

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

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
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 (Neuaufgabe in Petersen 2002) | 5 |
| 3.2 | Leitfaden zur Protokollierung musiktherapeutischer Behandlungen
In: Einblicke, Heft 4, Deutscher Berufsverband der Musiktherapeuten, Berlin 1993, 43-67 | 18 |
| 3.3 | Forschen oder Heilen. Kritische Betrachtungen zum herrschenden Forschungsparadigma
In: Peter Petersen (Hg.): Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Mayer Verlag, Stuttgart 2002, 34-72 | 50 |
| 3.4 | Morphological Research (mit Eckhard Weymann)
Zur Veröffentlichung vorgesehen in: Barbara Wheeler: Music Therapy Research, 2 nd edition | 79 |

BAND

4

BEITRÄGE ZUR LEHRE

- | | | |
|-----|--|----|
| 4.1 | Supervision im Erleben von Studierenden der Musiktherapie
In: Einblicke, Heft 7, Deutscher Berufsverband der Musiktherapeuten, Berlin 1996, 53-80 | 5 |
| 4.2 | Supervision als Unterrichtsfach in der musiktherapeutischen Ausbildung
In: Musiktherapeutische Umschau 3-4/Band 17, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen/ Zürich 1996, 242-251 | 33 |
| 4.3 | Reflexion seelischer Verhältnisse in der musikalischen Improvisation
In: Wege zur musiktherapeutischen Improvisation. (Hrsg. mit Martin Lenz), LIT Verlag, Münster 1998, 135-203 | 41 |
| 4.4 | Lehrmusiktherapie im veränderten Berufsfeld
In: Musiktherapeutische Umschau 2/Band 20, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen/Zürich 1999, 114-122 | 87 |

BAND

5

LEXIKONARTIKEL

- | | | |
|-----|--|----------------------|
| 5.1 | „Musiktherapie“ (mit Manfred Kühn)
In: Bühring/Kemper (Hg.): Naturheilverfahren und unkonventionelle medizinische Richtungen. Loseblattsammlung 9, 1-20, Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg/New-York, 1997 | 5 |
| 5.2 | In: Decker-Voigt (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen 1996, zu den Stichworten
"Leiden-Können" (ebd. S. 194-197)
"Methodisch-Werden" (ebd. S. 217-220)
"Anders-Werden" (ebd. S. 13-15)
"Bewerkstelligen" (ebd. S. 65-67) | 18
20
22
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 Psychosomatik¹

ZEITSCHRIFTEN-
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.

Keywords

music therapy, psychosomatic diseases, psychotherapy

Einleitung

In der Psychosomatik, insbesondere in den psychosomatischen Kliniken², 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 Vermittlungen, 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 Musiktherapie⁴ 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 entwickelt. 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 notwendig 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

2. 1 MUSIKTHERAPIE IN DER PSYCHOSOMATIK

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. Töpker 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.
- Töpker, Rosemarie (1988): Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie. Gustav Bosse Verlag, 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

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

ZEITSCHRIFTEN-
BEITRAG

2.2

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 behandle, 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

2.2 VERGEWALTIGUNG UND SEXUELLER MIßBRAUCH

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 Tagung⁷ 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 Nachhinein 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 mußst 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

2.2 VERGEWALTIGUNG UND SEXUELLER MISBRAUCH

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 Zweifels 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 übergang 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

2.2 VERGEWALTIGUNG UND SEXUELLER MIßBRAUCH

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 Zuschreibung 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 Reihenaufstellung ‚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

2.2 VERGEWALTIGUNG UND SEXUELLER MIßBRAUCH

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 Zwillingschwester, der es nicht anders ging. Ging die Mutter 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 Mutter 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. Geschicht 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 vorgehen, 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

2.2 VERGEWALTIGUNG UND SEXUELLER MIßBRAUCH

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 *vorans*. 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 *vorans* 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

2.2 VERGEWALTIGUNG UND SEXUELLER MISBRAUCH

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 albernem 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 Verkehren, 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 Forschung⁸

REIHENBEITRAG

2.3

1. Das Gemeinsame von Musik und Sprache als Mittel in der Behandlung von Krankheiten

Die Wende: Was das Gemeinsame daran ist, mit Sprache und Musik Krankheiten zu behandeln, läßt sich zunächst an einer Differenz aufzeigen: Krankheiten
Worte als Mittel werden seit der Wende der Medizin zu einer naturwissenschaftlichen
der Behandlung 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 Zahnärztin und eine Chirurgin 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, Triolog-Verlag, Bremen 1992, 121-144

2.3 MUSIK UND SPRACHE

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 voraussetzen. (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 wohl tun 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:

2.3 MUSIK UND SPRACHE

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 zu einer 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, Bildnerisches 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 angegebenen Pfaden des etymologischen Duden⁽⁸⁾, so wird man von Kommuniké 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:

2.3 MUSIK UND SPRACHE

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 mittleren 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 Umgebung 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

2.3 MUSIK UND SPRACHE

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

2.3 MUSIK UND SPRACHE

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

2.3 MUSIK UND SPRACHE

Voraussetzungen gegeben sein. Aber auch GestaltherapeutIn oder PsychoanalytikerIn könnte man nach meinem Modell nicht mehr als naturwissenschaftliche MedizinerIn 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

2.3 MUSIK UND SPRACHE

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.

2.3 MUSIK UND SPRACHE

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!

2.3 MUSIK UND SPRACHE

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 ärgern, 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.

2.3 MUSIK UND SPRACHE

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.

2.3 MUSIK UND SPRACHE

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.O. 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

Zur Bedeutung künstlerischer Formenbildung in der Musiktherapie

BUCHBEITRAG

2.4

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 „Dritten“ in der therapeutische Beziehung an.

Keywords artistic 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 TherapeutInnen 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 Weibrauch* 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. Töpker 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 Resonanz¹² 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 Wiederhall, 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 Schweben eines frühen Zustandes beginnen sich Ich und Welt im Phänomen der Resonanz zu strukturieren – (nur) was Resonanz findet wird be-stimmt, was resonanzlos verhält 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 Schweben 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.)

2.4 ZUR BEDEUTUNG KÜNSTLERISCHER FORMENBILDUNG

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 MusiktherapeutInnen 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 Schwebung 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 anderer 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. O.)

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 unbelebt 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 zugeordneten 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 werden¹⁵, 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 beigelegt.

Klanglichkeit Zwei Instrumente spielen: ein Hackbrett¹⁶ (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 Schwebungen¹⁷, 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 Schweben: 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 Cimbäl) 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

2.4 ZUR BEDEUTUNG KÜNSTLERISCHER FORMENBILDUNG

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 Gesetzmäßigkeit, 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 leittonige 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 Leittonigkeit 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 Schweben, 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 nachgehört 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.

2.4 ZUR BEDEUTUNG KÜNSTLERISCHER FORMENBILDUNG

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 widerspielend 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: Auch wenn es musiktheoretisch grenzwertig ist, einen Einzelton als Motiv zu
Reduktion - bezeichnen, erscheint es mir der Wirkung in diesem Zusammenhang
Verschränkung angemessen zu sagen, dass die Patientin einen zweiten Abschnitt mit einem neuen Motiv, dem „Einzeltonmotiv“ eröffnet, wobei das Ausschwingen und Nachhören 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 Mehrhörigkeit korrekter mit dem Wort Klang beschrieben) kräftig genug an, dass er lange klingen kann und es entsteht ein Warten und Nachhören. 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 mehrhörigen Einzelton noch weiter zum einhörigen 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 einhörigen „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 Achteltriolen von Takt 15). Und dennoch liegt in diesem gemeinsamen Punkt auch zugleich schon wieder der Keim in der Zweierheit: 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.

2.4 ZUR BEDEUTUNG KÜNSTLERISCHER FORMENBILDUNG

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. psychotherapierlevanten 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: Sofort nach dieser „Trennung im Einverständnis“ treffen sich die beiden
Ausbreitung - Spielerinnen wieder, diesmal in demselben Ton, den nun beide – wie zuvor
Bestätigung des die Patientin in Takt 15 – mehrmals wiederanklingen lassen. Das wirkt in
Eigenen durch keiner Weise mehr rhythmisch, lässt sich nun auch gar nicht mehr in
Resonanz 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 Sekundschrift *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-klaaren 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 einhörigen 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

2.4 ZUR BEDEUTUNG KÜNSTLERISCHER FORMENBILDUNG

– **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 Schlussston 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)

2.4 ZUR BEDEUTUNG KÜNSTLERISCHER FORMENBILDUNG

Hackbrett **Klavier**

$\text{♩} = 60$

5

9

13

17

17

18

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 Töpker. 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 Verstehen²⁰

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, vorbeischiebt, den Raum erfüllt und durchteilt, 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

2.5 HÖREN UND VERSTEHEN

nicht in derselben Art notwendig ist. Psychosomatiker bewegen sich in beiden Bereichen bzw. im Schnittpunkt 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.

2.5 HÖREN UND VERSTEHEN

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 Beispiels 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«.

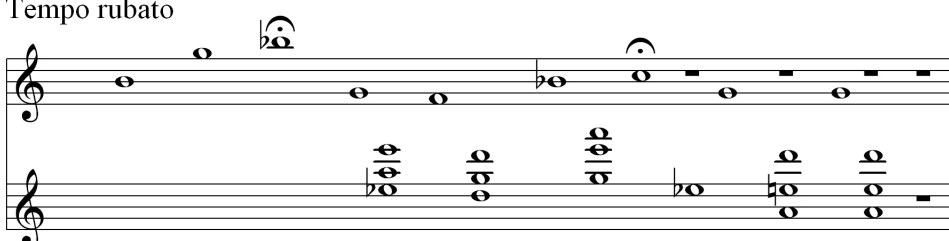
Nach einer Weile schlug ich ihr ein Spiel vor – die Schulterschmerzen zum Anlaß nehmend – mit der Überlegung, vielleicht könne uns das weiterführen. Nicht gerade lustvoll, aber ohne viel Verwunderung oder Fragen, was denn das eine mit dem anderen zu tun haben könne, schaute sie sich kurz um und griff 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:

Tempo rubato

Psalter
(Patientin)

Klavier
Therapeutin



Die Patientin beginnt auf einem Psalter²¹ 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 Musiktherapeut(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.

2.5 HÖREN UND VERSTEHEN

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 Metallophon²², 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 Schweben. 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

2.5 HÖREN UND VERSTEHEN

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 begebenden 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

Blickpunkt Musiktherapie: Tötungsphantasien heute und 'Euthanasie' im 'Dritten Reich'²³

BUCHBEITRAG

2.6

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 handle 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 entschärft 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 eiserne 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 notwendigen 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 Reichsärztesführer 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.

2.6 BLICKPUNKT MUSIKTHERAPIE

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. Morphin-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-refraktärer 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 so viele 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 verzweiferten 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 Ärztekommisionen 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,

2.6 BLICKPUNKT MUSIKTHERAPIE

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 eingenaht 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 eingäschert. 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 Erbberechtigten 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 durch die 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 berücksichtigt 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

2.6 BLICKPUNKT MUSIKTHERAPIE

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 ungezügelter 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.

L I T E R A T U R

- 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, Aug. Aug./Sept.
- Klee, Ernst (1983, Aug. 1989): ‚Euthanasie‘ im NS-Staat. Die ‚Vernichtung lebensunwerten Lebens‘. Fischer, Frankfurt a. M.
- Klee, Ernst: (1986, Aug. 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, Aug. 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, Aug. vom 14.10.

Nichts ist ohne Grund

BUCHBEITRAG

2.7

Musiktherapie bei funktionellen Störungen²⁴

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 Internacional Latinoamericana Musicoterapia, Vol 2, 1996)

2.7 NICHTS IST OHNE GRUND

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 Durchhaltenden 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 PatientInnen daher zuerst um die Wiederherstellung des Sinnzusammenhangs 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 PatientInnen nicht zu SimulantInnen 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

2.7 NICHTS IST OHNE GRUND

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 Schmerz Wahrnehmung 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‘: ‚aufreißen, 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

2.7 NICHTS IST OHNE GRUND

‚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 (Töpker 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. Töpker 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 Töpker 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 eingeeengt 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

2.7 NICHTS IST OHNE GRUND

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

2.7 NICHTS IST OHNE GRUND

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 Sinnzusammenhangs.

„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

2.7 NICHTS IST OHNE GRUND

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 konstellierte, 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.

Katamnestiche 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

2.7 NICHTS IST OHNE GRUND

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

2.7 NICHTS IST OHNE GRUND

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 Bewerbstelligens 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 tritt‘, 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.

2.7 NICHTS IST OHNE GRUND

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 unerkant 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 unerkant 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 Bewerbstelligens zu verstehen ist, kommt die hohe Sensibilität der Gruppe entgegen, so daß diese Bemühungen

in dieser Umgebung durch ‚Erfolgserebnisse‘ 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 entschlief, 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 Einwüfen 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 jugenhaft 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.

L I T E R A T U R

- 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. (1987): 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

2.7 NICHTS IST OHNE GRUND

- 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. Triolog, 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
- Weymann, 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 Eröffnungsvortrag²⁶ 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

1 Warum 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 hinten 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.

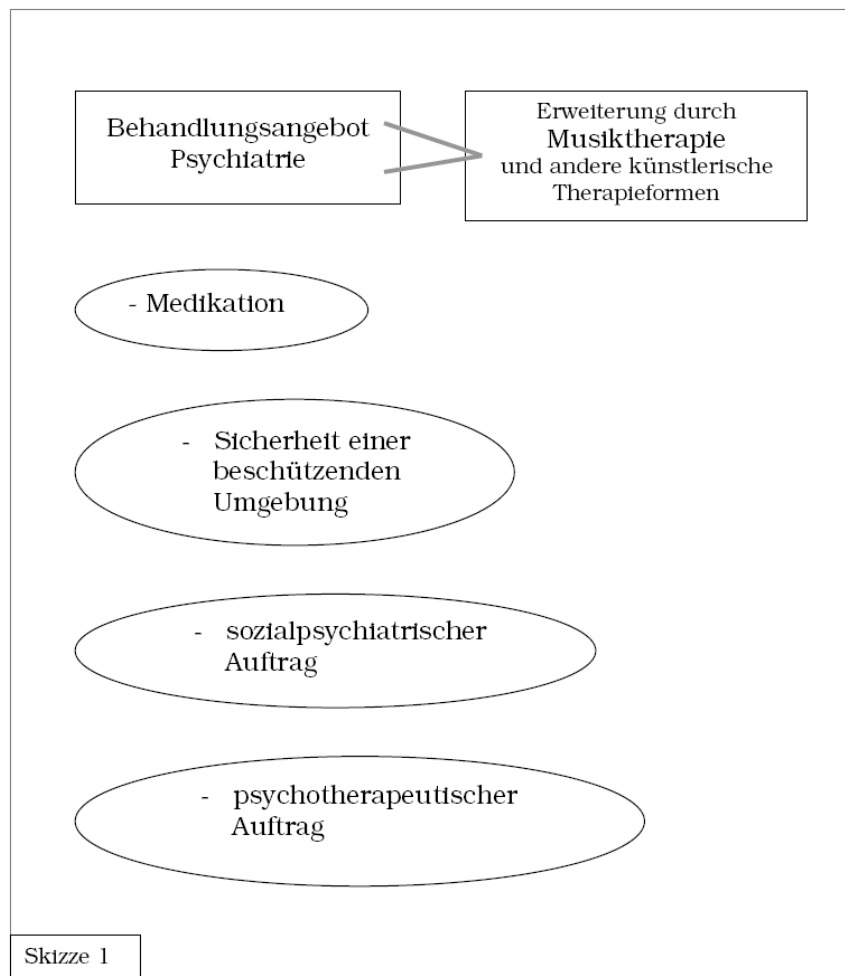
Und sind nicht diejenigen, die wir für gewöhnlich als geistig Behinderte kategorisieren, vielleicht vor allem darin behindert worden, überhaupt einen Zugang zu einer gemeinsamen Wirklichkeit mit anderen zu bekommen? Gemeinsame Wirklichkeit konstituiert sich zu einem großen Teil über Sprache, die vielen 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.



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 Klinikultur 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 Charybdis²⁷ erweisen und darüber vielleicht erfahrbar 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 Psychiatricaufenthalt 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 vorzuschicken, 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).

2.8 WARUM BRAUCHT DIE PSYCHIATRIE DIE KUNST?

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

2.8 WARUM BRAUCHT DIE PSYCHIATRIE DIE KUNST?

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. Ausbildungsvoraussetzungen²⁹

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 eine kurze Zusammenfassung hier nicht möglich ist.)

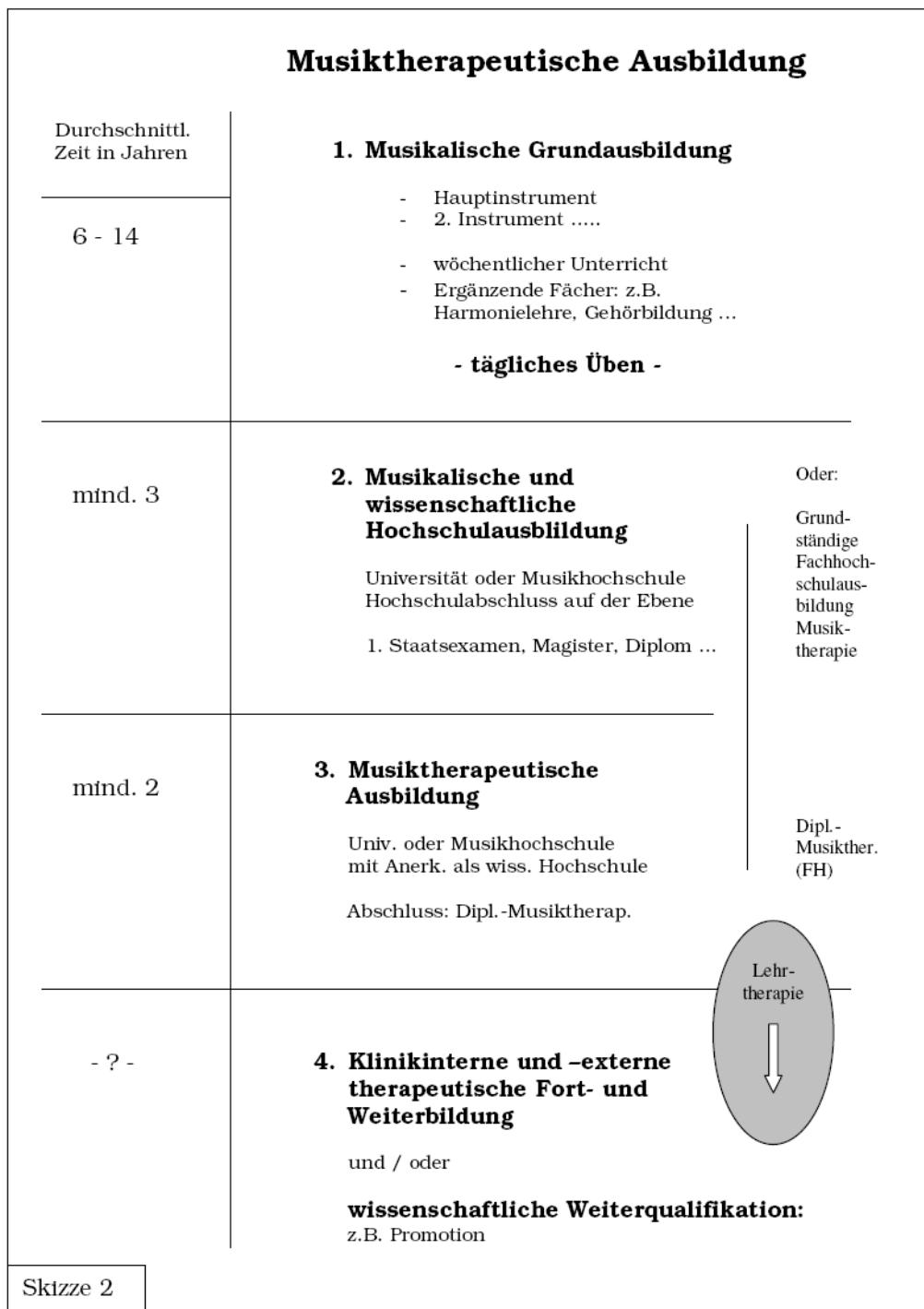
Einen Überblick über die musiktherapeutische Ausbildung soll mit der Skizze 2 gegeben werden.

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 berufsbegleitende 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 Problemerkahrungen zutrifft. Dadurch wird die Musik oft auch zu einer notwendigen Form der alltäglichen Selbstbehandlung.



2.8 WARUM BRAUCHT DIE PSYCHIATRIE DIE KUNST?

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. Töpker 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 Musiktherapeut³⁰ zu wenig in die Gesamtbehandlung seiner PatientInnen einbezogen ist.

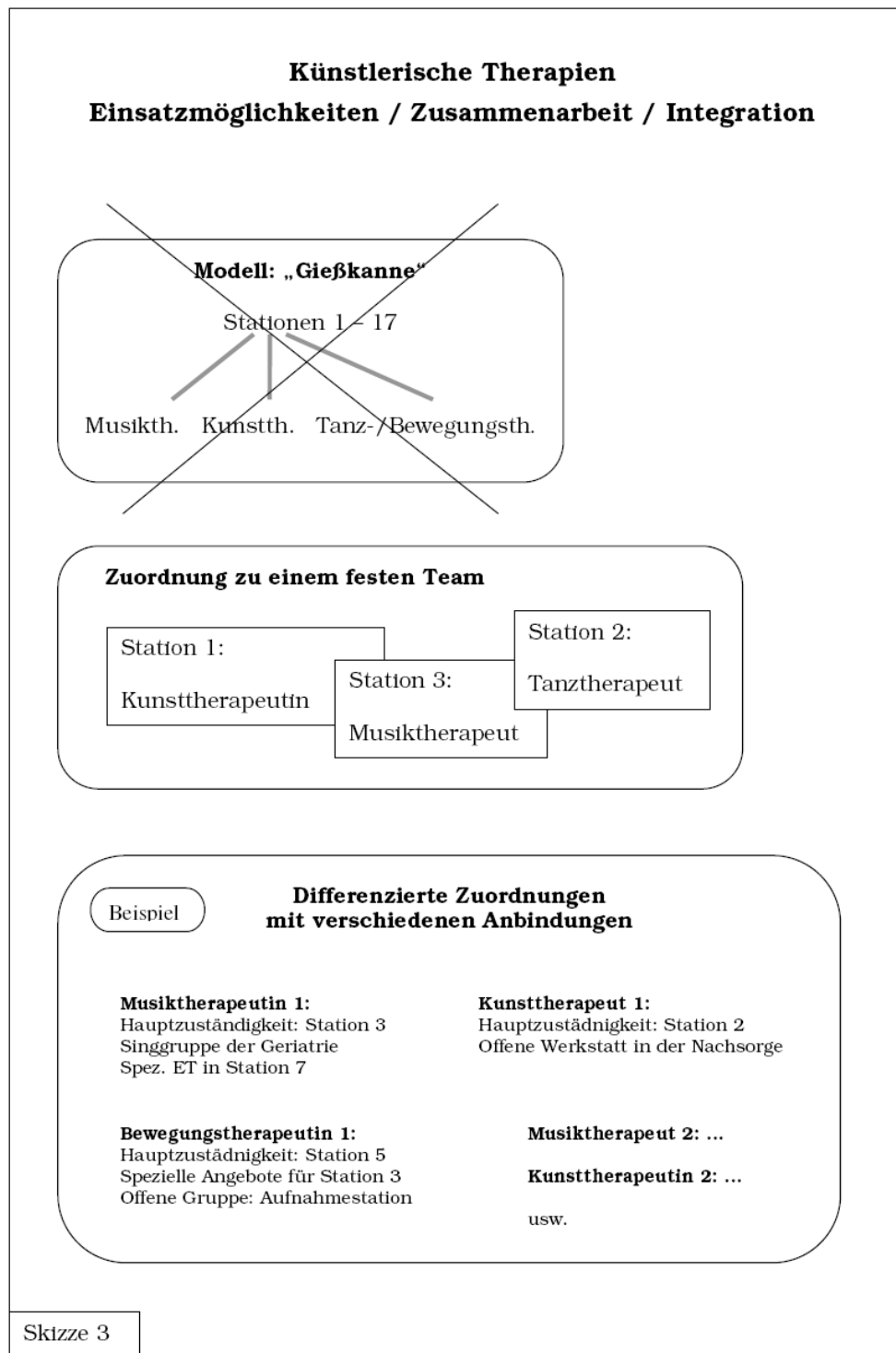
Im Einzelnen heißt dies:

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.

2.8 WARUM BRAUCHT DIE PSYCHIATRIE DIE KUNST?

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.



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.)

2.8 WARUM BRAUCHT DIE PSYCHIATRIE DIE KUNST?

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 Organisationszusammenhänge, 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. Töpker (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. Töpker (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. Töpker (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
- Töpker, Rosemarie (1996a): Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie. 2. überarb. und erw. Auflage, LIT-Verlag, Münster
- Töpker, Rosemarie (1996b): Nichts ist ohne Grund. Musiktherapie bei funktionellen Störungen. In: R. Töpker (Hrsg.): Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis und Forschung. LIT-Verlag, Münster, S. 8-37
- Töpker, 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 Musiktherapie³¹

BUCHBEITRAG

2.9

Zusammenfassung

Überblicksartikel über die Entwicklung der Morphologischen Musiktherapie seit 1980, ihre Ableitung aus der Morphologie Goethes und der Morphologischen Psychologie Wilhelm Salbers. Der Artikel fasst 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 Entwicklung der morphologisch orientierten Musiktherapie gründet in der Morphologischen Psychologie. Diese wiederum ist historisch vor dem Hintergrund einer allgemeinen Morphologie zu betrachten, 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

2.9 MORPHOLOGISCH ORIENTIERTE MUSIKTHERAPIE

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 Initiatoren (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

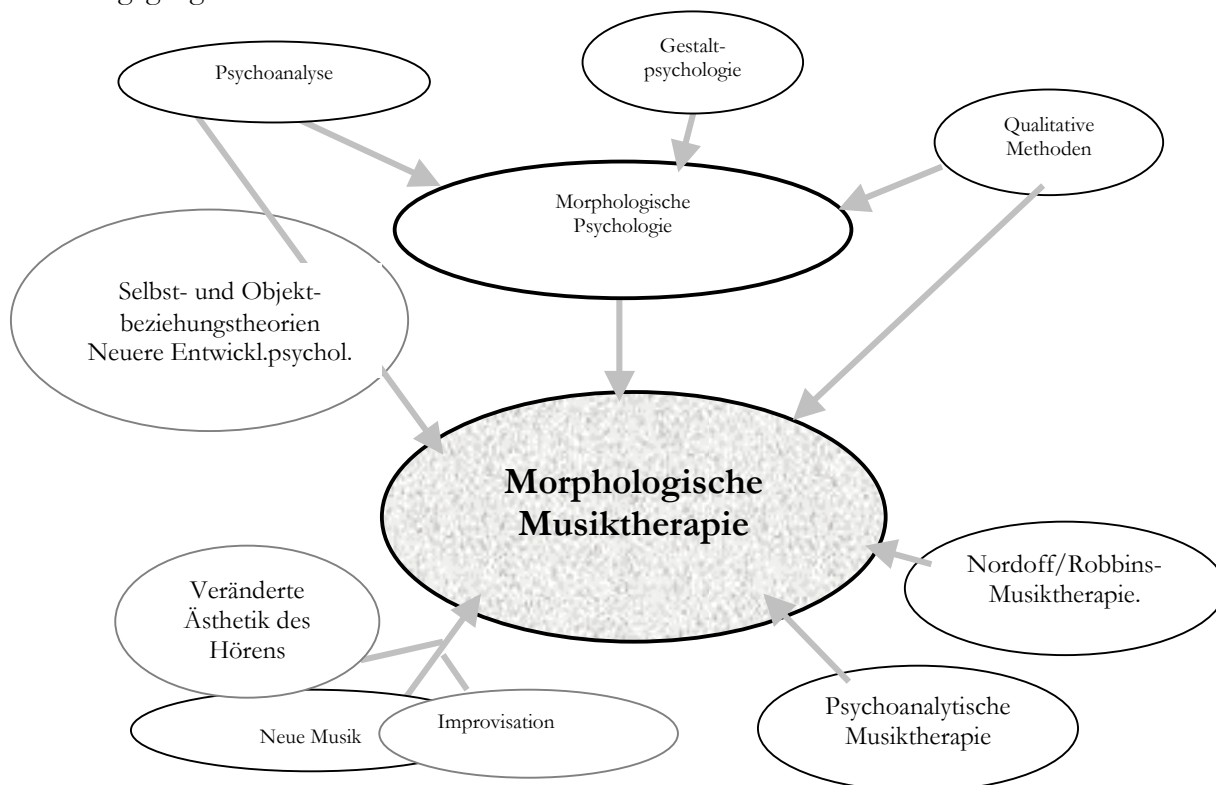
2.9 MORPHOLOGISCH ORIENTIERTE MUSIKTHERAPIE

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 Erfahrungen (‘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 „psychodramatische“ 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 ersetzter 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 wiederkehrende 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

2.9 MORPHOLOGISCH ORIENTIERTE MUSIKTHERAPIE

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 ummodellieren 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.

2.9 MORPHOLOGISCH ORIENTIERTE MUSIKTHERAPIE

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.)

2.9 MORPHOLOGISCH ORIENTIERTE MUSIKTHERAPIE

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), Schweben, 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 Bereiche 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-Böning 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

2.9 MORPHOLOGISCH ORIENTIERTE MUSIKTHERAPIE

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 Werkstattbereich 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
- Mönte, 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. Grünwald, 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

2.9 MORPHOLOGISCH ORIENTIERTE MUSIKTHERAPIE

- 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. Umriss zu einer Morphologie der Weltgeschichte. Wien, München 1972
- Splithoff, 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

Zusammenfassung

Der Beitrag begründet ein Plädoyer für eine musikalische Arbeit mit alten Menschen von der Instrumentalpädagogik über die Erhaltung musikalischer Aktivitäten und die Förderung sozialtherapeutischer Aktivitäten bis hin zur Psychotherapie.

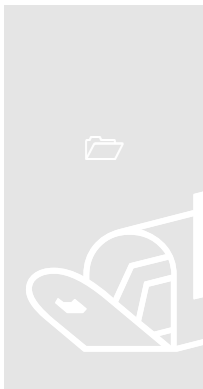
Keywords music and music therapy, elderly people, psychotherapy

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 mit habe, 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*

2.10 MUSIK BIS INS HOHE ALTER

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 Selbstwertung 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 einführende Verstehen solcher Prozesse etwas ist, was hilft.

Inzwischen ist die Psychotherapie mit älteren Menschen³³ 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. Töpker 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 (Töpker, 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 geschrien, 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.:

2.10 MUSIK BIS INS HOHE ALTER

- 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
- Töpker, 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 Menschen³⁴

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 beinhaltet 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 Diplomarbeiten³⁵ – 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, Prickett/ 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* Behandlungsauftrag³⁷ 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. Töpker 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 Sterbegleitung übergehen, wie dies bereits von Munro 1986 beschrieben wurde.

Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang auch die später erschienene umfangreiche Arbeit von Grümm (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 hirnganischen 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 Gesichtspunkte 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 Validation³⁸ (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 behandlingstechnischen 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, wohl auf sein, sich wohl befinden“ und „können, vermögen, imstande sein“, aber auch: „wert sein, gültig sein“ (von Wörtern).

2.11 MUSIKTHERAPEUTISCHE KONZEPTE MIT ALTEN MENSCHEN

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, entwickle 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 aufgebener?) 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 Einhüpl 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 eindrucksvolle 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 Krankenhaus 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 skandierende 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, dass 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 Selbstaussdruck 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 unbefangene 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 eindrucksvoll schildert (s. S. 143ff in diesem Band).

verh. 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. (Tüpkker 1988/1996, S. 110ff)

2.11 MUSIKTHERAPEUTISCHE KONZEPTE MIT ALTEN MENSCHEN

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 Selbstaussdruck 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: Chimes⁴² 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 Oceandrum⁴³ 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.

2.11 MUSIKTHERAPEUTISCHE KONZEPTE MIT ALTEN MENSCHEN

den von ihr vorgegebenen Rhythmus bei. Frau F. geht gut mit und spielt nun auch lauter. Als nächstes variere 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 Menschenrechte 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 Problembereich 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 Betroffenen 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, Immergeleichen und »Verinselten« inzwischen gewandelt. Was mir jetzt auffällt, ist ein Geflecht von Interaktionen, persönlichen

2.11 MUSIKTHERAPEUTISCHE KONZEPTE MIT ALTEN MENSCHEN

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 gemeinschaftsbildende 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 ebenso wenig 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 telefonischen 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 handle, 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 jüngerer 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 Gespräch⁴⁵ 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 Klangschaale, 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.“

2.11 MUSIKTHERAPEUTISCHE KONZEPTE MIT ALTEN MENSCHEN

- „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

2.11 MUSIKTHERAPEUTISCHE KONZEPTE MIT ALTEN MENSCHEN

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 „grogen 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, Abenteurlust, 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 Gegenteil 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)

2.11 MUSIKTHERAPEUTISCHE KONZEPTE MIT ALTEN MENSCHEN

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 frühen 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 Severely Regressed 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 Confused 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

2.11 MUSIKTHERAPEUTISCHE KONZEPTE MIT ALTEN MENSCHEN

- 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: *Perceptual 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
- Prickett, 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 Musiktherapie⁴⁷

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 psycho-logische, 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 krebserkrankten 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.

2.12 EINIGUNG IN DIFFERENZ

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 Konferenz⁴⁸)

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.

2.12 EINIGUNG IN DIFFERENZ

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 derzeit im Gesundheitswesen wirkende Paradigma passt, und die Musiktherapie – wie andere Formen der Behandlung, die das Subjekt ins Zentrum rücken⁴⁹ – 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 Stilllegung 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

2.12 EINIGUNG IN DIFFERENZ

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.

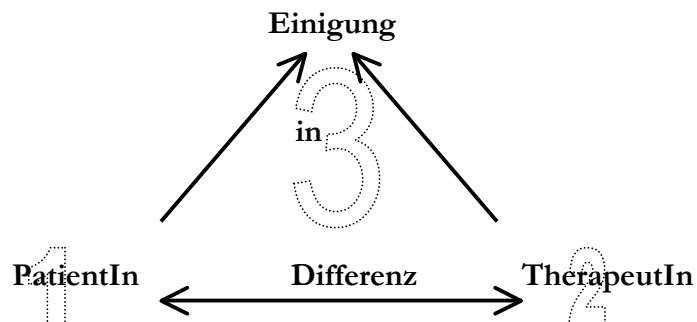


Abb. 1: Das Dritte bildet nicht die Einigung allein, sondern ebenso die Differenz, die in dieser Einigung aufgehoben ist.

‚*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.

2.12 EINIGUNG IN DIFFERENZ



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 Mangel Erfahrungen 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 Behandeln 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.

2.12 EINIGUNG IN DIFFERENZ

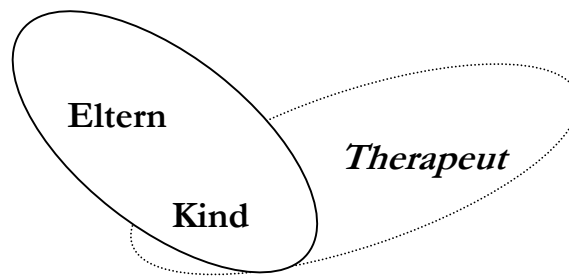


Abb. 3: In der Kindertherapie ist zunächst der Therapeut der hinzukommende Dritte. Er muss darauf achten, den Behandlungsauftrag auch vom Kind zu bekommen.

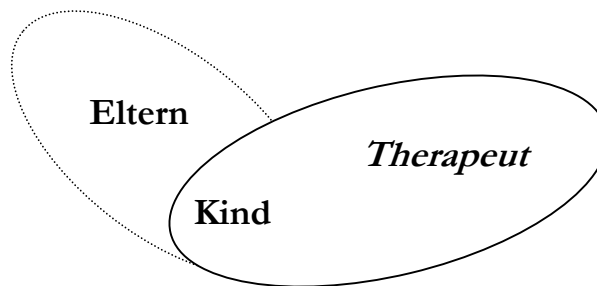


Abb. 4: Während der musiktherapeutischen Arbeit sind die Eltern als das Dritte in der Beziehung zum Kind zu berücksichtigen

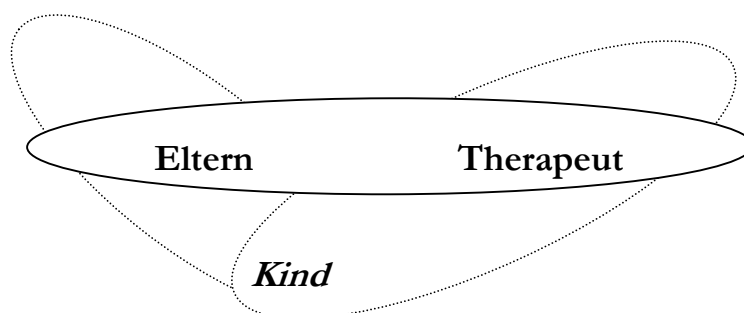


Abb. 5: Im Elterngespräch treten kurzfristig die jeweils anderen Beziehungen in den Hintergrund. Sie bleiben aber Anlass und Zentrum der Beziehung zwischen Eltern und Therapeut.

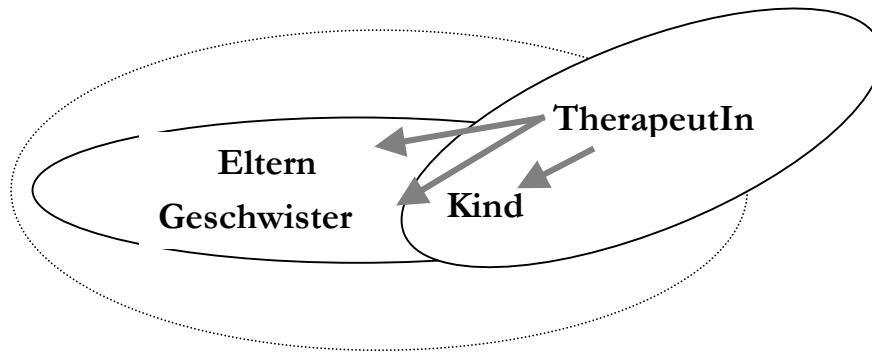


Abb. 6: Im Familiengespräch bezieht der Therapeut (unter Wahrung der entstandenen Beziehung zum Kind) einen Auftrag aus den ihm wahrnehmbaren Beziehungen der Familienmitglieder untereinander und spricht mit und zu jedem anwesenden Mitglied der Familie.

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 Behandlungsauftrags 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 Gewalt⁵⁰, 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

2.12 EINIGUNG IN DIFFERENZ

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 Unterworfenensein des Selbst unter unheimliche, mächtige, unbeeinflussbare Kräfte oder als geschädigt, missbraucht, aber noch nicht einmal als Opfer „gemeint“ und insofern als Subjekt unwert, ungesehen, unerkant.

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