschaftliche Forschung, sondern auch um selbst den Sinn der eigenen

Tätigkeit erleben zu können, ist daher eine ausreichend gute Teamarbeit unumgänglich, damit alle an der Behandlung Beteiligten solche Wandlungsprozesse und ihr Zustandekommen erfahren können.

Bewerkstelligen

Bewerkstelligen ist der letzte von vier Aspekten in der Systematik morphologischer Strukturierung und Analyse musiktherapeutischer Behandlungen (→ Leiden-Können, → Methodisch-Werden, → Anders-Werden). Methodisch ist jeder einzelne der vier Aspekte als notwendige Bedingung, ihr Zusammenwirken als hinreichende Bedingung für die Wirksamkeit therapeutischer Behandlung anzusehen.

Letzteres ist nur möglich, da mit dem Aspekt des Bewerkstelligens auch das ‚außerhalb' und ‚nach' der Therapie in die Einschätzung und Untersuchung einbezogen ist. (s. auch: → Katamnese) Die umwandelnde Verinnerlichung des Anders-Werdens muß sich in den konkreten Lebensbezügen, in der Therapie und im Alltag ‚ins Werk setzen', damit wir eine Behandlung als gelungen ansehen können. Insofern geht es mit dem Aspekt des Bewerkstelligens auf der einen Ebene um die Veränderungen in der Lebenssituation, im Erleben und im Hinblick auf Krankheitssymptome, die üblicherweise mit dem Begriff des ‚Erfolgs' bezeichnet werden. Anders als in Forschungsrichtungen, die in einem ‚Vorher – Nachher' eine andere Untersuchungseinheit wählen und ‚Indikation' und ‚Erfolgsmessung' vom therapeutischen Prozeß getrennt untersuchen, ist das Bewerkstelligen als vierter Schritt der Behandlung in der Morphologie aber als Bindeglied zwischen Alltag und Therapie Teil des Behandlungsprozesses – und weist zugleich über ihn hinaus. Bewerkstelligen fragt aus einer anderen Sicht auf seelische Prozesse nach den ‚Ergebnissen' der Behandlung, als dies mit dem lerntheoretische Begriff des ‚Transfer' geschieht, der strenggenommen nur nach der Beeinflussung eines ‚erlernten Inhaltes' auf das Erlernen weiterer ‚Inhalte' fragt und fälschlicherweise dennoch oft als Kontrollfrage an Therapien gerichtet wird, die einem völlig anderen psychologischen Paradigma folgen.

Der im Bewerkstelligen enthaltene Begriff des ‚Werkes' verweist auf die Paradoxie der gleichzeitigen Geschlossenheit und Offenheit seelischer Gestalten. Werk hat von seiner Wortbedeutung mit ‚tätig, wirksam, wirkend sein' zu tun, mit ‚Wirklichkeit' und ‚Bewirken'. Es ist mit dem griechischen ‚ergon' (Arbeit, Werk) verwandt und gehört zu einer Wortgruppe (idg. ‚uer'), die mit Bedeutungen wie ‚drehen, winden, flechten' den *Produktionscharakter* betont und mit ‚Hürde, Umhegung', ‚einschließen, abschließen' den *Werkcharakter* im Sinne eines ‚abgeschlossenen Werkes', wie wir diesen Begriff von der Musik her kennen. Die (erschlossene) indogermanische Wurzel dieser Wortgruppe verweist – im Sinne eines der Sprache innewohnenden Wissens – auf Zusammenhänge, die auch psychologisch von Interesse sind. So gehören zu der zugrunde liegenden Wurzel ‚uer' u.a. auch die Sippen von: ‚werden', ‚wert', ‚Würde' und es besteht eine Verwandtschaft zu den Wortgruppen von ‚wehren' und ‚wahren'.

Bewerkstelligen meint daher nicht eine (endgültige) „Bewältigung" von Problemen, Symptomen oder ‚der Kindheit', sondern einen durch das gemeinsame Werk der Behandlung veränderten Umgang mit der (eigenen) Geschichtlichkeit, den materialen und gesellschaftlichen Gegebenheiten, dem Zufall und der Banalität des Alltags. Darum kann das ‚Ergebnis' der Behandlung keine einmal gewonnene Gestalt sein, die sich im Alltag lediglich zu bewähren hat, sondern sie ist ihrerseits nur eine Übergangsgestalt, die wiederum Wirklichkeit herausbildet: darin, dem Leben und dem Alltag (wieder) einen Sinn

abzugewinnen, das Zufallende ergreifen oder sich seiner erwehren zu können, Gewordenes bewahren oder aufgeben zu können, Eigenheit zu wahren und sich dennoch auf Verwandlungen einzulassen. So verstanden führt auch dieses ‚Werk' notwendigerweise wieder in Verwicklungen.

Bewerkstelligen fragt zum einen danach, was die Patientin in der Behandlungssituation verändert herstellen kann, z. B. in der Musik, in der Umgangsweise mit der Therapeutin, mit der therapeutischen Situation, in veränderten Formen des Erzählens und danach, was gemeinsam anders herzustellen ist. Darüber hinaus trennen sich hier die Wege von TherapeutIn und PatientIn, indem die Frage auf das Bewerkstelligen im Alltag, auf Veränderungen außerhalb der Therapie gerichtet ist.

Bewerkstelligen darf dennoch nicht im zeitlichen Sinne nur als letzter Schritt gegen Ende der Behandlung mißverstanden werden. Die vier Behandlungsaspekte sind vielmehr als Übergangsgestalten eines spiralförmigen Prozesses zu verstehen, der mehr als eine Drehung braucht, dessen Gesamtentwicklung sich in viele ‚kleine' Drehungen gliedert und dessen einzelne ‚Schritte' sich weder an eine ‚geordnete Reihenfolge' halten noch in jedem Moment säuberlich zu trennen sind. So kann es im ‚Kleinen' ein Moment des Bewerkstelligens sein, wenn ein Patient erstmals zu einem anderen Instrument greifen kann oder eine Patientin davon berichtet, daß sie in einem Streit diesmal nicht „klein beigeben hat" oder erstmals wieder mit einem Fahrstuhl gefahren ist, ohne daß sich damit bereits das Ende der Behandlung ankündigt. Vielmehr läßt sich beobachten, wie solche ‚kleinen Erfolge' wieder ins Methodisch-Werden, Anders-Werden oder in eine neue Version des Leiden-Könnens übergehen, oder wir erleben ein ‚Ineinander' der verschiedenen Aspekte.

Im Sinne der Einschätzung und Bewertung von Behandlungsverläufen und ihrem Vergleich ist das Bewerkstelligen jeweils zu beziehen auf das Leiden-Können und den darin erschlossenen und gefaßten individuellen Behandlungsauftrag sowie gleichzeitig auf das zur Verfügung stehende Setting, die Dauer der Behandlung etc.

Darüber hinaus ist aber insbesondere im Aspekt des Bewerkstelligens deutlich, daß ein, archimedischer Punkt' hier wissenschaftlich nicht zu finden ist. Vielmehr läßt sich aufzeigen, daß die Frage danach, was ein ‚therapeutischer Erfolg' ist, Brennpunkt notwendig unterschiedlicher Auffassungen nicht nur von ‚Krankheit und Gesundheit' ist, sondern vom Seelischen und vom Leben überhaupt, vom Sinn des Lebens und der Bedeutung des Todes, von persönlichen und gesellschaftlichen Wertsetzungen, von Glück und Leid, von Liebe und Sexualität wie vom ‚Funktionieren der Gesellschaft'. ‚Einfache' Lösungen sind hier weder in Sicht noch m.E. erstrebenswert: weder können wir als TherapeutInnen unseren Behandlungsauftrag aus dem scheinbaren gesellschaftlichen Konsens ableiten, der sich etwa in dem Auftrag des Kostenträgers als ‚Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit' oder der ‚Gesundheit' widerspiegelt, noch dürfen wir allein *unserer* Auffassung vom Leben, von ‚guten Beziehungen', ‚zumutbaren' Belastungen etc. folgen, noch können wir uns darauf zurückziehen, allein die PatientInnen „sagen" zu lassen, was sie erreichen wollen.

Das Wissen um die Paradoxien des Bewerkstelligens bedeutet vielmehr für uns als TherapeutInnen, uns der Relativität und Wandelbarkeit dieser Auffassungen bewußt zu sein und dennoch eine Position zu beziehen, sich auf die Banalität des Arbeitsalltages und seiner Einschränkungen einzulassen und dennoch nach einem künstlerischen Umgang mit ihm zu suchen, wissenschaftlichen Forderungen an die Musiktherapie als ‚neuem' Behandlungsverfahren nicht auszuweichen und zugleich Einfluß auf die Kriterien von

Wissenschaftlichkeit von unseren künstlerischen und therapeutischen Erfahrungen her zu nehmen.

LITERATUR

Balint, M. (1966). Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Stuttgart: Huber & Klett.

Loos, G. (1980). Ausschnitte aus Fallberichten zum Thema Wendepunkte. Musiktherapeutische Umschau, 1, 219-222, 301-304.

Salber, W. (1975). Der psychische Gegenstand. Bonn: Bouvier.

Salber, W. (1977). Kunst, Psychologie, Behandlung. Bonn: Bouvier.

Salber, W. (1980). Konstruktion psychologischer Behandlung. Bonn: Bouvier.

Tüpker, R (1988). Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie. Regensburg: Gustav Bosse. veränd. und erw.Neuauflage. Lit-Verlag, Münster 1996.

Tüpker, R (1993). Der Behandlungsauftrag der Musiktherapie. In H. Fitzek & A. Schulte (Hrsg.) Wirklichkeit als Ereignis. Zwischenschritte - Beiträge zu einer morphologischen Psychologie, 12.Jahrgang, Heft 2, (S.297-307). Bonn: Bouvier.

Tüpker, R. (1993). Musiktherapie: Hören und Verstehen seelischer Strukturen. In P. Petersen et al. (Hrsg.). Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Berlin-Heidelberg: Springer.

Weymann, E. (1990). Anzeichen des Neuen. Improvisieren als Erkenntnismittel und als Gegenstand der Forschung. In P. Petersen (Hrsg.). Ansätze kunsttherapeutischer Forschung. (S.42-57), Berlin-Heidelberg: Springer

Forschungsmethodik[6]

LEXIKON-BEITRAG

5.3

Unter Methodik, abgeleitet vom griechischen ‚methodos', Weg zu etwas, versteht man zunächst allgemein geregelte Verfahren zur Erreichung eines Zieles, eine bestimmte Art und Weise zu handeln oder zu denken. Während die Methodik unseres Handelns uns weitgehend unbewußt bleibt, bzw. erst durch einen gesonderten Akt im nachherein rekonstruiert werden kann, ist es Merkmal und Anspruch wissenschaftlicher Forschung, daß sie ihre Methodik reflektiert und bewußt anwendet.

Zur systematischen Untersuchung methodischer Verfahren hat sich die ‚Methodenlehre' oder ‚Methodologie' als eigener Wissenschaftsbereich herausgebildet. Sie kann eine Orientierungshilfe im Hinblick auf die Vielfalt und die innewohnenden Grundprobleme wissenschaftlicher Methoden sein, ohne jedoch von der Wahl einer Methode für ein bestimmtes Forschungsvorhaben durch eindeutige Vorgaben zu entbinden.

Die Wahl einer Methode ist immer im Zusammenhang mit dem Gegenstandsbereich und den Zielen der Forschung zu sehen. So wird z. B. zwischen geisteswissenschaftlichen und naturwissenschaftlichen oder zwischen erklärenden und verstehenden Methoden unterschieden. Die Verknüpfung zwischen Gegenstandsbereich und Methode bleibt aber notwendig eine relative, denn das, was wir im Sinne der Alltagssprache als ‚Gegenstand' der Forschung bezeichnen, ist im wissenschaftlichen Sinne zunächst nur ein unbestimmtes ‚Etwas', welches erst durch die Anwendung einer Methode zum Objekt und – in Abhängigkeit vom angewandten methodischen Ansatz – zu einem bestimmten (wissenschaftlichen) Gegenstand wird. So kann z.B. Musik als wissenschaftlicher Gegenstand im Sinne der musikalischen Akustik als ein physikalischer Gegenstand oder im musiktherapeutischen Zusammenhang als ein ‚psychischer Gegenstand' (Salber, 1975a) herausgebildet werden. Umgekehrt läßt sich historisch aufzeigen, daß sich bestimmte Methoden im Zusammenhang mit der Auseinandersetzung unterschiedlicher Gegenstandsbereiche herausgebildet haben. Dabei ist gerade der für die Musiktherapie relevante Bereich der Psychologie ein relativ offener und pluralistischer, der als solcher durch eine wenig abgeschlossene und heftig geführte Methodendiskussion gekennzeichnet ist, z.B. auch hinsichtlich der oben genannten groben Zuordnungen, aber auch hinsichtlich ihrer Relevanz für bestimmte Praxisbereiche, wie z.B. dem der Psychotherapie. (Salber, 1975b, Kuiper, 1976, Körner, 1985, Jüttemann, 1992)

Daß es keinen gesicherten Zusammenhang zwischen Methode und der ‚Wahrheit' von Erkenntnissen gibt (Gadamer, 1965) erweist sich u.a. an der Geschichte der Wissenschaften, in der Paradigmen und Methoden sich in ihrer geschichtlichen Abhängigkeit und Entwicklung aufzeigen lassen (Kuhn, 1978) und in dem Faktum, daß

---

[6] In: Decker-Voigt, H.-H. (Hg): Lexikon Musiktherapie, Hogrefe, Göttingen 1996, 102-104

wissenschaftliche Forschung eine Form menschlichen Handelns ist und somit psychologischen Gegebenheiten unterliegt. (Holzkamp, 1968)

Die Wahl angemessener methodischer Verfahren kann in der Forschungspraxis einerseits durch die genaue Klärung des Zieles eines Forschungsvorhabens erleichtert werden. So sind qualitative, hermeneutische Verfahren zu bevorzugen, wenn es z.B. um die Erforschung psychogenetischer Zusammenhänge, um das Verstehen seelischer Prozesse oder des Erlebens von Musik geht. Die Frage nach der Häufigkeit des Musikhörens in bestimmten gesellschaftlichen Gruppen erfordert die Anwendung quantifizierender Verfahren und statistischer Auswertungsmethoden, während die Frage nach den Gründen für diese Hörgewohnheiten mit diesen Verfahren wiederum nicht zu ermitteln ist.

Andererseits darf der Zusammenhang einzelner Verfahren zum Gesamt eines methodischen Ansatzes nicht unberücksichtigt bleiben. Zu ihm gehören auch die paradigmatischen Grundannahmen eines Ansatzes, der strukturelle Aufbau einer Theorie und ihre maßgeblichen Grundbegriffe sowie die aus der jeweiligen Seherfahrung als untersuchenswert angesehenen Fragestellungen. (Toulmin, 1968) Um zu sinnvoll diskutierbaren Ergebnissen zu kommen, muß die einmal gewählte Methode (in diesem umfassend verstandenen Sinne) im Verlauf der gesamten Untersuchung durchgehalten werden und bestimmte, an ein theoretisches Konzept gebundene, Begriffe oder Maßstäbe dürfen nicht beliebig von einem Konzept in ein anderes übernommen werden.

Die musiktherapeutische Forschung lehnt sich zum einen in ihren Methoden in Abhängigkeit von Untersuchungsgegenstand, Fragestellung und Wahl der ForscherInnen im wesentlichen an bestehende Methoden aus den Bereichen der Psychologie, der Medizin und der Musikwissenschaft (einschließlich Musikpsychologie) an, bei einzelnen Fragestellungen auch an weitere Methoden der Soziologie et. al. . Zum anderen beteiligt sie sich von ihrem Fachgebiet aus an Auseinandersetzungen über methodische Grundfragen (Niedecken, 1988, Petersen, 1990, Tüpker, 1988, 1990) und entwickelt eigene Untersuchungsverfahren im Hinblick auf spezifisch musiktherapeutische Fragestellungen, wie z. B. die Untersuchung musiktherapeutischer Improvisationen (Nordoff, 1986, Tüpker, 1988, Langenberg et.al. 1992, s. auch Beschreibung und Rekonstruktion), Fragen der Protokollierung, Dokumentation und Analyse musiktherapeutischer Behandlungen (Vortragssammlung Studiengruppe Musiktherapie Ulm 1993, Tüpker 1993, Smeijsters, Hurk 1994, s. auch Leiden-Können).

In der kurzen Geschichte der Musiktherapie und ihrer Forschungsansätze in Deutschland ist insgesamt eine Verschiebung von im engeren Sinne experimentellen Untersuchungen zunächst eher praxisferner Themenbereiche zu einer im weiteren Sinne empirischen, praxisnahen Forschung zu beobachten. Das hängt eng mit den Personenkreisen zusammen, die diese Forschung betrieben oder betreiben: aufgrund fehlender Ausbildungsmöglichkeiten für Musiktherapie mußte die Forschung zunächst von fachfremden Personenkreisen ausgehen, während sich inzwischen eine größere Zahl von praktizierenden MusiktherapeutInnen mit Forschungsfragen beschäftigt.

Daß sich in dieser Entwicklung zugleich eine deutliche Hinwendung zu den sog. qualitativen Forschungsmethoden abzeichnet, hängt im wesentlichen mit zwei unterschiedlichen Aspekten zusammen. Zum einen besteht im Hinblick auf die qualitativen Methoden ein ‚weicherer' Übergang zwischen vorwissenschaftlichen Beschreibungen der musiktherapeutischen Praxis und einer wissenschaftlichen Betrachtungsweise. Qualitative Ansätze folgen in der Psychotherapie allgemein meist dem Ideal des ‚Junktims von Praxis und Forschung', trennen daher auch personell weniger in hier ‚PraktikerInnen' und da

‚ForscherInnen', wodurch eine Nähe der Forschungsthemen zu den Fragestellungen der alltäglichen Praxis gegeben ist. Zum anderen hängt diese Entwicklung mit der Bevorzugung therapeutischer und psychologischer Richtungen zusammen, die mit entsprechenden methodischen Ansätzen einhergehen: → Gestalttherapie, → Morphologische Musiktherapie, → Psychoanalytische Musiktherapie, während die stärker in den USA vertretenden verhaltenstherapeutischen Richtungen, die entsprechend ihrer Paradigmen eher mit operationalen und quantifizierenden Verfahren arbeiten, weniger vertreten sind.

LITERATUR

Gadamer, H. G. (1965). *Wahrheit und Methode.* Tübingen.

Holzkamp, K. (1968). *Wissenschaft als Handlung.* Berlin.

Institut für Musiktherapie und Morphologie (IMM) (Hrsg.) (1986-1993). *Materialien zur Morphologie der Musiktherapie,* Hefte 1-6, IMM-Münster, Goldstr. 58, 48565 Steinfurt

Jüttemann, G. (1992). *Psyche und Subjekt.* Reinbek: Rowohlt.

Körner, J. (1985). *Vom Erklären zum Verstehen in der Psychoanalyse.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Kuhn, T. S. (1978). *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen.* Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Kuiper, P. C. (1976). *Die Verschwörung gegen das Gefühl. Psychoanalyse als Hermeneutik und Naturwissenschaft.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Langenberg, M. et.a. (1992). Qualitative Methodik zur Beschreibung und Interpretation musiktherapeutischer Behandlungswerke. In *Musiktherapeutische Umschau 13,* 258-278.

Nordoff, P. & Robbins, C. (1986). *Schöpferische Musiktherapie.* Stuttgart: Fischer.

Niedecken, D. (1988). *Einsätze. Material und Beziehungsfigur im musikalischen Produzieren. Ham*burg: VSA.

Petersen, P. (Hrsg.) (1990). *Ansätze kunsttherapeutischer Forschung.* Berlin-Heidelberg: Springer.

Salber, W. (1975 a). *Der psychische Gegenstand* Bonn: Bouvier.

Salber, W. (1975b). *Konturen einer Wissenschaftstheorie der Psychologie.* In Wissenschaftstheorie der Geisteswissenschaften. Hrsg. Simon-Schaefer/Zimmerli. Hoffmann & Kampe.

Smeijsters, H. & Hurk, J.v.d. (1994). Praxisorientierte Forschung in der Musiktherapie. In *Musiktherapeutische Umschau.* 14, 25-42.

Studiengruppe Musiktherapie Ulm/Stuttgart: Vortragssammlungen ‚*Ulmer Workshop'* 1989-1993. Abteilung Psychotherapie, A, Hochsträß 8, 89081 Ulm.

Toulmin, S. (1968). *Voraussicht und Verstehen. Ein Versuch über die Ziele der Wissenschaft.* Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Tüpker, R. (1988). *Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie.* Regensburg: Gustav Bosse.

Tüpker, R (1990). Auf der Suche nach angemessenen Formen wissenschaftlichen Vorgehens in kunsttherapeutischer Forschung. In P. Petersen (Hrsg.) *Ansätze kunsttherapeutischer Forschung.* Heidelberg: Springer

Tüpker, R. (1993). Leitfaden zur Protokollierung musiktherapeutischer Behandlungen. In *Einblicke,* Hrsg. DBVMT, 13593 Berlin, Weinmeisterhornweg 105

Sexueller Mißbrauch[7]

LEXIKON-BEITRAG

5.4

Der Begriff des sexuellen Mißbrauchs steht hier für eine Reihe von synonym gebrauchten Begriffen wie ‚sexuelle Kindesmißhandlung', ‚sexuelle Gewalt', ‚sexuelle Ausbeutung' und im Zusammenhang mit nur zum Teil deckungsgleichen Themenbereichen wie ‚Vergewaltigung', ‚Inzest', ‚Gewalt gegen Frauen', ‚Kindesmißhandlung'. Sexueller Mißbrauch soll hier nicht zu einem spezifisch musiktherapeutischen Thema gemacht werden. Weder läßt sich bisher belegen, daß Musiktherapie im Hinblick auf das Leiden am sexuellen Mißbrauch eine geeignetere Behandlungsform ist als andere, noch gibt es irgendwelche Hinweise auf Kontraindikationen. Die Behandlung dieses Themas im musiktherapeutischen Zusammenhang begründet sich vielmehr darin, daß es für alle TherapeutInnen – unabhängig von der besonderen Therapieform – unabdingbar ist, sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen und eine therapeutische Kompetenz zu entwickeln, um Behandlungsfehler und eine weitere Schädigung der Betroffenen zu vermeiden. Die Aufhebung des Schweigens über das Thema sexueller Gewalt hat für die Betroffenen bisher nicht wesentlich etwas daran geändert, daß das Leiden an dem, was ihnen direkt angetan wurde oder wird, immer zusätzlich verflochten ist mit dem Leiden an der Reaktion der anderen, die von Wegsehen, Nicht-Wahrhaben-Wollen, fehlendem Schutz, Verharmlosung bis hin zur Täter-Opfer-Vertauschung und Nachfolgetaten gekennzeichnet sein kann. In der Struktur des psychischen Leidens der Betroffenen sind diese beiden Aspekte des Erlittenen nicht trennbar, so daß jede therapeutische Beziehung, in der der/die TherapeutIn aus Unkenntnis oder eigener bzw. institutionell bedingter Verdrängung dieses Thema ausklammert, einer Fortsetzung des Traumas gleichkommt. (vgl. Tüpker, 1989)

Hinsichtlich des konkreten therapeutischen Umgangs ist zu unterscheiden zwischen 1. der Behandlung vergangener Traumatisierungen und 2. der Behandlung von PatientInnen, die sich auch aktuell in der Situation sexuellen Mißbrauchs befinden. Im ersten Fall sind hauptsächlich behandlungstechnische Fragen berührt, während im zweiten Fall, der im wesentlichen Kindertherapien, die Arbeit mit geistig Behinderten, von körperlicher Pflege oder psychiatrischer Betreuung abhängigen Menschen betrifft, sich darüber hinaus die schwierige Frage der Wege zur Beendigung des Mißbrauchs stellt. Hier findet die therapeutische Regel, daß Psychotherapie sich nicht direkt um die äußeren Lebensbedingungen zu kümmern hat, ihre Grenze an der Unbehandelbarkeit des seelischen Leidens unter Fortsetzung des Mißbrauchs und einer Verantwortung jenseits der therapeutischen Rolle. Hier sollte der/die MusiktherapeutIn zum einen auf jeden Fall Hilfe anderer hinzuziehen (s. ergänzende Hinweise) und die Grundregel beachten, nie zu handeln, ohne nicht jeden einzelnen Schritt mit der Betroffenen so abzustimmen, daß sie (oder er) Subjekt des Geschehens bleibt.

---

[7] In: Decker-Voigt, H.-H. (Hg): Lexikon Musiktherapie, Hogrefe, Göttingen 1996, 336-339

Ein weiterer Aspekt ist die Tatsache sexuellen Mißbrauchs in Therapien (Wirtz, 1990). Die komplexe Verwobenheiten gesellschaftlicher Bedingtheiten, theoretischer und behandlungstechnischer Fragen, institutioneller Abwehr, ethischer Fragen und persönlicher Betroffenheit kann hier nur von einigen ‚Eckpunkten' her angedeutet werden: dem Fehlen einer Gesetzgebung, die sexuelle ‚Beziehungen' zu PatientInnen eindeutig als illegitim kategorisiert wie dies im Zusammenhang bestimmter stationärer Therapieeinrichtungen (StGB §174a), mit ‚Widerstandsunfähigen' (§179), mit Kindern (§ 176) oder Minderjährigen (§ 180) bereits der Fall ist; der Tatsache sexuellen Mißbrauchs in psychotherapeutischen Ausbildungen, die notwendigerweise massive Auswirkungen auf Behandlungspraxis und Theoriebildung der Betroffenen hat; die notwendige Kritik psychologischer Grundkonzepte, die von der Verdrängung eigener Mißbrauchserfahrungen und/oder ungelösten Gegenübertragungsproblemen, gesellschaftlicher Abwehr und einem behandlungsbedürftigen Frauenbild beeinflußt sind. (vgl. u.a. Masson, 1984; Wirtz, 1990; Rhode-Dachser, 1992 sowie den fortlaufenden Diskurs in der ‚Psyche').

Sowohl in der klinischen als auch in der gesellschaftlichen Behandlung sexuellen Mißbrauchs gilt es paradoxe Verhältnisse zu bewerkstelligen, die sich am Verhältnis einiger Grundspannungen aufzeigen lassen:

Angesichts der Tatsache, daß es auch von sexuellem Mißbrauch betroffene Jungen gibt, darf nicht übersehen werden, daß es sich gesellschaftlich um das Phänomen *männlicher* Gewalt gegen Frauen oder Schwächere handelt.

Sexueller Mißbrauch ist auf der einen Seite kein individuelles Schicksal sondern weist z. T. vergleichbare Symptomkomplexe und Verarbeitungsmodi auf, ist aber andererseits kein in sich abgeschlossenes ‚Syndrom' und kann sich in unterschiedlicher Weise mit anderen strukturbildenden Lebenserfahrungen und neurotischen Verarbeitungsweisen verbinden. Die therapeutische Haltung muß beides berücksichtigen, damit die Betroffenen in der therapeutischen Situation die zumeist vermißte ‚Bezeugung' der Tat finden können, und andererseits darf die Patientin nicht nur als ‚Opfer von' erlebt werden und sich erleben müssen, indem dieses Leiden als ein ‚gänzlich anderes' – nicht mehr allgemeinen seelischen Gesetzmäßigkeiten unterliegendes – Phänomen behandelt wird.

Parallel dazu ist es für unsere Auseinandersetzung wichtig, sich einerseits mit der Spezifität der sexuellen Mißbrauchsthematik zu beschäftigen, wie sie z.B. von feministischer Seite her herausgearbeitet wurde, andererseits die Verwandtschaft zu anderen seelischen Traumatisierungen zu erkennen, um nach vergleichbaren seelischen Verarbeitungsmodi zu fragen und von den Erfahrungen des therapeutischen Umgangs damit zu lernen. Eine Verwandtschaft zeigt sich hier zum einen zu Opfern anderer Formen von Gewalt: in der Familie, durch kriminelle Gewalttaten, durch politischen Verfolgung, Folter, durch Kriegs-, Lager- und Fluchterlebnisse; zum anderen zu den quasi ‚leiseren' Formen des Mißbrauchs in der Kindheit im Sinne dessen, was Alice Miller (1983) als das ‚Drama des begabten Kindes' bezeichnet hat.

Eine weitere Grundspannung betrifft die öffentliche Auseinandersetzung: nach dem anfänglichen Entsetzen über das Ausmaß sexuellen Mißbrauchs scheint sich derzeit eine kollektive Abwehrfiguration darin herauszubilden, daß die weiterhin bestehenden Tatsachen durch die Rede vom ‚Mißbrauch mit dem Mißbrauch' verleugnet werden. Demgegenüber ist zu berücksichtigen, daß die im Zusammenhang der Verfolgung von Straftaten immer bestehenden Möglichkeiten des Irrtums und der falschen Beschuldigung weder die Tatsache der Begehung dieser Straftaten noch die Notwendigkeit ihrer Verfolgung aufheben. Es steht immer im Zusammenhang von Abwehrfigurationen, wenn

versucht wird, die Leiden der Opfer von Justizirrtümern oder zu Unrecht Beschuldigter gegen das Leiden der Opfer von Straftaten auszuspielen.

LITERATUR

Masson, J. (1984). Was hat man dir, du armes Kind, getan? Reinbek: Rowohlt.

Rhode-Dachser, Ch. (1992). Expedition in den dunklen Kontinent. Berlin/ Heidelberg: Springer.

Steinhage, R. (1989). Sexueller Mißbrauch an Mädchen. Reinbek: Rowohlt.

Tüpker, R (1989). Vergewaltigung und sexueller Mißbrauch. Kein Thema für die Musiktherapie? In Einblicke. Hg. DBVMT, Hanna Schirmer, Weinmeisterhornweg 104, 13593 Berlin, 2, 51-66.

Wirtz, U. (1990): Seelenmord. Inzest und Therapie. Zürich: Kreuz.