

Rosemarie Töpker

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	

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 |

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 |

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) 18
"Methodisch-Werden" (ebd. S. 217-220) 20
"Anders-Werden" (ebd. S. 13-15) 22
"Bewerkstelligen" (ebd. S. 65-67) 24 | |
| 5.3 | "Forschungsmethodik" (ebd. S. 102-104) 27 | |
| 5.4 | "Sexueller Mißbrauch" (ebd. S. 336-339) 30 | |

BAND

3

**BEITRÄGE
ZU FORSCHUNGSMETHODIK UND
WISSENSCHAFTSTHEORIE**

Wissenschaftlichkeit in kunsttherapeutischer Forschung¹²

BUCHBEITRAG

3.1

Zusammenfassung Jenseits der notwendigen Auseinandersetzung über die Struktur und Wandlung des Wissenschaftsbegriffs, seiner philosophischen und historischen Fundierung und seiner Konsequenzen für die Forschung und das Weltbild, wird hier versucht, anhand der immer wieder auftauchenden Klischees von Wissenschaftlichkeit aufzuzeigen, daß eine Modifizierung des Wissenschaftsbegriffes notwendig ist, um den Prozessen gerecht zu werden, um die es auch in der Musiktherapie geht. Die „Forderungen“ nach Reproduzierbarkeit, Objektivität und Empirie werden auf ihre Angemessenheit in bezug auf den Untersuchungsgegenstand hin betrachtet und auf ihren „Sinn“ zur Gewährleistung wissenschaftlichen Vorgehens hin untersucht. Anhand dieser „Stichworte“ werden konkrete Vorschläge zu einer Modifizierung gemacht und durch die Forderung nach einer eigenen wissenschaftlichen Gegenstandsbildung ergänzt. Der Aufsatz hat das Ziel, Musiktherapeuten/-innen Argumentationshilfen in wissenschaftlichen Diskussionen an die Hand zu geben und zu einer weiteren Beschäftigung mit den Fragen der Wissenschaftlichkeit anzuregen.

Abstract Leaving aside the necessary debate on the structure and transformation of the concept of science its philosophical and historical foundations and its consequences for research and view of the world, an attempt is made here – on the basis of the recurring clichés concerning the „scientific approach” – to show that the concept of science must be modified to accommodate the processes involved in music therapy. ‚Demands’ for reproducibility objectivity and empiricism are examined with a view to their relevance in music therapy and the extent to which they guarantee scientific procedure. Concrete proposals for modifications are made, and it is suggested that music therapy should define its own research object. The author aims to provide arguments for music therapists involved in academic discussion of this matter, and to encourage them to explore it further.

Keywords concept of science, reproducibility, objectivity, empiricism, reseach object

¹ In: Musiktherapeutische Umschau 1990 Band 11/1 Bochinsky Verlag, 11-20. Sowie mit dem Titel „Auf der Suche nach angemessenen Formen wissenschaftlichen Vorgehens in kunsttherapeutischer Forschung“ in: Peter Petersen: Ansätze kunsttherapeutischer Forschung, Springer Verlag, Berlin/Heidelberg/New York 1990. Neuauflage in: Peter Petersen (Hg): Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Mayer Verlag, Stuttgart 2002, 34-72

² Der vorliegende Aufsatz ist als „Nachschrift“ zu dem von Peter Petersen initiierten Symposium „Kunsttherapeutisches Handeln und künstlerische Therapieformen als Gegenstand der Forschung“, Loccum 27. bis 29. November 1987, entstanden.

3.1 WISSENSCHAFTLICHKEIT IN KUNSTTHERAPEUTISCHER FORSCHUNG

Mit der Einladung zum Symposium verband sich für mich die Erwartung, eigene wissenschaftliche Bemühungen im Bereich musiktherapeutischer Forschung mit dem Vorgehen anderer Kunsttherapeuten zu vergleichen und anhand der Vorstellungen, Erwartungen und Einwände von Wissenschaftlern anderer Fachbereiche eine Klärung und Verdeutlichung der notwendigen methodischen Forderungen zu gewinnen. Hintergrund meiner eigenen Forschungen ist die Morphologische Psychologie, wie sie von Wilhelm Salber (1975b) an der Kölner Universität entwickelt wurde, der es meines Erachtens gelungen ist, künstlerische Weltsicht wissenschaftlich zu nutzen und dadurch der Kunst eine ihr gemäße Wissenschaftlichkeit anzubieten.

Der Begriff „Kunsttherapien“ ist hier – wie auf dem Symposium selbst – im übergeordneten Sinne gemeint als Sammelbegriff für all die Therapieformen, die eine der Künste (Musik, bildende Kunst, Tanz, Theater...) für sich zum Ausgangspunkt ihres therapeutischen Handelns machen und eine dieser Künste – in entsprechend verwandelter Form – praktisch *in* die Behandlung psychischer Erkrankungen einbeziehen.

Auf dem Symposium schienen sich bisweilen wieder „Wissenschaft“ und „Kunst“ (-therapien) wie Feinde gegenüberzustehen: die Wissenschaft fordernd, die Kunst (-therapie) sich verbergend – als müsse das ihr Innewohnende vor dem „kalten“ Blick der Wissenschaft geschützt werden, als suche dieser Blick sie nicht zu erkennen, sondern zu entkräften und entleeren. Angenehme Überraschung und Hoffnung auf Vermittlung war mir dabei hingegen, daß sich dieser Vorgang nicht so glatt auf die anwesenden Vertreter der „Wissenschaftler“ und „Künstler“ aufteilen ließ. Die Unterschiedlichkeit aller Teilnehmer machte deutlich, daß es weder *die* Kunsttherapie noch *die* Wissenschaft gibt, sondern für die Erforschung kunsttherapeutischer Prozesse mehr oder weniger förderliche wissenschaftliche Methoden, so wie es verschiedene kunsttherapeutische Behandlungsmethoden gibt, die die aktive Erforschung von Krankheitsprozessen in unterschiedlichem Maß in den Vordergrund stellen.

Was durch die Vielfalt der Weltanschauungen und Kunst- und Wissenschaftsverständnisse erschwert wurde, war die konkrete Neufassung bestimmter wissenschaftlicher Forderungen für den Bereich der Kunsttherapien, wie ich sie mir vom Symposium erhofft hatte. Ich möchte deshalb im folgenden einige Vorschläge dazu unterbreiten, wie kunsttherapeutische Forschung auf die Forderungen einer wissenschaftlichen Untersuchung eingehen kann. Dies werde ich anhand von Stichworten tun, die in solchen Diskussionen immer wieder auftauchen, ohne den Gesamtzusammenhang der Strukturen von Wissenschaftlichkeit und des Wissenschaftsbegriffes darzulegen. Diese Verkürzung erscheint mir entschuldbar, weil zur Struktur von Wissenschaftlichkeit ausreichend Literatur vorliegt, auf die ich in der Literaturliste gesondert hinweisen werde (Enzyklopädie der geisteswissenschaftlichen Arbeitsmethoden 1969; Kuhn 1978; Salber 1975b; Toulmin, 1968, 1969; Weizsäcker 1959). Sie erscheint mir notwendig, um der Griffigkeit der Klischees, an denen sich Wissenschaftlichkeit trotz aller grundsätzlichen Diskussionen immer wieder festmacht, einmal ähnlich griffige Stichworte gegenüberzustellen.

Die Forderung nach Reproduzierbarkeit

Reproduzierbarkeit im Sinne klassischer Naturwissenschaft heißt: Das Experiment muß jederzeit, an jedem Ort, unabhängig vom Untersucher wiederholbar zum selben Ergebnis führen. Vorausgesetzt man ist sich einig darüber, daß der Untersuchungsgegenstand

kunsttherapeutischer Forschung immer ein *psychischer Prozeß* ist, stehen dieser Forderung zwei Grundtatsachen des Untersuchungsgegenstandes gegenüber:

1. Die Individualität psychischer Prozesse

- a) Individualität im Hinblick auf den Untersuchungsgegenstand besagt: Keine zwei Menschen sind einander gleich. Streng genommen muß daraus folgen: „Dieselbe Maßnahme“ – angewandt auf zwei (und mehr) Menschen – **kann** niemals zum **selben** Ergebnis führen.
- b) Kunsttherapie ist (wie jede Psychotherapie) ein transpersonales Geschehen (eine Begegnung zwischen Menschen). Das therapeutische Verfahren ist daher nie gänzlich von der Individualität des Therapeuten und ihrer Wirksamkeit zu trennen. Streng genommen folgt daraus: „Dieselbe Maßnahme“ – von zwei unterschiedlichen Therapeuten durchgeführt – ist von vornherein schon eine andere.
- c) Für die künstlerischen Therapieformen, bei denen die Patienten Musik improvisieren, Bilder malen, Bewegungen ausführen, kommt hinzu: Keine zwei Improvisationen, keine zwei Bilder, keine zwei Bewegungen sind einander gleich. Individualität gilt hier also nicht nur für die beteiligten Personen, sondern ist auch für jede Produktion gegeben.

2. Die Geschichtlichkeit psychischer Prozesse

Der Begriff der Geschichtlichkeit ist in gewissem Sinne der Gegenpol des Begriffes der Individualität. Verweist Individualität neben der Einzigartigkeit auch auf das Gleichbleibende: „Ich bleibe durch alle Erlebnisse hindurch ich“, so verweist Geschichtlichkeit auf die Tatsache, daß jeder Mensch von Tag zu Tag, Stunde zu Stunde seine Geschichte entwickelt und in jedem Moment dieser Geschichte „anders“ ist als im vorangegangenen.

- a) Aus der Tatsache der Geschichtlichkeit folgt: Eine psychologische Maßnahme ist auch am selben Menschen nicht im Sinne einer „Reproduktion“ mehrmals durchführbar.
- b) Dies gilt wiederum auch für den Therapeuten, denn in seiner Geschichtlichkeit ist er zu Beginn jeder neuen Behandlung je schon anders. Auch er kann streng genommen nicht dasselbe noch einmal genauso tun.
- c) Für die Kunsttherapien zeigt sich das Prinzip der Geschichtlichkeit auch in dem Prozeß der produzierten „Werke“. Jedes weitere Werk erwächst aus dem, was das vorangegangene als Historisch-Gewordenes hinterlassen hat.

Zum Vergleich: Die Reihenfolge der Sätze eines dreisätzigen Musikstückes läßt sich nicht vertauschen, ohne daß Gestalt und Bedeutung wesentlich verändert werden. Erst nach der „Geschichte“ des ersten hören wir den zweiten (z. B. langsamen) Satz auf diese besondere Art, wir setzen ihn – bewußt oder unbewußt – in Beziehung,

3.1 WISSENSCHAFTLICHKEIT IN KUNSTTHERAPEUTISCHER FORSCHUNG

erleben ihn als Kontrast, Ergänzung, Erweiterung... Er entwirft uns Erlebnisraum für das Folgende. Er hat seinen historischen Ort.

Will man in der kunsttherapeutischen Forschung also tatsächlich psychische Prozesse untersuchen und nicht etwa physiologische Begleiterscheinungen, so muß man feststellen, daß die Forderung der Reproduzierbarkeit dem Untersuchungsgegenstand nicht angemessen ist, weil Individualität und Geschichtlichkeit eine Reproduktion ausschließen. Gehen wir einen Schritt zurück und fragen nach dem Sinn der Forderung nach Reproduzierbarkeit: Reproduzierbarkeit eines Versuches soll es ermöglichen, daß potentiell jeder (jederzeit, an jedem Ort) den Versuch noch einmal durchführen und damit das Ergebnis *überprüfen* kann.

Diesem Sinn kann in der kunsttherapeutischen Forschung durch eine Darstellung gefolgt werden, die eine *Nachvollziehbarkeit* ermöglicht. Nachvollziehbarkeit kann gewährleistet sein durch eine Darstellung, die dem Entwicklungsprozeß Schritt für Schritt folgt, auf eine Ganzheit bezogen ist, die klar umgrenzt und als solche benannt ist, die im Aufzeigen von Gliedzügen Phänomene als wirkende Ganzheiten verstehbar macht, deren Regulationen eine Rekonstruktion der Phänomene verdeutlichen, die in sich psychologisch stimmig ist, so daß aus ihr heraus Veränderungen, Stillstand, Chancen und Grenzen verstehbar werden. Das alles muß bezogen sein und sich messen lassen an einer allgemeinen Systematik, die als solche expliziert sein muß. Dadurch ist eine immanente Kontrolle „im Kopf“ möglich, die Absicherung deutlich und zugleich Anzweifeln möglich macht.

Der Forderung nach *Reproduzierbarkeit* entspricht für den Gegenstandsbereich kunsttherapeutischer Forschung die Forderung nach *Nachvollziehbarkeit*.

Die Forderung nach Objektivität

Die Forderung nach Objektivität wird in Diskussionen über Wissenschaftlichkeit immer wieder an bestimmten Verfahren festgemacht, so als seien diese ein Garant derselben, der von den Mühen des eigenen Denkens, Zweifelns und dem Ringen um Erkenntnis suspendiert. Objektivität und Wissenschaftlichkeit werden dabei oft wie Synonyme gebraucht, und als objektiv und damit wissenschaftlich gilt dann das, was gemessen, in Zahlen und nach den Regeln der Statistik erfaßt ist.

Objektivität wird gesucht in Verfahren wie dem doppelten Blindversuch, in standardisierten Interviews, Polaritätsprofilen, der Sample-Technik, dem Random-Verfahren und verschiedenen Auswertungskriterien für standardisierte Fragebögen. Die Forderung nach Objektivität vermischt sich dabei oft mit einem Mythos der großen Zahl und verliert dabei aus dem Auge, daß die Fragen nach dem Wieviel, dem Wie oft (Quantifizierung) die Fragen nach dem Was (Qualität) und nach dem Warum (Begründungszusammenhang) nicht beantworten können.

Objektivität läßt sich nicht an bestimmten Verfahren festmachen, und Richtigkeit einer Erkenntnis ist durch diese nicht zu garantieren. Der Sinn der Forderung ist das Freisein der Tätigkeit des Forschens von *erkenntnisverfälschenden* subjektiven Einflüssen im Sinne von Wünschen, Befindlichkeiten, Erwartungen, Einschränkungen und Verkehrungen. Deshalb wurden Verfahren entwickelt, die als Ideal eine Unabhängigkeit der Beobachtung vom

Beobachter suchen: im Doppelblindversuch durch die Unbekanntheit des Medikaments und damit der zu erwartenden Wirkung für Patient und Arzt, in den standardisierten Interviews, Tests etc. in der Unbeeinflußtheit durch den Fragenden, des weiteren durch statistische Auswertungsverfahren, die einzelne Elemente isolieren und anderes („subjektives“) herauszufiltern verstehen, indem durch die große Zahl und die Regeln zur statistischen Relevanz nur die benannten Elemente in die Untersuchungsergebnisse eingehen.

Für den Bereich der kunsttherapeutischen Forschung ist dieser Weg der Suche nach Objektivität nicht gangbar. Ihm stehen Grundtatsachen des Untersuchungsgegenstandes entgegen.

1. Begegnung von Subjekten

Jede Kunsttherapie lebt von der Begegnung zweier (oder mehrerer) Menschen, die notwendig von subjektiven Faktoren mitbestimmt ist. Diese Begegnung wird in den verschiedenen Kunsttherapien unterschiedlich definiert, methodisch beschrieben und gehandhabt. Sie ist aber immer wesentliches und wirksames Agens der Behandlung.

Würde sie in der wissenschaftlichen Betrachtung als „Störfaktor“ der Untersuchung auszuschalten gesucht, so würde gerade *dadurch* das Ergebnis verfälscht. Damit würde der *Sinn* der Forderung nach Objektivität verfehlt bzw. ins Gegenteil verkehrt.

2. Das gemeinsame Werk

In den meisten Formen von Musiktherapie steht die gemeinsame Improvisation zwischen Patient (oder Gruppe) und Therapeut im Mittelpunkt der Behandlung. Das Mitspielen des Therapeuten kann dabei im therapeutischen Prozeß unterschiedliche Funktionen haben, die im einzelnen zu untersuchen sind. Durch sein Mitspielen ist er aber nie nur unbeteiligter Beobachter. Er wirkt mit an einem gemeinsamen Werk. Vergleichbares gilt für die anderen künstlerischen Therapieformen. Es gilt über das gespielte, gemalte... Werk hinaus für die gesamte Behandlungssituation – also das Gespräch; denn es ist das gemeinsame Behandlungswerk, welches eine Veränderung beim Patienten bewirkt.

3. Mitbewegung

Der Prozeß der Behandlung selbst fordert die Mitbewegung des Behandlers sowohl in der Anwendung der Künste als auch im Gespräch. Für die Behandlungssituation ist die Gefahr der „verfälschenden“ subjektiven Einflüsse daher anders zu definieren als bei einer wissenschaftlichen Untersuchung, nämlich als Gefahr der unsachgemäßen subjektiven Beeinflussung des Patienten. Unsachgemäß ist die Beeinflussung dann, wenn sie nicht durch die Eigenart des Patienten und die bestehende Problematik seiner Lebenskonstruktion motiviert ist, sondern durch unreflektierte Wünsche des Behandlers.

Diese Gefahr nicht zu sehen oder zu erwarten, es ließe sich ein irgendwie gearteter „objektiver“ Standpunkt finden, der diese Gefahr ausschaltet, hieße ihr schon von vornherein zu unterliegen. Dies ist zum einen erkenntnistheoretisch ableitbar, insofern man

3.1 WISSENSCHAFTLICHKEIT IN KUNSTTHERAPEUTISCHER FORSCHUNG

die Existenz des Unbewußten anerkennt und damit die unabänderliche Begrenztheit der Bewußtheit dessen, was Wirksamkeit konstituiert. Zum anderen zeigt es sich auch immer wieder in der Praxis, was im einzelnen nachzuweisen wäre.

Die Forderung nach Objektivität hätte deshalb eine die Problematik verdeckende Wirkung. Sie ist sinnvoll zu ersetzen durch die Forderung nach *kontrollierter Subjektivität*, wie dies von verschiedenen Seiten her schon angeregt wurde (vgl. Tüpker 1988).

Die meisten Psychotherapien folgen dieser Forderung, indem Lehrtherapie und Supervision ein fester Bestandteil der Ausbildung und begleitende Kontrolle der therapeutischen Arbeit sind. Durch sie soll eine größtmögliche Bekanntheit der eigenen psychischen Strukturen, ihrer Wirksamkeit und Gefahren und eine fortwährende Aufdeckung der sogenannten Gegenübertragungsgefühle erreicht werden, mit dem Ziel, sie sinnvoll für den therapeutischen Prozeß zu nutzen statt sie unkontrolliert auszuleben. Lehrtherapie und Supervision sollten deshalb auch Grundforderungen für alle Kunsttherapien sein, denen jede Ausbildung Rechnung tragen müßte, wobei dies sicherlich durch sehr unterschiedliche spezifische Ausformungen möglich ist. Als Voraussetzungen müßten sie ebenso für den Einsatz der Kunsttherapien im Bereich der Behindertenarbeit gelten, wo diese Sichtweise bisher wenig üblich ist, was aufgrund der hier ausgeführten Überlegungen zu hinterfragen wäre.

4. Besonderheit der Untersuchungsmethode

Die in der Behandlung gespielte Musik, die Bewegungen, Bilder... lassen sich nicht mit den bekannten „objektiven“ Verfahren erfassen. Bei einer wissenschaftlichen Bearbeitung der Musik ist eine Versprachlichung eine unumgängliche Voraussetzung. Diese ist nur über die erlebbare Wirkung und eine methodische Verarbeitung möglich, die bei den subjektiven Eindrücken der Musik beginnt und in Sprache transformiert wird.

Für den Bereich der Musiktherapie wurden dazu Verfahren entwickelt, die von der Beschreibung der Musik ausgehend über die Kontrolle am musikalischen Material und über das In-Beziehung-setzen dieser Analysen zu anderen Informationen (z.B. die körperliche Erkrankung, Lebensgeschichte, Einfälle zur Musik, Situationen, Gesprächsform und -inhalte...) zu einer Rekonstruktion dessen gelangt, was in der Musik und darüber hinaus der „Fall“ ist. Auf diese Weise wird eine „Diagnose“ erstellbar, die nicht nur erfasst, was und warum in diesem Fall manches nicht funktioniert, sondern auch, was das Ganze am Leben erhält, was erreicht wurde, warum es sich so konstituieren mußte, was aufgegeben werden mußte und was zu (er)halten gesucht wurde. Eine solche spezifisch musiktherapeutische Diagnose wird Ausgangspunkt der Behandlung, und *an ihr* sind später die Wirkungen der Behandlung zu „messen“ (vgl. Tüpker 1988).

Subjektivität wird also explizit in die Untersuchung einbezogen, weil Musik, Bewegung, Malerei als seelisches Geschehen nicht anders in die wissenschaftliche Untersuchung eingehen können. Subjektivität sollte deshalb auch hier nicht auszuklammern gesucht, sondern statt dessen anerkannt und methodischen Kontrollen unterzogen werden.

5. Bedeutung der Vermittlung

Die methodischen Untersuchungsverfahren und ihre Darstellung müssen als weiteren Maßstab eine intersubjektive Vermittlung gewährleisten. Hier greift die Forderung der Nachvollziehbarkeit ein, durch die ein Vergleich von Erfahrungen, Untersuchungen und Ergebnissen ermöglicht werden kann. Intersubjektivität beinhaltet die Einigung auf bestimmte paradigmatische Voraussetzungen, wie z. B. die Anerkennung des Unbewußten und die Mehrfachdeterminiertheit des Seelischen.

Es ist wünschenswert, daß solche paradigmatischen Voraussetzungen in einer wissenschaftlichen Arbeit benannt bzw. als solche erkennbar sind. Diese Diskussion ist inzwischen erleichtert durch verschiedene wissenschaftstheoretische Erörterungen, die deutlich machen, daß *jede* Wissenschaft nur auf der Grundlage nicht beweisbarer Paradigmen möglich ist und somit das, was in der Wissenschaft als objektiv anerkannt ist, immer auf einem nicht beweisbaren Bezugssystem basiert (z.B. geozentrisches Weltbild im Mittelalter und kopernikanisches Weltbild).

Der Forderung nach *Objektivität* entspricht für den Gegenstandsbereich kunsttherapeutischer Forschung die Forderung nach *kontrollierter Subjektivität* und *Intersubjektivität*.

Die Forderung nach Empirie

Die Forderung, Forschung müsse empirisch sein, kann für den kunsttherapeutischen Bereich übernommen werden. Problematisch ist dabei nur, daß der Begriff des Empirischen eine Wandlung erfahren hat, der ihn auf den Gegenstandsbereich naturwissenschaftlicher Forschung einengt. Wird er *dann* – in seiner verengten Form – auf künstlerische oder allgemein seelische Bereiche übertragen, so ist er den tatsächlichen Erfahrungen nicht mehr angemessen.

Empirisch heißt zunächst: erfahrungsgemäß, auf Erfahrung beruhend. In bezug auf wissenschaftliches Arbeiten sind damit die Arten der Erkenntnisgewinnung gekennzeichnet, die von der Erfahrung ausgehen. Philosophiegeschichtlich ist der Empirismus die Gegenposition zum Rationalismus, er wurde in neuer Zeit von John Locke und Francis Bacon begründet. Dieser Gegensatz zwischen Empirismus und Rationalismus wurde aber schon durch Immanuel Kant wieder aufgehoben, der Erkenntnis als etwas aus Erfahrung und dem, was das Erkenntnisvermögen selbst (die Vernunft) liefert, Zusammengesetztes ansieht. In der modernen Wissenschaftstheorie taucht dieser Gedanke in der Analyse der Struktur des wissenschaftlichen Denkens in dem Zusammenwirken von Erfahrung und Theoriebildung wieder auf.

Die Einengung des Empiriebegriffes entstand durch die Gleichsetzung dieses Begriffes mit einem bestimmten *Verfahren*: dem Experiment. Das Experiment geht nicht von Erfahrungen allgemein aus, sondern von Beobachtungen unter kontrollierten Bedingungen. Genauer bezeichnet es „denjenigen Sonderfall der Beobachtung, unter *hergestellten*, planmäßig *variieren* und *wiederholbaren* Bedingungen, durch den eine *Hypothese* über den Zusammenhang zwischen den Bedingungen (unabhängige Variable) und den *Leistungsdaten* (abhängige Variable) geprüft werden kann. Die Daten sind dabei quantitativer Natur; das Experiment verläuft nach einem Plan ...“ (Drever und Fröhlich 1968, S. 113f)

3.1 WISSENSCHAFTLICHKEIT IN KUNSTTHERAPEUTISCHER FORSCHUNG

Ein *solcher* Empiriebegriff ist für kunsttherapeutische Prozesse unhaltbar. Abgesehen von dem, was bereits in den vorangegangenen Abschnitten gesagt wurde, ist zu betonen, daß hier über lineare Zusammenhänge gesprochen wird, denen die Überdeterminiertheit des Seelischen entgegensteht. Auch die Möglichkeit multifaktorieller experimenteller Untersuchungen löst diesen Widerspruch nicht auf, da auch bei ihnen eine begrenzte Anzahl von Variablen notwendig ist, während in den zu untersuchenden Prozessen ganzheitliche Wirkungszusammenhänge im Vordergrund stehen. Ganzheitlichkeit ist aber *nicht* in eine Anzahl von Variablen auflösbar.

Auch wird beim Experiment vorausgesetzt, daß der Experimentator nicht in einen Wechselprozeß mit dem Objekt der Untersuchung tritt. Gerade ein solcher Wechselprozeß ist aber in den Kunsttherapien gefordert.

Das Objekt des Experiments nimmt von sich aus keinen selbstbestimmten aktiven Einfluß auf die Versuchsanordnung. In Kunsttherapien hingegen ist eine wechselseitige Gestaltung notwendig. Der Patient ist eben *nicht* Objekt eines Experiments, sondern Subjekt eines Behandlungswerkes. Die therapeutischen Situationen *selbst* lassen sich nicht in experimentelle Anordnungen umformen, einmal davon abgesehen, daß hier auch ethische Fragen bedeutsam würden. Theoretisch ist denkbar, einzelne Fragestellungen, die die Kunsttherapie betreffen, aus dem Behandlungszusammenhang zu isolieren und experimentell zu untersuchen. Ihre Wertigkeit und Aussagekraft auf die Wirkungen der Kunsttherapie selbst sind aber nicht experimentell bestimmbar.

Engt man die empirische Methodik nicht auf das Experiment ein, sondern geht vom allgemeinen Empiriebegriff aus, so sind nähere Bestimmungen für den kunsttherapeutischen Gegenstandsbereich möglich:

- a) Die Erfahrung im Umgang mit den kunsttherapeutischen Situationen muß auf eine ausreichende Selbsterfahrung (eigene Behandlung) gründen.
- b) Sie muß durch Supervision und den Vergleich mit den Erfahrungen von Kollegen abgestützt und kontrolliert werden.
- c) Für den Bereich der Therapie und der Künste gilt ein Erfahrungsbegriff, der nicht auf sinnliche Wahrnehmung im engeren Sinne beschränkt ist. Er beinhaltet vielmehr einen Einübungsprozeß, der erst bestimmte Wahrnehmungen ermöglicht. Der jedem Menschen gegebene Sinnesapparat allein reicht hier als Voraussetzung nicht aus. Für den künstlerisch-ästhetischen Bereich wird dies eher anerkannt: Den meisten Menschen ist einsehbar, daß ohne einen entsprechenden Einübungsprozeß nicht jeder die Stimmen einer Bachschen Fuge „hört“, auch wenn er sie akustisch und physiologisch vernimmt. Entsprechendes gilt aber ebenso für die Wahrnehmung psychischer Prozesse und menschlicher Beziehungen, zumal dabei die eigenen (Gegenübertragungs-)Gefühle als Hinweise und Indikatoren für bestimmte seelische Verhältnisse genutzt werden müssen. Für die Kunsttherapien gilt dies auch für die im Mitspielen, Mitbewegen ... des Therapeuten zum Ausdruck kommenden Gefühle, die in Bezug zu den seelischen Verhältnissen des Patienten gesehen und gehört werden müssen.

Insofern beinhaltet das Ausgehen von der Erfahrung bestimmte Einübungsprozesse.

Für die wissenschaftliche Bearbeitung sind weitere Forderungen zu stellen:

- a) Die wissenschaftliche Darstellung sollte durch genaue Beschreibung der Erfahrung Verhalten *und* Erleben beinhalten.
- b) Die Hypothesenbildung sollte erkennbar sein, ebenso wie die Hypothesenbildung, die in den Behandlungsprozeß eingreift und somit die weitere Erfahrung mitbestimmt.
- c) Die Bedingungen und der Rahmen der Behandlung müssen deutlich sein (z.B. Setting, Stationszusammenhänge u.ä.), damit für den Leser einbezogen werden kann, auf welchem Hintergrund diese Erfahrungen möglich waren.
- d) Aus der Gebundenheit der Erfahrung an einen bestimmten Einübungsprozeß ergibt sich die Forderung, daß nur derjenige kunsttherapeutische Forschung betreiben kann, der über die entsprechenden Erfahrungsmöglichkeiten verfügt.

Durch diese Bedingungen wird ein Vergleich des empirischen Materials möglich und damit die Voraussetzung für den Vergleich der Ergebnisse unterschiedlicher Forschung geschaffen.

Forderung einer eigenen Gegenstandsbildung

Als letztes soll hier nicht auf eine Forderung eingegangen werden, wie sie sich aus dem naturwissenschaftlich orientierten Denken ergibt, sondern die zusätzliche Forderung aufgestellt werden, daß sich die kunsttherapeutische Forschung um eine eigene Gegenstandsbildung bemühen sollte.

Vorweg einige Anmerkungen zu dem, was mit Gegenstandsbildung gemeint ist: Wasser ist chemisch als H₂O zu bezeichnen, physikalisch ist es Flüssigkeit mit den ihr besonderen Eigenschaften, einem Dürstenden in der Wüste ist es Objekt seiner Begierde, der Religion als Wasser des Lebens Symbol eines komplexen Sinnzusammenhangs usw. Jede dieser Bestimmungen bildet so einen anderen Gegenstand aus, der seine eigenen Wirkungszusammenhänge hat, seine eigene je unterschiedliche Realität. Dabei ist es wissenschaftlich nicht haltbar, der einen Bestimmung mehr Wirklichkeitscharakter zuzusprechen und andere als eher „zusätzlich“ anzusehen. (Vgl. Heubach 1987)

Der Begriff der *wissenschaftlichen* Gegenstandsbildung betont, daß die Wissenschaft nicht irgendwelche Dinge bloß abbildet, sondern in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Welt ihre je eigenen (wissenschaftlichen) Gegenstände herausbildet: So ist psychologisch betrachtet eine Ulcuserkrankung etwas anderes als sie es medizinisch betrachtet ist. Beide Betrachtungen betonen unterschiedliche Wirklichkeiten, stellen andere Wirkungszusammenhänge heraus, und es ergeben sich in der Praxis dementsprechend andere Bestimmungen einer möglichen Behandlung. Beide Betrachtungsweisen können natürlich dann wiederum in ihrem Verhältnis zueinander betrachtet werden, aber sie leiten sich nichtlinear auseinander ab und sind *nicht ohne weiteres* ineinander zu überführen. (Zur wissenschaftlichen Gegenstandsbildung im Bereich der Psychologie s. Salber 1975a)

Für die kunsttherapeutische Forschung wären m.E. einige Ziele hinsichtlich einer eigenen Gegenstandsbildung anzustreben, durch die sie zu einer ihr gemäßeren Methode gelangen und die Vergleichbarkeit der Ergebnisse verbessert werden könnte.

3.1 WISSENSCHAFTLICHKEIT IN KUNSTTHERAPEUTISCHER FORSCHUNG

- a) Der Tatsache der unterschiedlichen Gegenstandsbildungen einzelner Wissenschaften müßte in der Praxis so Rechnung getragen werden, daß genügend Erfahrungsmaterial entsteht, welches sich von den Rahmenbedingungen her für die Erforschung kunsttherapeutischer Prozesse eignet. Dabei ist derzeit insbesondere der Unterschied zur (schul-)medizinischen Gegenstandsbildung zu beachten. Als Beispiel: wenn „der Mediziner“ „den Musiktherapeuten“ fragt: „Wie würden Sie musiktherapeutisch einen Ulcus behandeln?“, so besteht für den Musiktherapeuten hier schon die Gefahr, unbemerkt mit nicht-medizinischen Kategorien auf eine medizinische Fragestellung zu antworten. Die musikalischen Improvisationen, Ausdruck seelischer Verhältnisse bzw. bestimmter Lebensmethoden mit ihren Konstruktionsproblemen, die vielleicht auch einen Ulcus produzieren könnten, würden sonst zu einem Medikament oder einem medizinischen Eingriff (nach dem Bild der Chirurgie), von dem eine bestimmte Wirkung auf den Ulcus zu erwarten ist. Tatsächlich behandelt der Musiktherapeut aber nicht den Ulcus, sondern die zugrundeliegenden seelischen Verhältnisse anhand ihrer Ausdrucksbildung, in der Musik, im Gespräch, der Beziehung, der sich entwickelnden therapeutischen Situation. Die mangelnde Beachtung kategorialer Sprünge, die sich durch unterschiedliche Gegenstandsbildung ergeben, führt wohl am häufigsten in der Praxis zu Mißverständnissen und Problemen in der Zusammenarbeit. Ihre Klärung würde in unserem Beispiel etwa deutlich machen, daß eine Musiktherapie oder anderes nicht Ersatz oder Konkurrenz zu einer notwendigen Medikation oder gar Operation sein kann, aber diese auch nicht die Veränderung der *seelischen* Verhältnisse, die u.a. zu der Ulcusbildung führten, ersetzen kann. Sie würde auch die Fragestellung eröffnen, wie weit, wann und unter welchen Bedingungen eine Veränderung zugrundeliegender seelischer Verhältnisse eine organische Manifestierung zurückbilden kann und wann dies nicht zu erwarten ist; oder umgekehrt: Warum medizinische Eingriffe und damit ein Abschneiden des Ausdrucks in der organischen Symptombildung (z.B. bei Durchtrennung des N. vagus oder Magenresektion) auch ein Eingriff in die seelischen Verhältnisse sind und wann und durch welche weiteren Bedingungen sie zu einer gesundenden Bearbeitung dieser Verhältnisse führen oder zu einer Symptomverschiebung (z. B. Alkoholabusus: vgl. hierzu Rost 1987).
- b) Aufgrund der unterschiedlichen Gegenstandsbildung ist es nicht möglich, aus einer medizinischen Diagnose heraus einen kunsttherapeutischen Behandlungsplan zu entwerfen. Vielmehr müssen die Kunsttherapien selbst Möglichkeiten schaffen, eine eigene Diagnostik zu entwickeln, auf die sich ihre Behandlung dann beziehen läßt. Das kann z.B. so aussehen, daß eine bestimmte Stundenzahl als diagnostische Phase betrachtet wird und in diesen Sitzungen mit dem Patienten, ausgehend von seinem Umgang mit dem künstlerischen Material und der darauf sich gründenden Erfahrung, eine Rekonstruktion dessen versucht wird, was von *diesen* Erfahrungen her vorliegt, ob und worin ein Behandlungsauftrag für *diese* Methode besteht. Daraus können dann für den Patienten und die Behandlungsmethode spezifische Ziele abgeleitet und Vorgehensweisen geplant werden. Anhand eines so ausgestalteten Vorentwurfes der Behandlung lassen sich die Behandlungsergebnisse kontrollieren und vergleichen.

In der Zusammenarbeit eines Behandlungsteams, sei es nun stationär oder ambulant, würde es sich anbieten, die verschiedenen Bilder und Eindrücke, die sich durch die unterschiedlichen Gegenstandsbildungen herausstellen, miteinander zu vergleichen, aufeinander zu beziehen und daraus einen sich ergänzenden Behandlungsplan zu entwerfen. (Ein Verfahren, das in vielen Kliniken schon praktiziert wird.)

Die wissenschaftliche Dokumentation kann hier aufgrund des Standes der Forschung nur von Einzelfällen ausgehen. In einem zweiten Schritt können dann Typisierungen gesucht werden, durch die für die Praxis erleichternde Verallgemeinerungen gefunden werden können. Der hohe Aufwand, den eine solche Methode verlangt, ist zwar ein praktisches und finanzielles Problem, welches aber als solches nicht mit einer wissenschaftlich begründeten Kritik verwechselt werden darf. Er findet seine Berechtigung dann, wenn es möglich ist, *durch* die unterschiedliche Gegenstandsbildung zu neuen Erkenntnissen über die Zusammenhänge von seelischen Verhältnissen und Erkrankungen zu gelangen und damit Behandlungsmöglichkeiten zu schaffen oder familiäre, kulturelle und gesellschaftliche Zusammenhänge zu erkennen und damit Aspekte von Vorbeugung und Vermeidung von Krankheiten zu entwickeln.

- c) Auf diesem Wege kann auch die Frage der Indikation für Kunsttherapien und ihre verschiedenen Formen angegangen werden. Dabei lassen die bisherigen Erfahrungen erwarten, daß hier nicht notwendig Indikationen bedeutsam werden, die deckungsgleich mit den medizinischen oder psychologischen Krankheitskategorien sind. Die kunsttherapeutischen Methoden behandeln nicht die Krankheiten direkt, sondern Lebensmethoden, ihre Konstruktionsprobleme, ihr Können und Nicht-Können. Deshalb richtet sich die ihnen eigene Diagnostik und Betrachtungsweise nicht nur auf bestehende Mängel und Konflikte, sondern auch auf das Können, Funktionieren und die vorhandenen Bearbeitungsformen. Die Einschätzung der Chancen und Grenzen einer in Frage stehenden kunsttherapeutischen Behandlung richtet sich demnach auch nach der Struktur des Könnens und nicht nur des Nicht-Könnens oder des Krankseins. Individuelle Ausprägungen können dabei eine gewichtige Rolle spielen, und das, was in den gestalteten Werken in Erscheinung tritt, rückt oft *andere*, für die Chancen der Behandlung bedeutsamere Aspekte heraus als die, die durch eine medizinische Diagnose oder durch die Gesprächssituation allein erkennbar sind.

Auch hier ist weitere Forschung anzustreben, die von der Darstellung von Einzelfällen ausgehend, „gelungenen“ und „mislungenen“, allmählich zu allgemeineren Kriterien kommt, die für den Erfolg kunsttherapeutischer Behandlungen bedeutsam sind. Auch dies ist m.E. nur möglich durch eine wissenschaftliche Methode und Darstellung, die die seelische Bedeutsamkeit der künstlerisch-seelischen Prozesse adäquat erfassen kann und solche Kriterien findet, die in der Lage sind, die Wechselwirkung zwischen Lebensmethode und Behandlungsmethode zu erfassen.

Solche Forschungen, die auch neue Erkenntnisse über Krankheiten erwarten ließen, sind nicht möglich, wenn gefordert wird, für die Kunsttherapien müsse *zuerst* eine klare Indikationsstellung vorliegen, bevor sie überhaupt angewandt werden dürften. Auf solche Forderungen wird oft voreilig und unkritisch eingegangen, um eine Legitimierung zu erreichen. Dadurch finden sich in der Literatur viele Indikationen, die spekulativ sind oder sich nur auf die Nichtsprachlichkeit der künstlerischen Medien beziehen und von einer allgemeinen Entwicklungspsychologie ausgehend den Kunsttherapien allgemein einen Ort zuweisen, der sich auf diese Nichtsprachlichkeit bezieht. Wesen, Sinn und Bedeutung einer Sache wurden aber noch nie angemessen aus dem erklärt, was sie nicht ist.

Oft scheint der Leitfaden für Indikationen auch der zu sein, die Kunsttherapien sollen sich an den Patienten versuchen, mit denen die anderen Methoden bisher

3.1 WISSENSCHAFTLICHKEIT IN KUNSTTHERAPEUTISCHER FORSCHUNG

nicht erfolgreich arbeiten konnten. Dadurch lesen sich Indikationsbestimmungen oft wie „Restelisten“ und machen deutlich, daß dabei nicht wissenschaftliche, sondern gesellschaftspolitische Begründungszusammenhänge maßgebend waren; denn wenn sich z.B. herausstellen sollte, daß manche Kunsttherapien „Neurosen“ ebenso behandeln können wie andere etabliertere Psychotherapien, so wäre dies wissenschaftlich kein Problem, wohl aber gesellschaftspolitisch.

Ebenso entspringt die Forderung, der Arzt müsse vorher wissen, welche Patienten er zu einem Kunsttherapeuten „schicken“ solle/dürfe, einer rechtlichen und gesellschaftlichen Situation, sie ist keine primär wissenschaftlich begründete Forderung. Die gesellschaftlichen, kassen- und standesrechtlichen Fragen sind durch eine deutlichere Unterscheidung der Begründungszusammenhänge nicht aufgehoben, aber hier könnte mehr Klarheit gewonnen werden und daraus vielleicht Modelle der Zusammenarbeit erwachsen, die eine angemessene Erforschung der Möglichkeiten von Kunsttherapien begünstigen. Dadurch könnte vermieden werden, daß voreilige Antworten gegeben werden, und die erkenntnisgewinnenden Möglichkeiten der kunsttherapeutischen Methoden könnten der Sicht auf Wesen, Entstehung und Behandlung von Krankheiten zugute kommen. Der Gedanke, daß Kunst auch ein Erkenntnismittel sein kann, ist nicht neu, er gewinnt aber im Zusammenhang der Kunsttherapien eine neue praktische und methodisch anwendbare Bedeutung. Durch eine eigene Gegenstandsbildung, die tatsächlich von den Erfahrungen im Umgang mit Kunst und Behandlung ausgeht, könnte Kunst als Erkenntnisweg methodisch genutzt werden und zu einer Belebung der Wissenschaft ebenso beitragen wie zur Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten.

Kunsttherapeuten haben oft ein Unbehagen gegen Wissenschaft. Das zeigte sich zum Teil auch auf dem Symposium. Dieses Unbehagen ließe sich auflösen durch die Beschäftigung mit den kritischen Wissenschaftstheorien und der Geschichte der Wissenschaft, weil man aus dieser Beschäftigung lernen kann, daß es *die Wissenschaft* ebensowenig gibt wie *die Kunst*. So würde es einerseits zu der unhaltbaren Alternative der Verschließung vor dem wissenschaftlichen Zugriff und andererseits zur unreflektierten Anpassung an isolierte Merkmale einer Wissenschaftlichkeit, die nicht „passt“, einen dritten Weg geben, nämlich den Mut zu finden, die eigenen kunsttherapeutischen Erfahrungen beim Erfassen seelischer Wirklichkeit in eine eigene Auffassung von Wissenschaft zu retten.

LITERATUR

- Drever J.; Fröhlich, W. D. (Hrsg) (1968): Wörterbuch zur Psychologie. dtv. München
- Enzyklopädie der geisteswissenschaftlichen Arbeitsmethoden. (1969) Wissenschaftstheorie der Geisteswissenschaften. Oldenburg, München, Wien
- Heubach, F. W. (1987): Das bedingte Leben. Fink. München
- König, R (1975).: Das Interview. Kiepenheuer & Witsch. Köln
- Kuhn, T.S. (1978) Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Frankfurt a. M.
- Rost , W. D. (1987): Psychoanalyse des Alkoholismus. Theorie, Diagnostik, Behandlung. Stuttgart
- Salber, W. (1975a): Der psychische Gegenstand. Bouvier, Bonn
- Salber, W. (1975b): Konturen einer Wissenschaftstheorie der Psychologie In: Simon-Schaefer u.s. (Hrsg.) Wissenschaftstheorie der Geisteswissenschaften. Hoffmann & Campe, S. 258-272
- Toulmin, S. (1968) Voraussicht und Verstehen. Ein Versuch über die Ziele der Wissenschaft. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
- Toulmin, S. (1969): Einführung in die Philosophie der Wissenschaft. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Töpker, R. (1988): Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie. 2. überarb. u. erw. Auflage. LIT-Verlag, Münster 1996
- Weizsäcker, V. v. (1950): Der Gestaltkreis. Thieme, Stuttgart, Suhrkamp 1973

Leitfaden zur Protokollierung musiktherapeutischer Behandlungen³

ZEITSCHRIFTEN-
ARTIKEL

3.2

I. Vorbemerkungen:

Kurz vor der Berufsverbandstagung 1992 hatte ich einen Entwurf für die Protokollierung musiktherapeutischer Behandlungen erstellt, der zunächst für die Arbeit im Studiengang Musiktherapie Münster gedacht war. Viele Studierende haben das Interesse, erste Behandlungserfahrungen in ihren Diplomarbeiten zu reflektieren und ich hatte den Eindruck, daß formale und methodische Hilfen schon bei der Materialerstellung vieles in der weiteren Verarbeitung erleichtern könnten.

Ich bin nach wie vor der Meinung, daß Einzelfallstudien ein wichtiger Forschungsbereich in der Musiktherapie sind, und es ist der Bereich, der auch praktizierenden MusiktherapeutInnen zugänglich sein könnte, die keinen ‚Forschungsapparat‘ (sprich: die entsprechenden Gelder) im Hintergrund haben. Wir könnten versuchen, Einzelfallstudien durch einen gewissen Aufbau miteinander vergleichbar(er) zu machen und z.B. unter verschiedenen Themenschwerpunkten zusammenzufassen.

Daß die auf der Berufsverbandstagung vorgestellten Bögen zum Erstinterview und zur laufenden Protokollierung auf so großes Interesse stießen, hat mich gefreut und brachte mich zugleich in die Schwierigkeit, daß ich sie so unfertig und unkommentiert, wie sie waren, nicht gerne schriftlich weitergeben wollte. Das Interesse hat mich dann motiviert, die beiden Bögen noch einmal zu überarbeiten – auch anhand der eigenen Erfahrung mit ihnen – und vor allem so mit Kommentaren und Beispielen zu versehen, daß sie auch ohne direkte Zusammenarbeit verständlich sind. Einiges soll vorweggeschickt werden, um den Rahmen abzustecken und Vorschläge zu machen, die vielleicht auch zu einem gemeinsamen Projekt mit Interessierten führen könnte.

1. Herkunft

Die Grundstruktur der Bögen habe ich von BALINT, M. et. al. (1976) übernommen. Sie sind im Zusammenhang der Forschungsarbeit zur psychoanalytischen Fokalthherapie entstanden. Die Modifikationen entstanden zum einen aus der Berücksichtigung der spezifisch musiktherapeutischen Belange, zum anderen aus der Loslösung von der besonderen Fragestellung der Fokalthherapie. Ich habe auch einige kürzere Beispiele von

³ In: Einblicke, Heft 4, Deutscher Berufsverband der Musiktherapeuten, Berlin 1993, 43-67

BALINT' übernommen und empfehle darüberhinaus die Lektüre des BALINT - Buches. Es enthält im wesentlichen einen auf diese Art erstellten Fallbericht, der trotz des anderen Therapieverfahrens eine gute Einübung sein kann und darüber hinaus interessante Hinweise auf eine praxisbezogene Forschungsarbeit gibt.

2. Rahmen

Die Frage der Vergleichbarkeit von Fallstudien ist nicht nur eine Frage der Einigung auf gewisse Formalisierungen. Grob gesagt: Was nicht vergleichbar ist, kann auch nicht durch Formalisierungen vergleichbar gemacht werden. Das ist in musiktherapeutischen Zusammenhängen von größerer Bedeutung als etwa im Bereich psychoanalytischer Behandlungen, da die verschiedenen Arbeitsbereiche der Musiktherapie breiter gefächert sind. In der Differenzierung heißt das: in welchen Arbeitsbereichen gibt es von den Phänomenen her genügend Gemeinsamkeiten, daß ein Vergleich überhaupt sinnvoll ist. Wo lohnt es sich, den Prozeß von denselben Fragen her zu strukturieren und wo sind dies die ‚falschen Fragen‘, weil sie die Eigenart der Phänomene, der therapeutischen Zielsetzung und des therapeutischen Prozesses eher verstellen als herausstellen.

Auf der anderen Seite hängt es nicht nur von den Phänomenen selbst, sondern auch von der *gewählten* Fragestellung ab, was miteinander vergleichbar ist. Eine Formalisierung ist immer auch eine Entscheidung, die zwischen zu starker Eingrenzung und zu großer Beliebigkeit bis hin zur Unsinnigkeit des Vergleichs gefunden werden muß. Ist sie einmal festgelegt, so kann man im zweiten Schritt herausfinden, in welchem Bereich und für welche Fragestellungen sie sinnvoll benutzt werden kann. (Und natürlich kann die festgelegte Formalisierung im Austausch mit den Erfahrungen dann auch immer wieder modifiziert werden.)

In meinen Entwurf ging es mir darum, Formalisierungen zu wählen, die unabhängig vom Rahmensetting sind, in dem die Musiktherapie stattfindet, da dies meist ein Bereich ist, den die MusiktherapeutInnen nur begrenzt beeinflussen können. (Etwa Länge der Behandlung, andere Therapien, die parallel laufen etc.) Auch sollten sie nicht allzu sehr nur für ein bestimmtes ‚Verfahren‘ anwendbar sein und sie sollten das Protokoll schreiben nicht so komplex werden lassen, daß es im Alltag zeitlich gar nicht durchführbar ist. Dennoch vermute ich, daß man im Klinikalltag meist nur einige Fälle (oder vielleicht auch jeweils nur einen) auf diese Art protokollieren kann.

In welchen Arbeitsbereichen die von mir gewählten Formalisierungen sinnvoll anwendbar sind, das möchte ich selbst noch nicht festlegen, sondern bin gerade dabei an einem Austausch mit all denen interessiert, die Lust haben, damit zu arbeiten.

3. Fragestellungen an den Prozeß

Formalisierungen sind immer auch Fragestellungen an die Phänomene. Einige der Punkte der beiden Bögen sind in diesem Sinne als Fragen zu verstehen, die man sich jeweils beim Aufschreiben stellt. Das meint *nicht*, daß man diese Frage immer beantworten können muß. So kann es z.B. sein, daß man in einer ruhig verlaufenden Phase einer Behandlung bei der Frage nach den „anfänglichen Erwartungen“ feststellt, daß man nicht viel mehr erwartet, als daß die Arbeit so weitergeht wie bisher. An anderen Stellen bemerkt man aber vielleicht

3.2 LEITFADEN ZUR PROTOKOLLIERUNG

erst durch diese Frage, daß man kurz vor der Stunde vielleicht gedacht hat, daß die Patientin vielleicht diesmal ‚schwänzen‘ wird. Das ist dann wirklich notierendenswert, denn später kann man dann überlegen, aus welchen vorangegangenen Bewegungen heraus man diesen Gedanken hatte.

Oder: Für mich war es außerordentlich interessant anhand der Fragestellungen des Erstinterviewbogens festzustellen, über all welche Phänomene ich *nichts* erfahren habe, als ich mir mit diesem Bogen die erste Stunde mit einem als autistisch und geistig-behindert geltenden Jungen notierte. *Gerade* dadurch wurden mir Eigenarten und Besonderheiten dieses Falles deutlich. (s. jeweils Beispiel 2)

Fragestellungen an den Prozeß sind nie unabhängig vom theoretischen Konzept. Insofern sind in die Bögen morphologische und psychoanalytische Sicht- und Denkweisen eingeflossen. Was dabei eingeflossen ist, erscheint mir allerdings allgemein genug, so daß hier keine allzu enge methodische Festlegung getroffen wurde. Zumindest können diese Bögen sicherlich auch von denen genutzt werden, die eine verwandte Sichtweise haben. Manche/r wird vielleicht gerade auch an den einzelnen Punkten feststellen, wo Ähnlichkeiten und Differenzen sind. (An einigen Stellen finden sich Hinweise auf spezifischere morphologische Untersuchungsmethoden, um denen, die damit arbeiten, eine mögliche Verbindung aufzuzeigen.)

4. Was fehlt / Wünsche / Planungen

Um Mißverständnissen vorzubeugen: Das hier Dargestellte versteht sich als ein Ausschnitt; die Protokollierung ist ja zunächst nur die Erstellung des ‚Materials‘, welches wir dann untersuchen wollen. Benutzbar ist das so ‚zubereitete‘ Material vermutlich bei all den Fragestellungen, in denen es um den therapeutischen *Prozeß* selbst, um die Entwicklung dieses Prozesses und ein Verstehen dieser Entwicklung oder spezieller Aspekte geht. Dazu sind dann natürlich weitere Schritte der Bearbeitung notwendig. Ich habe mir vorgenommen, an anderer Stelle *eine* Form einer solchen Bearbeitungsmöglichkeit genauer darzustellen.

Ich hätte großes Interesse an Rückmeldungen über die Erfahrungen im Umgang mit diesen Bögen: was ist zu umständlich, was fehlt, was ist doch zu spezifisch ...?

Falls Interesse besteht, könnte ich mir zum einen einen weiteren Austausch auf Berufsverbandsebene gut vorstellen. Im Zusammenhang mit einer Arbeit an der Universität Münster überlegen einige KollegInnen und ich, Fallstudien zusammenzutragen und daraus eine Art akkumulatives Forschungsprojekt zu entwickeln. Vielleicht gibt es auch von KollegInnen an anderen Orten Interesse an einer Mitarbeit?

5. Hinweise zum Text:

Im durchlaufenden Text sind die jeweiligen Punkte der Formbögen durch **Fettschrift** hervorgehoben. Die Beispiele mit der gleichen Zahl beziehen sich jeweils auf denselben Fall. ‚Beispiel Balint‘ sind jeweils dem Buch ‚Fokaltherapie‘ (a.a.O.) entnommen.

Die Bögen sind der Übersicht halber am Schluß noch einmal zusammenfassend aufgeführt.

II. Erstinterview

Name:	}	bei Veröffentlichung alles so verschlüsselt, daß die Anonymität gewährleistet ist
Alter:		
Beruf: Vordiagnosen:		
Institutioneller Rahmen:		
Datum des Interviews:		

A. Wie kam die Behandlung zustande?

Beispiel 1: (Klinik)

Herr A. wird von Dr. B. zur Einzelmusiktherapie angemeldet. Hinweise der Anmeldung: Starke Rationalisierungen, die er selber spürt, aber im verbalen Bereich nicht überwinden kann. Sagt, daß Musik das ist, was ihn noch am meisten berührt. Ist von daher gut motiviert für die Musiktherapie, hat aber Angst, weil er meint, „unmusikalisch“ zu sein. Wird parallel zwei Mal pro Woche an der Gesprächsgruppe teilnehmen.

Beispiel 2: (Ambulante Praxis)

Die Pflegemutter Frau B. ruft bei mir an und fragt nach Musiktherapie für ihren Sohn. Er sei ein hyperaktives Kind und spreche gut auf Musik an, deshalb könne sie sich vorstellen, daß Musiktherapie ihm vielleicht helfen könne. Er sei vor kurzem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gewesen, bekomme auch noch Neuroleptika, diese versuche sie jetzt zu reduzieren – im Einverständnis mit den Ärzten. Ihr Sohn sei auch mutistisch, spreche nicht. Außerdem sei er auch Autist, aber ein ‚gut erzogener‘, hätten die Ärzte gesagt. Frau B. wirkt am Telefon erschöpft und aufgeregt. Mir fällt auf, daß sie zunächst die ‚harmloseren‘ Symptome nennt, als fürchte sie sonst, in ihrem Anliegen abgewiesen zu werden. Wir vereinbaren einen Probetermin. Ich sage ihr, daß ich zunächst gerne ihren Sohn kennenlernen und erst bei einem weiteren Termin danach mit ihr Näheres besprechen möchte. Die Frage der Bezahlung wird kurz angeschnitten, eine Klärung soll nach der ersten Einschätzung erfolgen.

3.2 LEITFADEN ZUR PROTOKOLLIERUNG

B. 1. Erscheinungsbild und Auftreten des Patienten/der Patientin:

Das ist notwendigerweise eine Beschreibung aus der Sicht, dem Empfinden des/der Therapeuten.

Beispiel Balint:

Gut, aber nicht penibel gekleideter Mann, der ruhig, wenn auch etwas umständlich spricht. Deutlich unter Druck, den er jedoch gut unter Kontrolle hat. Die Art und Weise, wie er seine Lage darstellt, ist systematisch, aber nicht absolut rigide.

Beispiel 2:

Ein zarter, für sein Alter kleiner Junge mit dunklen Haaren und dunklen Augen. Beweglich und wach, von vibrierender Erregtheit, nimmt er keinen für mich erkennbaren Kontakt mit mir auf, wohl aber mit der Situation, dem Raum, den Instrumenten.

2. Beschwerden

Hier wird das wiedergegeben, was der/die PatientIn selbst an *aktuellen* Beschwerden und Leiden äußert, was geklagt wird. Zu beachten ist dabei körperlicher, seelischer und sozialer Bereich. Etwa: Kopfschmerzen, Depressionen, Einsamkeit, aber ebenso Klagen *über* eine bestimmte Situation wie Arbeitslosigkeit, Ärger über die Kollegen, mit dem Ehepartner.

Beispiel 3: (Klinik)

Herr C. klagt vor allem über sein Leiden im Beruf. Er will alles sehr gut machen, merkt aber immer wieder, daß er seinen eigenen Anforderungen nicht entsprechen kann. Entwickelt Zwänge in den Arbeitsprozessen, die seine Arbeitsleistung weiter reduzieren. Kommt mit der Rivalität mit jüngeren Kollegen, die ihm vor allem im Bereich der neueren Computertechnologie überlegen sind, nicht zurecht. Wechselnde körperliche Beschwerden: Magen, Rücken, Kopfschmerzen und allgemeine Erschöpfung.

3. Was scheint der Grund zu sein, warum der/die PatientIn gerade jetzt kommt (geschickt wird)?

In der Klinik wird sich dies manchmal aufteilen in die Gründe, weshalb der/die PatientIn in die Klinik kommt oder geschickt wurde und die Gründe, weshalb er/sie innerhalb der Klinik zur Musiktherapie kommt, bzw. geschickt wird.

Beispiel Balint:

Der Patient hatte vor sechs Jahren einen schweren Zusammenbruch, der mehrere Monate dauerte und nur langsam abklang; insgesamt war er etwa 18 Monate krank. Vor ein paar Wochen setzte etwas Ähnliches ein, wenn auch nicht ganz so schwer. Das führte zu der Untersuchung durch den Psychiater und schließlich zu seiner Überweisung.

Beispiel 3:

In die Klinik kommt er, weil ihn zwei vorangegangene Aufenthalte von dem aktuellen Druck gut entlasteten, die Behandlungen aber keine Umstrukturierungen bewirken konnten. In die Musiktherapie wird er geschickt, weil die KollegInnen, die ihn früher behandelten, den Eindruck haben, daß die rein verbale Behandlung bei ihm ‚nichts in Bewegung bringe‘, sie ‚nicht an ihn herankommen‘. Herr C. selbst steht diesem Vorschlag positiv gegenüber, weil er gute Erinnerungen an eigene musikalische Tätigkeiten hat (Singen im Männerchor).

4. Erster Satz, erste Szene

Bisweilen gibt es einen ersten Satz, eine erste Szene, die man gar nicht versteht und nicht einordnen kann. Gerade wenn dies so ist, lohnt es sich, das zu notieren. Über dieses Thema ist in der psychoanalytischen Literatur viel geschrieben worden. Vgl. z.B.: HARTMANN, E. (1987), WEGNER, P. (1988)

Beispiel 4:

Die stark parfümierte Patientin kommt rein, sagt: „Hier riecht es aber seltsam“, setzt sich und wartet ab.

Beispiel 5:

Die Patientin sitzt mit ihrem Ehemann vor meiner Tür und es scheint für beide selbstverständlich zu sein, daß er mit zu dem Erstgespräch kommt ...

Beispiel 6:

„Ich sag’s Ihnen gleich: Ich bin hier falsch.“

C. Lebensgeschichte und aktuelle Lebenssituation

Übliche Anamneseerhebung. Statt darauf näher einzugehen, einige Literaturhinweise: ARGELANDER, H. (1970), RUDOLF, G. (1981), KLUßMANN R. (1988), S.119ff, THOMÄ. H. & KÄCHELE, H. (1989), S. 172 ff. Umfang und Ausführlichkeit sind hier auch abhängig von dem Setting, in das die Musiktherapie eingebunden ist. Viele Kliniken haben ihr eigenes Schema zur Anamneseerhebung entwickelt, da spezielle Anforderungen und zeitliche Möglichkeiten in Kliniken von der ambulanten Praxis stark abweichen.

In Kindertherapien und in der Behandlung von Menschen, die zu Auskünften kaum oder gar nicht in der Lage sind, erscheint es mir sinnvoll diesen Punkt insgesamt durch ein Handlungsprotokoll der gesamten Stunde zu ersetzen. Soweit möglich sollten wesentliche Informationen zu Lebensgeschichte und aktueller Lebenssituation dann durch das ergänzende Interview in Erfahrung gebracht werden.

D. Erleben und Selbsteinschätzung

Alle vier der folgenden Fragen *können* auch direkt an den/die PatientIn gestellt werden. Sie sind hier aber vorrangig als nachträgliche reflektierende Fragen gemeint. Es lassen sich hier also auch jeweils die Äußerungen zusammenfassen, die im Verlauf des Gesprächs zu diesen Bereichen von selbst auftauchten sowie eigene Beobachtungen, aus denen auf Erleben und Selbsteinschätzung geschlossen wird.

Es ist dabei nicht unbedingt wichtig, daß derartige Fragen immer zu beantworten sind. Es kann z.B. auch aufschlußreich sein, wenn man nach einem Gespräch, das man zunächst als informativ und offen erlebt hat, feststellt, daß man keine Ahnung hat, wie der Patient sich selbst erlebt. Ebenso ist es gerade interessant, sich diese Fragen zu stellen, wenn der/die PatientIn gar nicht spricht. (6 s. Beispiel 2)

Mit der Aufteilung in die vier Bereiche ist keine Getrenntheit gemeint. Durch die Fragestellung von verschiedenen Seiten her kann vielmehr die wechselseitige Abhängigkeit deutlich werden: hilfreiche Gegenzüge, Ausgleich, aber auch ‚Teufelskreise‘.

1. Wie erlebt sich der/die PatientIn selbst?

Beispiel 7:

Erlebt sich selbst in einer „Lebenskrise“ und hat Angst, wesentliche Lebenswünsche nicht verwirklichen zu können, sowohl im beruflichen als auch im privaten Bereich. Beschreibt sich allgemein als „liebvoll, gutmütig und wenig durchsetzungsfähig“. Zur Zeit „ängstlich und depressiv“, das sei aber „früher nicht so gewesen“.

Beispiel 8:

Darüber habe ich wenig erfahren. Außer daß er unter seinen vielfältigen körperlichen Beschwerden leidet.

Beispiel 2:

In der Faszination durch die Instrumente wirkt er so, als sei er sich seiner selbst gar nicht bewußt. Ein Bewußtsein seiner selbst scheint er eher in den ‚erprobenden Provokationen‘ zu haben. Ansonsten: mir nicht erkennbar und durch das Fehlen von Sprache nicht eruierbar.

Beispiel Balint:

Zuverlässig, vernünftig, sehr liebevoll, phantasievoll. Seine Grübeleien machen ihm großen Kummer, er habe Hilfe nötig, um damit fertig zu werden. Wenn ihm das gelingt, ist bestimmt alles in Ordnung.

2. Wie erlebt der/die PatientIn andere Menschen?

Beispiel Balint:

Vater: etwas altmodisch und starr, aber man kann mit ihm auskommen. Mutter: nie erwähnt. Älterer Bruder: gesetzt, realistisch, äußerst zuverlässig. Sie ergänzen sich großartig ...

Beispiel 7:

Zur Zeit vor allem als „mir überlegen“ und als „glücklicher“ als sie selbst. Das, was anderen gelingt, bzw. zu gelingen scheint, steht stark im Vordergrund des Erlebens: Dadurch fühlt sie sich unfähig und im Umgang gehemmt, weil sie auch ihren Neid spürt und Angst hat, „daß die anderen das merken“. Das ist aber nicht ungebrochen, sie merkt die spezielle ‚Auswahl‘, wenn sie sagt: „alle haben es geschafft, nur ich nicht.“

Beispiel 8:

Im beruflichen Umfeld: „aggressiv, rücksichtslos“, „alles Ellbogentypen“; die Frau: „eigentlich sehr lieb, aber sie kann mir auch nicht helfen“; die Eltern: „wollen auch immer noch was von mir“; nur die beiden Kinder werden anders erlebt: „an denen habe ich richtig Freude, da vergesse ich manchmal sogar meine Schmerzen“.

Beispiel 2:

Mir nicht deutlich erkennbar. Höchstens als Fragen formulierbar: erlebt er mich überhaupt anders als etwas Gegenständliches? Auch hier erlebe ich mich in den ‚erprobenden Provokationen‘ eher als Person wahrgenommen als in seinen übrigen Handlungen, die nicht auf mich gerichtet zu sein oder mit mir in Verbindung zu stehen scheinen. Zu seiner Mutter besteht offensichtlich eine Beziehung: Er geht am Anfang mehrmals nachsehen, ob sie noch da ist. Alles andere bleibt durch das Fehlen von Sprache nicht eruierbar.

3. Wie erlebt der/die PatientIn die Welt?

Mit dieser Frage soll der Blick darauf gelenkt werden, daß nicht alles aus ‚Beziehungen‘ besteht, sondern es darüberhinaus auch wichtige Erlebensbereiche etwa zur Natur, im Bereich geliebter Beschäftigungen, im Umgang mit Gegenständlichem, im Umgang mit Kunst, Religion, etc. gibt. Dieser Bereich ist auch prognostisch wichtig: Es macht einen Unterschied, ob jemand, der die ganze Welt der Beziehungen als bedrohlich erlebt, Refugien im Umgang mit Dingen, in der Natur oder bei intellektuellen Beschäftigungen hat oder nicht. Für die künstlerischen Therapien ist diese Frage auch aus methodischen Gründen von Bedeutung, da sie auch mit ‚Gegenständlichem‘ arbeiten. Ebenso bei bestimmten PatientInnen, wie im Beispiel 2.

Beispiel 2:

Auch dies kann nur von der aktuellen Beobachtung her erraten werden, hier speziell in bezug auf die Instrumente: diese ziehen ihn offensichtlich an, fordern ihn zum Umgang auf. Die Anziehung scheint sehr stark zu sein. Die Intensität des Kontaktes scheint eine Gegenbewegung auszulösen, durch die der Kontakt dann schnell wieder aufgelöst werden muß. Es ist eine gewisse Bedeutungsordnung der Dinge zu erkennen, da er sich – bis auf den Kunstkopf – nur den Instrumenten widmet, nicht anderen Dingen im Raum. Auch bleibt er bei einer bestimmten Auswahl der Instrumente. Auffällig ist das mehrmalige Fallenlassen der Schläger und die (gehemmte) Neigung, die Dinge zu Fall zu bringen. Erkennbar ist auch die Vorliebe, die Dinge direkt zu berühren: die Trommeln mit den Händen, mit nackten Füßen gehen. Als Fragen tauchen auf: Erlebt er sich von den Dingen einverleibt, wenn der Kontakt länger wäre? Oder inszeniert er mit den Dingen das, was ihm geschehen ist: ‚kurzer heftiger Kontakt, dann wieder weg‘?

Beispiel 7:

Trotz der momentanen Krise ist ihre Begeisterung für ihren Beruf, auch ihr Können darin, erkennbar. Wenn sie darüber spricht, lebt sie auf. Sie umgibt sich gerne mit „schönen Dingen“, hat viel Zeit und Mühe in die Wohnungseinrichtung gesteckt. Leidet aber darunter, „daß dann nicht noch einer etwas davon hat.“

Beispiel 8:

Ähnlich unberührt von der Problematik – wie die Beziehung zu den Kindern – ist der Bereich seiner „Basteleien“. Am liebsten würde er sich ganz darauf zurückziehen. Hat aber die Befürchtung, wenn er daraus einen Beruf machen würde, was durchaus vorstellbar ist, daß es ihm dann „ebenso verleidet würde“.

4. Wie versteht der/die PatientIn selbst seine Erkrankung, Störung oder Problematik?

Beispiel 7:

Versteht ihre Lage als Lebenskrise und ahnt Zusammenhänge zu der Art, wie sie aufgewachsen ist. Schwankt zwischen dem Wunsch, „die Kindheit aufzuarbeiten“ und einem Zögern vor dieser Aufgabe, welches sich in vielen kleinen ‚Nurs‘ äußert: „vielleicht muß ich ja nur den Richtigen treffen“, „ich glaube, ich dürfte nicht so neidisch sein und müßte mich einfach nur mit dem zufriedengeben, was ich erreicht habe“ etc.

Beispiel 8:

Die Befürchtung/Hoffnung, daß sich doch noch ein organisches Leiden finden lasse, steht sehr im Vordergrund. Entsprechend wird in der beruflichen Situation die gesamte Problematik eher durch das Äußere und ‚die anderen‘ erlebt.

Beispiel 2:

Durch das Fehlen von Sprache nicht eruierbar. Auch im Sonstigen finde ich keine Hinweise darauf, ob er überhaupt selbst eine Problematik erlebt.

E. Beziehung zwischen TherapeutIn und PatientIn

Auch hier ist die Aufgliederung in Unterpunkte nicht als Getrenntheit gemeint. Insbesondere 2 a und b bedingen sich ja gegenseitig. Dennoch scheint mir die getrennte Fragestellung auch hier hilfreich, um das Zusammenwirken von zwei Seiten her zu erfassen. Das heißt praktisch auch, daß bisweilen derselbe Vorgang einmal von dieser, einmal von der anderen Seite her beschrieben werden kann.

1. Wie gestaltete sich die Beziehung in der Musik?

Beschreibung aus dem Erleben des Therapeuten/der Therapeutin, wie es aus der Stunde selbst erinnerbar ist. Also ohne Tonbandanalyse! Falls gegeben, durch Äußerungen des Patienten/der Patientin zu ergänzen.

Beispiel 2:

Nachdem B. bei der Begrüßung erkennbar gar keine Beziehung zu mir aufnimmt, entsteht eine musikalische Beziehung innerhalb von wenigen Sekunden. Die Frage ist allerdings, ob es richtig ist, hier von einer Beziehung zu sprechen: B. spielt sofort einige Instrumente und ich spiele fast sofort auf dem Klavier dazu und fange an zu singen. Ebenso wie in ihm kein Zögern ist, spiele ich sofort mit, ohne nachzudenken, als könne es gar nicht anders sein.

So stellt sich einerseits eine musikalische Situation innerhalb von wenigen Sekunden wie selbstverständlich ein. Dadurch, daß hier unser beider Spiel zugleich erklingt, ergibt sich unweigerlich eine Beziehung zwischen seinen und meinen Klängen. Die Art der Beziehung ist aber fast nur von meiner Seite auf ihn, sein Spiel, seine Bewegungen, seine Handlungen bezogen. Singend begrüße ich ihn mit „Hallo, hallo, B. ...“ und kommentiere viele seiner schnell wechselnden Aktionen und spiele meine Wahrnehmung seiner Stimmungen. Auch er gibt gelegentlich stimmliche Laute von sich, die ich noch nicht weiter einordnen kann. Daß dabei manchmal so etwas wie ein minimales ‚Zusammenspiel‘ – etwa rhythmisch – zu entstehen scheint, scheint mir aber eher an meiner musikalischen Geschicklichkeit zu liegen als daran, daß er tatsächlich auf mein Spiel reagiert. Ich denke hinterher: ich könnte wahrscheinlich auch die Bewegungen eines Kaninchen musikalisch so untermalen, daß man den Eindruck gewänne, es bewege sich bis weilen zur Musik.

Wie nimmt er meine klangliche Anwesenheit war? Bin ich für ihn ein weiteres Instrument, welches von sich aus erklingt?

Beispiel 3:

Es gibt in dieser ersten Stunde zwei Improvisationen: Metallophon und Xylophon, Th. in beiden Klavier. In beiden Spielen fällt ganz im Kontrast zu dem eher stockenden Verhältnis im Gespräch auf, daß hier alles fließt, sich ausbreitet mit der Tendenz zur Endlosigkeit.

Beispiel 7:

Spielt erst ‚munter drauf los‘, scheint aber irritiert, als ich dazukomme. Wird leiser und gehemmter und ich gerate immer mehr unter ‚Leistungsdruck‘. Sie schafft es irgendwie, daß aus dem gemeinsamen Spiel ein Nacheinander in der Art ‚Frage-Antwort‘ wird. Das wird dann zäh und mühsam, als ich mich davon befreie. Als ich zu ihren Töne wieder mitspiele, hört sie auf. Als hätte ich ‚Schuldgefühle‘ höre ich sofort auch auf. Sie sagt dann später, daß sie aber gerne noch weiter gespielt hätte.

Beispiel 8:

Nach einigen Ausflüchten stellt er sich ein Schlagzeug zusammen. (Sein Sohn hat Schlagzeugunterricht begonnen.) Spielt erst etwas vorsichtig und holprig, steigt dann aber sofort ein, als vom Klavier ein fester Rhythmus kommt. Er geht auch auf Veränderungen sowohl des Rhythmus als auch der Dynamik ein. Es entsteht ein recht dramatisches Stück in der klaren Aufteilung: Klavierstück mit Schlagzeugbegleitung.

2. Außerhalb der Musik

a. Wie hat der/die PatientIn den Therapeuten/die Therapeutin behandelt?

Beispiel Balint:

Starkes Bedürfnis, mit jemandem zu sprechen, der ihm helfen könnte, sein peinigendes Problem zu lösen; keimende Hoffnung, daß er vielleicht den rechten Mann gefunden hat; zum Schluß rührendes, fast kindliches Vertrauen, daß es so sei und wir nun gemeinsam an die Arbeit gehen können.

Beispiel 3:

Korrekt und freundlich, scheint mir sehr bemüht, einen guten Eindruck zu machen und signalisiert Bereitschaft zur Zusammenarbeit. Verweigerung und Aggression ist aber in dem Stockenden des Gesprächs spürbar, was teilweise ‚verstockt‘ wirkt. Das ist ihm selber aber sicher nicht bewußt, nicht erlebbar.

b. Wie hat der/die TherapeutIn den Patienten/die Patientin behandelt?

Beispiel Balint:

Versuchte immer wieder, sehr vorsichtig zu sein (d.h. weder zu sehr auf seiner Seite noch zu kritisch bezüglich seines Verhaltens), kannte aber nicht anders als positiv auf seinen offenbar ehrlichen, warmherzigen Appell reagieren. Natürlich war ich mir des latent homosexuellen, paranoiden Charakters dieses Appells bewußt, aber er war da und sehr stark.

Beispiel 3:

Es fällt mir nicht schwer, mich im Kontakt auf seine Freundlichkeit und sein bewußtes Bemühen zu beziehen. Sein Leid ist mir gut einfühlbar und ich lasse ihn das auch spüren.

F. Besondere Kennzeichen des Interviews und der Musik, der Empfindungen und Gegenübertragungen des Therapeuten/der Therapeutin

Gemeint sind zunächst zusammenfassende Charakterisierungen, die diesen besonderen Fall im *Ganzen* kennzeichnen. Ebenso aber auch besondere Einzelheiten, die sonst nirgendwo einzuordnen sind. Das kann sich durchaus auf der Ebene von Einfällen und Gefühlen bewegen. ‚Seltsame‘ eigene Gedanken, die nicht einzuordnen sind, sind meist ebenso notierenswert wie ‚seltsame‘ Gegebenheiten, die zunächst unwichtig erscheinen.

Das Nachspüren nach der entstehenden Gegenübertragung insgesamt oder unterschiedlich in Musik und Gespräch ist auf jeden Fall sinnvoll und notierenswert.

Beispiel 9: (Klinik)

Nach dem Drama um den speziellen Zimmerwunsch, seinem ‚unangenehmen‘ Auftreten dabei bis hin zu der ‚angedrohten‘ Abreise, überraschte die konstruktive und freundliche Atmosphäre in dieser Situation. Als ich ihn am Ende der Stunde noch einmal darauf anspreche, zeigt sich in diesem Konflikt ein Teil seiner gesamten Problematik beispielhaft. ...

Beispiel 10:

Obwohl ich im Gespräch und in der Musik keine Anhaltspunkte finden konnte, verläßt mich ein gewisses ‚mulmiges‘ Gefühl nicht. Irgendwie ist da etwas ‚Bedrohliches‘, was aber nicht zu packen ist. Ich kann auch nicht sagen, ob sie Dinge ‚verschweigt‘, die sie mehr bedrohen als diese eher ‚harmlosen‘ Probleme, von denen sie erzählt, oder ob ich mich von ihr bedroht fühle. . .

Beispiel 2:

Ein Gespräch ist nicht möglich. Ich vermute allerdings, daß er Sprache versteht, habe dafür aber keine bestätigenden Hinweise. Sein Kontakt zu den Instrumenten ist ebenso heftig wie kurz. Eine emotional heftige Beziehung, wie verdichtet, dann ein schneller Abbruch, als würde er sich sonst in diesem Kontakt verbrennen. In allem, was er tut, ist er unglaublich schnell. Er ist immer in Bewegung.

Er wirkt dabei völlig fasziniert, besonders von den Klängen. Gelegentlich stößt er dabei schwer zu beschreibende Laute aus. Auch seine Augen sind ständig in Bewegung. Dabei schaut er mich nur sehr selten an, und dann auch nur für einen Moment. Häufiger blickt er an eine bestimmte Stelle des Raumes (von ihm aus gesehen nach rechts oben), als ob dort etwas Bestimmtes zu sehen wäre (was ich nicht sehe, wenn ich spontan gucke, was dort sein könne und was bei mir die Frage auslöst, ob da für ihn jemand ist, der ihm Zeichen gibt, der etwas zu ihm sagt oder den er etwas fragt). Durch die Art der Bewegung wirkt er wie ein scheuer Vogel: nur kurz etwas tun, dann wieder schauen, dann schnell wieder zu etwas anderem.

Im Eindruck völliger Faszinierbarkeit, einer Schnelligkeit, die nicht nur eine der äußeren Bewegung zu sein scheint, sondern auch im Begreifen der Situation liegt, in der Herstellung seiner Art von Beziehung, in der Menge der Mitteilungen, die ich nicht verstehe, aber empfinde, wirkt er eigenwillig intelligent: eher wie ein ‚Überflieger‘ im doppelten Wortsinne als geistigbehindert. Das Ganze wirkt auf mich wie eine enorme Verdichtung in der Zeit, eine ständige Umbildung im Nu, die es unmöglich macht, einzelne Gestaltbildungen lange genug wahrnehmen zu können, um sie zu erkennen.

Ich selbst bin fasziniert von ihm und dem Geschehen, welches er in Szene setzt. Ich freue mich, daß er von den Instrumenten und Klängen fasziniert ist. Ich finde ihn „bezaubernd, zauberhaft“.

Im Nachherein wird mir erkennbar, daß er oder die Szene eine weitere starke und eindeutige Wirkung hat, die sich mehr in meinem Handeln als in meinem Erleben äußert: sofort ans Klavier zu gehen, zu spielen und zu singen. Das tue ich fast die ganze Zeit. In der Schnelligkeit und fast Pausenlosigkeit passe ich mich ganz ihm an. Es ist, als dürfe kein leerer Raum entstehen.

Das löst später viele Phantasien und Fragen aus: worauf bezieht sich die darin zu vermutende Angst. Würde er dann ‚abstürzen‘? Könnte er das nicht aushalten oder ist da etwas, was ich glaube nicht aushalten zu können?

Ergänzende Hinweise:

Das Erstinterview mündet ein in die Frage der **Einschätzung** und des spezifischen **Behandlungsauftrages**. In die Frage: wie verstehe ich das Leiden des Patienten/der Patientin, den Zusammenhang zwischen Psychodynamik und den geäußerten Beschwerden, etc. und: was verstehe ich als meinen Auftrag, wie sehe ich die musiktherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten? (vgl. TÜPKER 1992) Das beinhaltet auch die Frage, ob überhaupt eine Zusammenarbeit zustandekommt, die Gründe, die für oder gegen eine Aufnahme der Behandlung sprechen, die Vereinbarungen über das Setting der Behandlung und evtl. eine erste Formulierung der vorläufigen Ziele.

In einer morphologischen Untersuchung besteht die Möglichkeit, das Protokoll des Erstinterviews in Austausch mit der Beschreibung und Analyse der Binnenregulierung der ersten Improvisation zu bringen.

Der Punkt E. 1. wird so durch eine distanziertere Form der Bearbeitung ergänzt.

Geht man – quasi andersherum – von dem Gesamtverfahren der ‚Beschreibung und Rekonstruktion‘ aus, so kann das Erstinterviewprotokoll als Material für den dritten Schritt dieses Verfahrens dienen. Die Formulierung des spezifischen ‚Behandlungsauftrages‘, der so auf dem einen oder anderen Wege gefunden werden kann, stellt die Grundsituation des ‚Leiden-Könnens und Nicht-Leiden-Könnens‘ im Sinne des ersten der ‚vier Behandlungsschritte‘ dar, dessen Entwicklung dann im weiteren Verlauf untersucht werden kann. (Grundlagen dazu in TÜPKER 1988)

Im Zusammenhang spezifischer musiktherapeutischer Verfahren sind an verschiedener Stelle Analysemethoden entstanden, die ebenfalls hier in einen Austauschprozeß gebracht werden können. So z.B. die Form der genauen Tonbandanalyse der Nordoff/Robbins Musiktherapie, die ebenfalls in Austausch mit dem ersten subjektiven Eindruck von Punkt E. 1. gebracht werden kann. Auch hier könnten dann die Ziele der Behandlung von diesen beiden Aspekten her formuliert werden. (Grundlagen dazu in NORDOFF/ROBBINS 1986)

Hinweise für die weitere Bearbeitung und Analyse der Musik finden sich auch bei NIEDECKEN (1988).

Es kann sein, daß eine Antwort auf diese Frage oder ein Teil der Einschätzung nach dem Erstinterview noch nicht möglich ist. In manchen Fällen werden wir die Frage, ob wir die Behandlung aufnehmen werden oder nicht, erst nach dem ergänzenden Interview entscheiden können. In manchen Fällen benötigen wir für eine formulierbare Einschätzung dessen, was wir als unseren Behandlungsauftrag verstehen, noch eine oder einige weitere Therapiestunden.

III. Varianten, Ergänzungen

Es kann verschiedene Gründe dafür geben, daß der/die MusiktherapeutIn wesentliche Punkte des Erstinterviewbogens nicht ausfüllen kann. Zu unterscheiden sind die Gründe, die sich aus einem bestimmten Kliniksetting ergeben und die, die mit der Eigenart oder dem Zustand des Patienten/der Patientin selbst zusammenhängen.

So kann es z.B. sein, daß der/die MusiktherapeutIn auch bei Einzeltherapien nicht selbst eine Anamnese erhebt. Hier würde ich empfehlen, die an anderer Stelle erhobene Anamnese entsprechend in den Erstinterviewbogen zu übernehmen und die Herkunft dabei zu kennzeichnen. Auch in bezug auf einige andere Punkte kann man sich ähnlich behelfen. Vielleicht ist es aber auch bisweilen möglich für Einzelfälle, die man auf diese Art näher untersuchen möchte, einmal ein anderes Setting mit der Klinik oder dem Team zu vereinbaren, denn oft sind Fremdinformationen aus verschiedenen Gründen schwerer verwendbar.

Eine andere Variante kann aus unterschiedlichen Gründen sinnvoll sein: die Verteilung des Gesamts des Erstinterviews auf zwei Sitzungen. Es kann z.B. sein, daß im Aufnahmegespräch noch nicht gespielt wird oder daß die Anamneseerhebung gleich zu Beginn den Patienten/die Patientin überfordern würde. Auch dabei wäre meine Empfehlung, dennoch einen Bogen zu benutzen und die Verteilung auf zwei Sitzungen durch die zwei Daten zu kennzeichnen.

Eine doch erheblich andere Situation scheint mir allerdings dann gegeben, wenn der/die PatientIn grundsätzlich oder für einen längeren Zeitraum nicht in der Lage ist, Auskunft über einen größeren Teil der Fragen zu geben. Dies wird vermutlich in vielen Fällen im Bereich von psychotischen Erkrankungen der Fall sein, in der Arbeit mit Kindern, mit geistig Behinderten und allgemein mit Menschen, die – aus welchen Gründen auch immer – nicht sprechen.

Hier kann sich dann die Notwendigkeit eines ergänzenden Interviews ergeben. Ich habe daher einen Bogen für ein solches ergänzendes Interview entworfen, der sich etwa für das Gespräch mit den Eltern zu Beginn einer Kindertherapie eignet. Die Kennzeichnung der einzelnen Punkte verlaufen dabei parallel zum Erstinterview selbst. Ich kann mir auch vorstellen, daß er eine Anregung für ein längeres Gespräch etwa mit einem/einer der pädagogischen BetreuerInnen sein kann, wenn man z.B. in einer Einrichtung für geistig Behinderte arbeitet. Oft kennen diese den Menschen, den wir zum ersten Mal erleben, ja schon über Jahre und in den unterschiedlichsten Situationen. Neben den zusätzlichen Informationen, die wir erhalten, kann auf diese Art vielleicht auch die Zusammenarbeit gefördert werden, so daß pädagogische und therapeutische Arbeit nicht in Konflikt oder Konkurrenz geraten. Wie weit er auch im klassischen Sinne einer ‚Fremdanamnese‘ im Bereich der Psychiatrie verwendbar wäre, kann ich nur schwer einschätzen, da ich in diesem Bereich keine Erfahrung habe. Da es unterschiedliche Beziehungspersonen sein können, mit denen ein solches ergänzendes Interview geführt wird, nenne ich die Person im Text die „Dritte“.

Diese dritte Person ist häufig zugleich diejenige, die um die Behandlung anfragt. Auch wenn in diesem ersten Kontakt der Anfrage einiges vorbesprochen werden muß, sollte man immer darauf achten, daß dieser Kontakt möglichst kurz ist und wir uns zuerst einen gründlicheren Eindruck von dem Patienten/der Patientin selbst verschaffen. Das ‚Erstinterview‘ muß also *vor* dem ‚Ergänzenden Interview‘ stattgefunden haben!

ERGÄNZENDES INTERVIEW

Name:

Alter:

Beziehung zum Patienten/zur Patientin :

formal: z.B. Mutter,
Wohngruppenleiter o.ä.

Beruf:

Datum des Interviews:

A. Warum wurde ein ergänzendes Interview vereinbart?

B. Ergänzende Auskünfte über den Patienten/die Patientin hinsichtlich:

1. Erscheinungsbild und Auftreten außerhalb der Therapiesituation

Dies ist ein Punkt, über den man natürlich auch in ‚üblichen‘ Behandlungen keine Informationen aus der Sicht anderer Personen erhält. Es erscheint mir daher wichtig zu betonen, daß es hier nicht um den Versuch einer scheinbaren ‚Objektivierung‘ geht. Auch die Informationen der Dritten sind notwendigerweise subjektiv und als solche zu behandeln. Sie schildern das Erscheinungsbild und Auftreten des Patienten/der Patientin im Erleben der Dritten. Unter Berücksichtigung dessen kann das selbst gewonnene Bild auf diese Weise aber durchaus sinnvoll ergänzt werden.

2. Beschwerden

Hiermit sind zum einen die Beschwerden im üblichen Sinne gemeint, die selbst nicht geäußert werden können. Darüberhinaus aber auch die Beschwerden, die von dritter Seite über den Patienten/die Patientin geäußert werden. In Kindertherapien ist es ja z.B. oft so, daß es die *anderen* (Eltern, Schule) sind, die Beschwerden mit dem Kind haben. Dies ist ein Teil des Behandlungsauftrages.

Beispiel 2: (mit der Pflege- Mutter des Kindes)

Aggressionen, Hyperaktivität, Unkonzentriertheit und dadurch wiederum Schulschwierigkeiten. Spielt nicht. . . .

Es fällt auf, daß alle genannten Beschwerden kaum eine Auskunft über das Leiden von B. selbst machen und auch keine Beschwerden der Mutter über ihn sind, sondern Beschwerden, die die Welt außerhalb des häuslichen Milieus über ihn hat.

. . .

3. Was scheint der Grund zu sein, warum der/die PatientIn gerade jetzt geschickt wird?

Beispiel 2:

Die soziale Situation droht sich zuzuspitzen. Die Schule schickt ihn immer wieder weg, entweder nach Hause oder in die Psychiatrie. Frau H. erlebt das von ihr gewollte Zusammenleben mit B. durch verschiedene Amtsvertreter als bedroht. Ihr wird immer wieder eine Heimeinweisung von B. angeraten.

4. Erster Satz, erste Szene

Der hier entweder etwas über den Patienten/die Patientin, über die Beziehung der Dritten zum Patienten/zur Patientin, bisweilen vielleicht auch über die Dritte selbst oder über die gesamte Konfliktsituation aussagt.

Beispiel 2:

Auf meine Eingangsfrage nach ihrem ‚Auftrag‘, nach ihren Wünschen an die Behandlung: „Was ich nicht will: noch eine Diagnose!“

C. Ergänzungen zur Lebensgeschichte und aktuellen Lebenssituation

Hier geht es um die Informationen im Sinne einer Anamnese des Patienten/der Patientin, wenn diese im Gespräch mit dem Patienten/der Patientin selbst nicht möglich ist. In der Kindertherapie kann dies natürlich auch Informationen beinhalten, die die Familie betreffen, also etwa auch lebensgeschichtliche Daten der Mutter, mit der man vielleicht dieses Gespräch führt. Es ist hier aber – stellvertretend für einige andere Punkte auch – besonders darauf zu achten, daß sich der Behandlungsauftrag nicht unbemerkt verschiebt. Wir dürfen – auch wenn es sich noch so sehr aufzudrängen scheint – nicht in eine Behandlung etwa der Mutter geraten, wenn wir eine Kindertherapie beginnen wollen.

Bei aller Verflechtung der Psychodynamik und trotz der notwendigen Einbeziehung der Familie im Zusammenhang mit Kindertherapien dürfen wir nicht *verwechseln*, wer unser Patient/unsere Patientin ist und wer die ‚Dritte‘ im Sinne unterstützender Gespräche und notwendiger Zusammenarbeit ist. Familientherapeutische Arbeit bedarf eines besonderen Settings und ist hier nicht angesprochen.

D. Ergänzende Informationen zum Erleben und zur Selbsteinschätzung des Patienten/der Patientin aus der Sicht der Dritten

Kann wie im Erstinterviewbogen ebenso nach den dort aufgeführten vier Unterpunkten gegliedert werden. Da die Beschreibungen etwa der Mutter über das Erleben und die Selbsteinschätzung ihres Kindes nicht dasselbe sind wie das, was jemand selbst zu diesen

3.2 LEITFADEN ZUR PROTOKOLLIERUNG

Fragen sagen oder ausdrücken kann, erscheint es mir sinnvoll, auch diese Aussagen nicht einfach in den ersten Bogen selbst ergänzend einzutragen. Dennoch erhält man durch diese Ergänzungen in Fällen, in denen hier im Kontakt mit dem Kind selbst große ‚Lücken‘ bleiben, wichtige Hinweise.

In manchen Fällen kann es auch sinnvoll sein, diese Fragen – sinngemäß – direkt zu stellen, da dies der Dritten auch vermittelt, was uns wichtig ist und ihr indirekt mitvollziehbar macht, auf was wir achten und wie wir unsere Arbeit verstehen. Das kann dann auch für die weitere Zusammenarbeit hilfreich sein.

1. Wie erlebt sich der/die PatientIn selbst?

Von den vier Fragen vermutlich diejenige, auf die wir in manchen Fällen nur sehr bedingt etwas aus der Sicht der Dritten erfahren können. Es kann aber z.B. sein, daß die Dritte von Situationen erzählt, in denen der/die PatientIn sich dazu geäußert hat. So können z.B. langjährige BetreuerInnen von geistig behinderten PatientInnen, die sprechen können, oft von spontanen Äußerungen berichten, auch wenn der/die PatientIn auf eine solche *Frage* von uns nicht direkt antworten könnte.

2. Wie erlebt der/die PatientIn andere Menschen?

Hier erhalten wir einige Hinweise z.B. durch die Beschreibung, ob der/die PatientIn FreundInnen hat, wie die Beziehung zu anderen Familienmitgliedern, zu BetreuerInnen ist etc.

3. Wie erlebt der/die PatientIn die Welt?

Hier finden wir Hinweise z.B. durch Beschreibungen darüber, mit was ein Kind spielt, welche Dinge es zu Hause und in anderer Umgebung gerne tut, welche es meidet etc.

4. Wie versteht der/die PatientIn selbst seine/ihre Erkrankung, Störung oder Problematik?

Auch dazu kann es wie in Punkt 1 manchmal spontane Äußerungen gegeben haben, die die Dritte berichten kann.

E. Merkmale des Beziehungsdreieckes

Wohl in den meisten Fällen, in denen Gründe für ein ergänzendes Interview vorliegen, wird es sich um Therapien handeln, in denen wir ein Dreieck von Beziehungen zu berücksichtigen haben. Oft ist die Person, mit der wir dieses Gespräch führen auch diejenige, die um die Behandlung gebeten hat, die sie auch jederzeit abbrechen könnte etc.

Der dritte Faktor dieses Dreiecks ist nicht in jedem Fall gleichzusetzen mit einer einzelnen Person. So spielt in Kindertherapien natürlich auch der Einfluß des Vaters – wenn er vorhanden ist – eine Rolle, obwohl es wohl meistens so ist, daß solche Gespräche mit der Mutter geführt werden. Hier kann man vorher überlegen ob es sinnvoll ist, beide Eltern zu diesem Gespräch zu bitten. In der Arbeit betreuender Einrichtungen ist es manchmal schwierig zu entscheiden, mit welcher oder mit welchen Einzelpersonen oder mit welcher Gruppe wir mit der Aufnahme der Behandlung in ein solches Beziehungsdreieck eintreten. (vgl. auch TÜPKER 1992)

1. Merkmale der Beziehung zwischen dem Patienten/der Patientin und der Dritten.

Wie die Dritte dies schildert und wie wir es erleben.

2. Atmosphäre des Interviews und Merkmale der entstandenen Beziehung zwischen TherapeutIn und der Dritten.

Diese Beziehung zu reflektieren ist besonders wichtig, wenn die weitere Behandlung des Patienten/der Patientin auf das Einverständnis, die Unterstützung und Zusammenarbeit mit der Dritten angewiesen ist.

F. Besondere Kennzeichen des Interviews

Wie im Erstinterview selbst sind hier natürlich auch die eigenen Empfindungen des Therapeuten/der Therapeutin selbst, ihrer Beziehung zur Dritten zu reflektieren. Ich persönlich würde mit der Dritten keine musikalische Beziehung eingehen, also nicht spielen, da für mich da bei die Gefahr des ‚Hereinrutschens‘ in eine behandlungsähnliche Verfassung zu groß wäre. Für MusiktherapeutInnen, die das anders handhaben, würde hierher auch die Beschreibung der in der Musik entstandenen Beziehung gehören.

Das ergänzende Interview mündet in den Fällen, in denen es auch um eine Zusammenarbeit mit der Dritten geht, in eine Einschätzung der Zusammenarbeit. In diesen Fällen wird auch die Einschätzung über Aufnahme der Behandlung, Vereinbarungen über das Behandlungssetting erst nach diesem, bzw. am Ende des ergänzenden Interviews möglich sein. Das wird sinnvollerweise oft auch Vereinbarungen über gewisse Formen der Zusammenarbeit beinhalten.

IV. Protokollformblatt

Das Protokollformblatt ist zur regelmäßigen Protokollierung nach den Therapiestunden gedacht. Dabei empfiehlt es sich natürlich, die Therapien, die man einmal auf diese Art genauer untersuchen möchte, zeitlich so einzurichten, daß eine möglichst geringe Zeitspanne zwischen Therapiestunde und Protokollierung liegt. Dennoch kann sich herausstellen, daß das Protokollieren *direkt* im Anschluß an die Stunde nicht so günstig ist, da man vielleicht zunächst auch etwas Abstand braucht.

3.2 LEITFADEN ZUR PROTOKOLLIERUNG

Die Ausführlichkeit des Protokolles richtet sich dabei nicht nur nach den zeitlichen Möglichkeiten, sondern ist natürlich auch von dem Ziel einer Untersuchung abhängig. Ob man zunächst eher stichwortartig protokolliert oder (gleich) in ganzen Sätzen, hängt dabei auch vom persönlichen Arbeitsstil ab.

Name:

Stunde: durchlaufende Nummerierung

Datum:

Zeitabstand: zur letzten Stunde

Band: z.B. 2 Improvisationen, Band 1, Seite B

Instrumente: die PatientIn und TherapeutIn gespielt haben

Sonstiges: andere Materialien, mit denen z.B. Kinder spielen
oder die aus anderen Gründen einbezogen sind

A. Ereignisse zwischen den Behandlungsstunden

1. auf Seiten des Patienten/der Patientin

Etwa Terminverschiebungen, Krankheit, Urlaub etc. Auch Veränderung einer Medikation, medizinische Befunde oder Eingriffe, unabhängig davon, ob man darüber vom Patienten/von der Patientin selbst oder von Dritten erfährt.

In der Arbeit in Institutionen können hinzukommen: andere Kontakte mit dem Patienten/der Patientin: in der Sprechstunde, auf dem Flur, bei Visiten etc.; sowie Ereignisse, die andere berichten: Schwestern, Badeabteilung, pädagogische MitarbeiterInnen, andere therapeutische KollegInnen; desweiteren Ereignisse aus der Gruppe bei PatientInnen, die Einzel- und Gruppentherapie erhalten. Auch Zwischengespräche mit Eltern, Betreuungspersonen sind unter diesem Punkt zu notieren.

2. auf Seiten des Therapeuten/der Therapeutin

Wie etwa Ausfälle von Behandlungsstunden von Seiten der Therapeuten/der Therapeutin durch Krankheit, Urlaub etc. Aber auch:

- Gedanken aus der Supervision des Therapeuten/der Therapeutin, Teamsitzungen u.ä.
- Ergebnisse von Beschreibungen von Improvisationen
- Träume, Einfälle o.ä., die im Zusammenhang mit dem Patienten/der Patientin stehen.

B. Anfängliche Erwartungen / Vorüberlegungen

Es ist sehr nützlich, wenn man sich die Zeit nimmt, eine Notiz hierzu tatsächlich direkt *vor* der Stunde zu machen. Gerade eigene Erwartungen werden einem oft erst dadurch bewußt, daß man sich diese Frage stellt.

Beispiele für anfängliche Erwartungen:

- Ich frage, mich wie es wohl mit der Musik weitergehen mag. Wird sie weiterhin nicht spielen wollen?
- Ich vermute, daß sich der Widerstand noch weiter verstärken wird. Fast rechne ich damit, daß er heute gar nicht zur Stunde erscheinen wird.
- Nach den Ereignissen der letzten Stunde wird es wohl jetzt wieder besser vorangehen.
- Irgendwie habe ich ein ungutes Gefühl, weiß aber noch nicht warum.

Beispiele für Vorüberlegungen:

- Ich muß dafür sorgen, daß nicht zu viele Dinge im Musiktherapieraum stehen, mit denen er nicht spielen soll, um nicht den therapeutischen Prozeß durch zu viele Situationen zu behindern, in denen ich ihm sagen muß, daß er damit nicht spielen kann. (Kindertherapie)
- Ich will bei der nächsten Gelegenheit versuchen, ihr die Übertragung, die sich jetzt immer mehr zeigt, zu deuten.
- Ich will einmal ausprobieren, ob sich im Erleben der Patientin etwas ändert, wenn ich am Klavier nicht mehr immer das ergänze, was sie ‚ausläßt‘.

Bei Stunden, vor denen sich keine merklichen oder erwähnenswerten Erwartungen oder Vorüberlegungen einstellen, kann dieser Punkt auch unausgefüllt bleiben.

C. Atmosphäre der Stunde / Gesamteindruck

In Abgrenzung zu Punkt D sind hier zusammenfassende Beschreibungen der gesamten Stunde gemeint, die kurz sein können, wenn keine besonderen Veränderungen vorliegen und ausführlicher bei den Stunden, in denen Neues in der Atmosphäre auftaucht, sich Widerstände besonders verdichten, der/die TherapeutIn etwa sein/ihr methodisches Vorgehen verändert o.ä. Die Beiträge von PatientIn und TherapeutIn beeinflussen sich natürlich gegenseitig und bilden das gemeinsame Behandlungswerk, so daß sie oft nur schwer auseinander zuhalten sind. Die getrennte Darstellung soll dies nicht zertrennen, kann aber helfen, das Wechselspiel besser zu erfassen.

3.2 LEITFADEN ZUR PROTOKOLLIERUNG

Auch hier kann es Phasen in der Behandlung geben, in denen ein schlichtes „unverändert“ ausreichen mag.

Beispiel Balint:

1. Beitrag des Patienten:

Sehr aufrichtig, warm, versucht ehrlich mit seinem Problem vorwärtszukommen. Natürlich ergab sich die freundliche, kumpanhafte Atmosphäre, die für eine passive homosexuelle Beziehung charakteristisch ist.

2. Beitrag des Therapeuten:

Akzeptiert das und versucht, es zur Förderung der Arbeit zu benutzen.

Beispiel 11:

1. Beitrag der Patientin:

Weiterhin gute Arbeitsatmosphäre. Im Kontakt mit den Instrumenten ist sie – anders als im Gespräch – unsicher, ängstlich, eingeschüchtert und gehemmt. Beginnt aber trotzdem, die Methodik des Wechsels von Spielen und Sprechen selbst anzuwenden.

2. Beitrag der Therapeutin:

Unterstützend, allzu große Unsicherheiten überbrückend durch Bereitwilligkeit, Fragen zu den Instrumenten zu beantworten und darin, Verständnis für die Verunsicherung zu zeigen.

Beispiel 2:

1. Beitrag des Patienten:

Ist heute deutlich aggressiv und versucht, mich mit verschiedenen Aktionen zu provozieren.

2. Beitrag der Therapeutin:

Wo nötig, setze ich Grenzen. Manchmal singe ich kommentierend vom Klavier aus, was er tut oder seine Empfindungen, soweit sie mir einsichtig sind.

D. Hauptthemen, Improvisationen und therapeutische Interventionen

Unter diesem Punkt ist das übliche Protokoll der Stunde zu notieren, welches entweder dem Ablauf der Stunde folgt oder sich an deutlichen Hauptthemen orientiert. Gesprächsteile und musikalische Improvisationen sollten dabei deutlich voneinander abgehoben werden. Von den Improvisationen können kurze Beschreibungen der Musik notiert werden, so wie sie dem Therapeuten/der Therapeutin in Erinnerung sind.

Gerade für diesen Punkt sind natürlich große Unterschiede in der Ausführlichkeit und Genauigkeit des Protokollierens denkbar.

Auch können hier spezielle Protokollierungsverfahren, wie etwa die Protokollierung anhand des mitlaufenden Tonbandes wie dies in der Arbeit nach NORDOFF/ROBBINS üblich ist, einfließen.

Will man aus Forschungsgründen eine möglichst genaue Protokollführung auch der Gespräche, so wäre (die Zustimmung des Patienten/der Patientin vorausgesetzt) auch eine Tonbandaufnahme der gesamten Stunde denkbar, die dann zur Unterstützung des Protokollierens genutzt werden kann. Im allgemeinen dürfte aber auch zu Forschungszwecken die Protokollierung aus der Erinnerung ausreichend sein. Wenn es die eigene Verfassung erlaubt und den Patienten/die Patientin nicht beeinträchtigt, kann man natürlich auch während der Stunde Notizen machen und diese mitnutzen.

Beispiel 12:

(einer eher kurzen Protokollierung des Ablaufs einer Therapiestunde)

Herr S. klagt heute wieder über seine Schlafstörungen. Von da aus geht es in fließenden Übergängen – unterstützt durch einige Bemerkungen von mir – hin zu der unbefriedigenden Sexualität mit seiner Frau.

Als ich frage, wie es denn zu Beginn der Beziehung war, kommt es zu Erzählungen, die wieder ein Beispiel dafür sind, wie er in alles ‚hineinrutscht‘, bzw. sich hineingleiten läßt.

Seine Frau teilte ihm damals erst im 5. Monat mit, daß sie schwanger war. Er habe es auch nicht bemerkt. Über Verhütung hatten sie weder gesprochen, noch hatte er überhaupt darüber nachgedacht. Sie heirateten dann, obwohl er sich nicht einmal sicher war, ob das Kind überhaupt von ihm war. Inzwischen sei er sich dessen aber sicher, weil seine Tochter ihm so ähnlich sei.

Zurück zur aktuellen Situation wird deutlich, daß sich insofern nicht viel verändert hat, als er mit seiner Frau nie über Sexualität spricht. Er erwartet, daß alles von alleine läuft.

Tut es das nicht, ist er hilflos. Ich mache den Vorschlag, zu diesem Thema zu spielen. Er präzisiert das zu einem Spielthema:

Improv. 4* : „Die Zärtlichkeit, die ich mir wünsche.“

P.: Metallophon Th.: Klavier

Die Musik bleibt statisch. Es entwickelt sich nichts. Ich bin mir nicht sicher, ob dies zwanghaft ist oder einfach ohne Widerstand, flüchtig herumschweifend.

* Bei durchlaufender Nummerierung aller Improvisationen

Es bleibt auch keine Wirksamkeit: Ihm fällt „nichts“ dazu ein. Als ich ihm das Band vorspiele, ringt er sich mühsam ein Bild ab: „Ein Reiter, der durch die Landschaft reitet.“ – „Reitet er irgendwo hin?“ – „Nein, er hat kein Ziel.“ Dann meint er, das Instrument habe nicht zum Thema gepaßt.

Daraus entsteht auf meinen Vorschlag hin ein ‚zweiter Versuch zum selben Thema‘.

Improv. 5: „Die Zärtlichkeit, die ich mir wünsche. 2. Versuch“

P.: Xylophon Th.: Klavier

Musik ist ganz ähnlich, nur etwas leiser.

Er selbst hat es als „etwas mehr meiner Empfindung entsprechend“ erlebt.

Ist schon zufrieden mit sich.

Beispiel 2:

(Ausschnitt aus einer ausführlichen Protokollführung, nach ‚Themen‘ gegliedert)

... ..

2. Er entdeckt, daß er auf der Conga auch sitzen kann, herunterschauen, aber dann nicht spielen. Ich kommentiere das alles singend und spielend. Es entsteht ein Lied daraus:

„Hoch auf der Trommel kann er sitzen, wenn er will, wenn er will.

Und auf dem Boden – ganz tief.

Und auf den Knien gehn.

Und auf den Füßen stehn.“

3. Er nimmt mehrmals direkteren Kontakt zu mir auf. Formen: Stöcke nach mir werfen, wie nach den Instrumenten. An meinem Klavier vorbeikommen und ein paar Töne spielen. Zu mir kommen und mich direkt von geringer Entfernung aus angucken. Zu mir an das Monochord kommen und mitspielen. Einmal bringt er mir seine Sandalen, die er wieder gleich zu Beginn ausgezogen hatte.

4. Er hantiert mit den hängenden Klangstäben (‚Klingklang‘). Ruft: „Abmachen“. (Konsonanten dabei nicht gesprochen.) Ich gehe zu ihm, frage: „Abmachen?“ Er sagt nichts mehr, zuppelt aber eindeutig daran. Ich lasse die Stäbe etwas tiefer herunter. Er versteht sofort die Art der mechanischen Aufhängung. Spielt wieder etwas damit. Hängt die Schnur in eine tiefere Schlaufe an den Haken. Sagt wieder etwas, was ich nicht verstehe. (Hört sich so ähnlich an wie „gebauer“) Will es ganz

abhaben, wobei ich ihm helfe. Drückt es begeistert an sich. Spielt damit. Die Schnüre vertüßeln sich. Er versucht die Verdrehungen wieder herauszumachen, indem er einen Stab durch die obere Schlaufe führen will. Ich sage: „Nein, einfach drehen.“ Was er tut. Ich sage: „Andersrum.“ Was er auch sofort tut.

5. Er spielt nun zwanzig Minuten für sich mit dem Klingklang. Läßt es doll klingen, zarter, stoppt es. Drückt es an sich. Spielt mit einzelnen Stäben, nimmt einzelne Stäbe und versucht daran seine Kraft, als wolle er sie biegen. Egal, was er macht, immer ist dabei etwas zu hören.

Ich sitze dabei. Singe eine Weile ohne Worte, je nach der Heftigkeit der Bewegung, mit der er spielt und die klanglich entsteht.

Dann höre ich auf zu singen und schaue ihm zu. Er ist völlig konzentriert, nichts anderes mehr drängt sich ihm zu tun auf. Nach längerer Zeit versuche ich eine Deutung: „Egal was Du machst, es bleibt immer bei Dir.“ Es erfolgt keine Reaktion. Er macht weiter wie bisher.

....

E. Nachträgliche Gedanken / Erwogene, aber nicht unternommene Interventionen / Besondere Empfindungen

Dieser Punkt läßt sich auch als nachträgliche Fragestellung verstehen, die helfen kann, auch flüchtige Gegenübertragungsphänomene, eigene Einfälle während des Spielens, wieder verworfene Gedanken an Deutungen oder andere therapeutische Interventionen wahrzunehmen. Sie zu notieren fördert die Reflexion über den Fall und über die eigene Methodik.

In manchen Fällen wird sich dieser Punkt eher auf das Gesamt der Stunde beziehen, in anderen kann eine Gliederung nach Punkten und die entsprechende Zuordnung sinnvoll sein.

Beispiel Balint:

Erst als die Stunde vorüber war, kam mir der Gedanke, ob seine Frage nach der Zukunft nicht als Verschiebung seines Dranges, Menschen zu quälen, auf mich gewesen sein könnte – das mag stimmen, wird aber vom Patienten nicht leicht angenommen werden.

Beispiel 12: (gleiche Stunde wie unter D)

Im Spiel widerstehe ich der aufkommenden Tendenz, von mir aus Kontur in das Umherschweifende zu bringen. Es erscheint mir nicht sinnvoll, ihm diese Arbeit abzunehmen.

Beispiel 2: (entlang der oben angegebenen Punkte)

Zu 3. Sein Umgang mit mir erscheint mir irgendwie ‚instrumental‘. Dabei erscheint es mir durchaus sinnvoll, dies als Angebot zu verstehen und mich ihm zunächst auch weiterhin als ‚hilfreiches Objekt‘ zur Verfügung zu stellen.

Zu 4. In dieser Szene ist zum ersten Mal deutlich, daß er ‚notfalls‘ auch spricht, wenn er etwas von mir will. Im Umgang mit der Aufhängung und der Verdrehung der Schnüre, dem Reagieren auf meine spontanen kurzen Anweisungen zeigt er sich recht intelligent im Durchschauen der Mechanik und feinmotorisch geschickt. Zeigt auch, daß er genau und schnell versteht, was ich sage, wenn er das will. D.h. vielleicht auch, daß er nicht will, wenn er scheinbar nichts versteht! Als er alles hat, was er von mir will, ist der Kontakt wieder abgebrochen.

Zu 5. Er ‚konzentriert‘ sich zwanzig Minuten lang, in dem Moment, wo er ‚das Richtige‘ gefunden hat. Dies steht in völligem Kontrast zu seiner sonstigen Unruhe und Schnelligkeit. Ob er Deutungsähnliches verstehen kann, bleibt unklar.

Dieser Punkt ist auch als eine Art Sammelpunkt für ‚Reste‘ jeglicher Art gemeint: Etwa wenn einem Tage später noch ein Ereignis aus der Behandlungsstunde einfällt, welches man beim Protokollieren vergessen hatte oder wenn man irgendwo zusätzliche Einfälle methodischer Art bekommt. Oder in bezug auf angesprochene Themen oder auch Gelesenes, Literaturhinweise im Zusammenhang mit dem Fall etc.. Manches davon mag bei einer späteren Bearbeitung genutzt werden, anderes auch wieder wegfallen.

F. Ergebnisse und Ziele

Hier geht es darum, den Zusammenhang zum erarbeiteten Behandlungsauftrag zu wahren, das im Verlauf hinzukommende Verstehen Schritt für Schritt festzuhalten und die sich daran entwickelnden Ziele wahrzunehmen. So kann es bei einem schwer gestörten Menschen zunächst das Ziel sein, überhaupt einen vertrauensvollen Kontakt herzustellen. Vielleicht wird dann in der zwanzigsten Stunde ein Konflikt deutlich, dessen Bearbeitung und Wandlung dann zum nächsten Ziel wird, bis über weitere Schritte etwa gegen Ende der Behandlung das Ziel eine gute Trennung sein wird.

Mit Ergebnissen sind nicht notwendig ‚Heilungserfolge‘ gemeint, vielmehr auch die zur therapeutischen Arbeit notwendigen Zwischenschritte wie etwa die Einübung in das Improvisieren, in das Sprechen über das eigene Erleben, in das Produzieren von Einfällen, in das Erinnern und Herstellen von Zusammenhängen zwischen ‚Jetzt‘ und ‚Damals‘ oder zwischen dem Erzählten und der hergestellten Musik. Alles selbstverständlich nur in soweit, wie dies für den therapeutischen Prozeß notwendig ist.

Beispiel Balint:

Unter ‚Fokalziele‘: Nach der Stunde überlas ich noch einmal, was ich in dem Bericht über die zweite Stunde über die Fokalziele gesagt hatte. Ich glaube, daran

braucht sich nichts zu ändern. / Unter ‚Ergebnis der Stunde‘: Ungewiß, aber nicht hoffnungslos. Er hat sich sicherlich etwas von der Stelle bewegt, und man wird sehen, was sich daraus ergibt.

Beispiel 12: (gleiche Stunde wie unter D und E)

Wenn auch noch mühsam tauchen jetzt doch Einfälle und Zusammenhänge auf. Dabei scheinen Reihenbildungen hilfreich zu sein. Weiterhin kann es kaum andere Ziele geben, als das weiter zu fördern.

Beispiel 2: (gleiche Stunde wie unter D und E)

Ich habe wieder ein kleines Stück über sein ‚Können‘ erfahren. Daneben hat er mir in seinem Verhalten wieder viele ‚Rätsel‘ aufgegeben. Mein Hauptziel ist weiterhin, erst einmal zu verstehen, was das, was er tut, zu bedeuten hat.

Ergänzende Hinweise:

Aus der Morphologie kann zur weiteren Bearbeitung der Protokolle die Systematisierung des Geschehens anhand der ‚4 Behandlungsschritte‘ (s. SALBER, W. 1977 und TÜPKER, R. 1988) angewandt werden. Das heißt: die Frage nach der **Entwicklung des Behandlungsgeschehens** wird anhand der Aspekte des Leiden-Könnens, des Methodisch-Werdens, der Transformation und des Bewerkstelligens gestellt. Praktisch kann dies – bei entsprechender Einübung – dadurch geschehen, daß man etwa schon während des Protokollierens kurze Hinweise auf die Zuordnung zu einem der vier Aspekte am Rand mit einem entsprechenden Kürzel notiert, so daß eine spätere zusammenfassende Analyse und Darstellung erleichtert wird oder ein genaueres Sich-Befassen mit dem Material in größeren Behandlungsabschnitten.

3.2 LEITFADEN ZUR PROTOKOLLIERUNG

LITERATUR:

- Argelander, H. (1970): Das Erstinterview in der Psychotherapie, Darmstadt
- Balint, M. et. al. (1976): Fokalthherapie, Frankfurt a.M.
- Hartmann, E. (1987): Der erste Satz des Kranken im Gespräch mit dem Arzt. Therapiewoche, 28, 8056-8062 Arzt.
- Klußmann, R. (1988): Psychoanalytische Entwicklungspsychologie, Neurosenlehre, Psychotherapie, Berlin-Heidelberg
- Niedecken, D. (1988): Einsätze, Material und Beziehungsfigur in musikalischem Produzieren, Hamburg
- Nordoff, P. & Robbins, C. (1986): Schöpferischer Musiktherapie, Stuttgart
- Rudolf, G. (1981): Untersuchung und Befund bei Neurosen und Psychosomatischen Erkrankungen, Weinheim-Basel
- Salber, W. (1977): Kunst, Psychologie, Behandlung. 2. Aufl. 1986, Köln
- Thomä. H. & Kächele, H. (1989): Lehrbuch der Psychoanalytischen Therapie, Bd. 1, Berlin-Heidelberg
- Tüpker, R. (1988): Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zur morphologischen Grundlegung der Musiktherapie, Regensburg
- Tüpker, R. (1993): Der Behandlungsauftrag der Musiktherapie. In: Tagungsbericht: Wirklichkeit als Ereignis, Arbeitskreis Morphologische Psychologie e.V., Postfach 410273, Köln

ERSTINTERVIEW

Name Alter

Beruf

Beziehung zum/r Patienten/in

Vordiagnose

Institutionelle Rahmen

Datum des Interviews

A. Wie kam die Behandlung zustande?

- B.
1. Erscheinungsbild und Auftreten des Patienten/der Patientin:
 2. Beschwerden
 3. Was scheint der Grund zu sein, warum der Patient/die Patientin gerade jetzt kommt
(geschickt wird)?
 4. Erster Satz, erste Szene

C. Lebensgeschichte und aktuelle Lebenssituation

D. Erleben und Selbsteinschätzung

1. Wie erlebt sich der/die PatientIn selbst?
2. Wie erlebt der/die PatientIn andere Menschen?
3. Wie erlebt der/die PatientIn die Welt?
4. Wie versteht der/die PatientIn selbst seine Erkrankung, Störung oder Problematik?

E. Beziehung zwischen TherapeutIn und PatientIn

1. Wie gestaltete sich die Beziehung in der Musik?
2. Außerhalb der Musik
 - a. Wie hat der/die PatientIn den Therapeuten/die Therapeutin behandelt?
 - b. Wie hat der/die TherapeutIn den Patienten/die Patientin behandelt?

F. Besondere Kennzeichen des Interviews und der Musik, der Empfindungen und Gegenübertragungen des Therapeuten/der Therapeutin

ERGÄNZENDES INTERVIEW

Name Alter

Beruf

Beziehung zum/r Patienten/in

Vordiagnose

Institutionelle Rahmen

Datum des Interviews

A. Warum wurde ein ergänzendes Interview vereinbart?

B. Ergänzende Auskünfte über den Patienten/die Patientin hinsichtlich:

1. Erscheinungsbild und Auftreten außerhalb der Therapiesituation
2. Beschwerden
3. Was scheint der Grund zu sein, warum der/die PatientIn gerade jetzt geschickt wird?
4. Erster Satz, erste Szene

C. Ergänzungen zur Lebensgeschichte und aktuellen Lebenssituation

D. Ergänzende Informationen zum Erleben und zur Selbsteinschätzung des Patienten/der Patientin aus der Sicht der Dritten

1. Wie erlebt sich der/die PatientIn selbst?
2. Wie erlebt der/die PatientIn andere Menschen?
3. Wie erlebt der/die PatientIn die Welt?
4. Wie versteht der/die PatientIn selbst seine Erkrankung, Störung oder Problematik?

E. Merkmale des Beziehungsdreieckes

1. Merkmale der Beziehung zwischen PatientIn und der Dritten
2. Atmosphäre des Interviews und Merkmale der entstandenen Beziehung zwischen TherapeutIn und der Dritten.

F. Besondere Kennzeichen des Interviews

PROTOKOLLFORMBLATT

Name: Stunde:

Datum: Zeitabstand:

Band:

Instrumente:

Sonstiges:

A. Ereignisse zwischen den Behandlungsstunden

1. auf Seiten des Patienten/der Patientin
2. auf Seiten des Therapeuten/der Therapeutin

B. Anfängliche Erwartungen / Vorüberlegungen

C. Atmosphäre der Stunde / Gesamteindruck

1. Beitrag des Patienten/der Patientin
2. Beitrag des Therapeuten/der Therapeutin

D. Hauptthemen, Improvisationen und therapeutische Interventionen

E. Nachträgliche Gedanken / Erwogenene, aber nicht unternommene Interventionen /
Besondere Empfindungen

F. Ergebnisse und Ziele

Forschen oder Heilen

BUCHBEITRAG

Kritische Betrachtungen zum herrschenden Forschungsparadigma⁴

3.3

Das Junktim von Forschen und Heilen war mir immer ein wichtiger Grundsatz. Er ist der psychotherapeutischen Arbeit immanent. Besteht doch die psychotherapeutische Arbeit mit unseren PatientInnen insgesamt darin, mit ihnen gemeinsam die Gründe des Leidens zu erforschen und die Wege zu entdecken und zu entwickeln, mit denen dieses Leiden sich verwandeln kann. In den künstlerischen Therapien bedienen wir uns dabei neben dem Wort all der anderen Mittel menschlicher Erkenntnis, die die Künste über Jahrtausende ausgebildet haben. Wir verstehen Musik, Malerei, Plastizieren, Tanz, Theater hierbei nicht primär als die Produktion von Werken, die eine *öffentliche* Wirkung entfalten, sondern wenden uns dem Teil der künstlerischen Beschäftigung zu, der die Künste als Möglichkeit sinnlicher Erkenntnis und seelischer Verwandlung in den Vordergrund stellt (Psychästhetik). Innerhalb des Forschungsprojektes »Behandlung« fokussieren wir unser Erkenntnisinteresse dabei jeweils auf diesen einen Menschen als *eine* individuelle Ausgestaltung möglicher Lebensformen, die zum Zeitpunkt der Behandlung in eine Krise geraten ist – wie auch immer diese Krise sich zeigen mag: als Psychose, als körperliches Leiden, als Angst oder als soziale Verwicklung. Über die einzelne Behandlung hinaus lassen sich die Erkenntnisse, die wir in der gemeinsamen psychästhetischen Arbeit mit den PatientInnen gewinnen, zusammentragen zu Erkenntnissen über die Entstehung menschlicher Leidenszustände und die Möglichkeiten ihrer Metamorphose.

Daß ich mein Referat mit dem provokanten Titel »Forschen oder Heilen« überschrieben habe, liegt darin begründet, daß ich die Gefahr sehe, daß das gegenwärtig herrschende Forschungsparadigma diese Möglichkeit der Forschung zunehmend zerstört und stattdessen eine Forschung evoziert, die sich dem Heilungsinteresse entgegenstellt. Der Bitte Peter Petersens, dieses Symposium mit einem »Paukenschlag« zu eröffnen, komme ich daher gerne nach. Ich werde dabei als »Ouverture« 15 Thesen skizzieren. Einige davon werde ich mit Beispielen versehen und erläutern. Manches andere wird hoffentlich in der »Durchführung« an einigen ausführlicheren Beispielen deutlicher werden. Dennoch bleiben dies Thesen und ich möchte sie auch als solche verstanden wissen und sie gern zur eigenen Reflexion und Positionierung zur Verfügung stellen – ohne daß es mein Bestreben wäre, hier immer recht zu behalten. Im Gegenteil: Lieber wäre mir, wenn ich mich in vielen Punkten irren würde. Im dritten Teil werde ich als nicht ganz so düsteren »Ausklang« von einem kleinen Forschungsprojekt im Rahmen des Studiengangs Musiktherapie an der Universität Münster berichten.

⁴ In: Peter Petersen (Hg.): Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Mayer Verlag, Stuttgart 2002, 34-72

1. Ouvertüre

Wenn ich in den folgenden Ausführungen etwas verallgemeinert von *dem* herrschenden Forschungsparadigma spreche, so kann ich in diesem Kreise darauf verzichten, das damit Gemeinte näher zu erläutern. Stichworte wären: das Primat naturwissenschaftlicher Methodik, die Suche nach einem biologisch-neurologisch-chemisch-genetischen Korrelat psychischer Störungen, klinische Studien, Vergleichsgruppen, Doppelblindstudien, standardisierte Verfahren, Randomisierung, Magie der großen Zahl, evidence based medicine.

An dieser Stelle sei auch auf die Ausführungen der Kollegen Kiene und Kriz hingewiesen (S. 69 u. 110).

These 1

Das herrschende Forschungsparadigma zerstört die Kollegialität der therapeutischen Zusammenarbeit.

Ein Beispiel aus dem klinischen Alltag einer Universitätsklinik: Ein erfahrener Psychologe, der als Kunsttherapeut arbeitet, soll – im Auftrag des Chefarztes – die Wirkung der Kunsttherapie bei einer bestimmten Klientel nachweisen. Der Chef der Klinik hat dafür Forschungsgelder der DFG eingeholt. Den üblichen methodischen Kriterien entsprechend stellt sich wie naturgemäß die Frage nach der Kontrollgruppe. Der Chef bezieht nun die Bewegungstherapeutin dergestalt in das Projekt mit ein, als ihre Gruppe zur Kontrollgruppe wird. Was vom Forschungsdesign her naheliegend und problemlos erscheint, heißt auf der Ebene der kollegialen Zusammenarbeit, daß nachgewiesen werden soll, daß der Kunsttherapeut mit seiner Arbeit bessere Erfolge erzielt als die Bewegungstherapeutin.

Was dies für die Zusammenarbeit auf einer solchen Station bedeutet, brauche ich wohl nicht näher auszuführen. Jeder kann sich die vielfältigen Dilemmata, die daraus entstehen, selbst ausmalen. Anstelle kollegialer Teamarbeit tritt hier die Profilierung einer Methode auf Kosten der anderen. Anstelle gegenseitiger Förderung der Arbeit wird ein im Grunde bitteres Konkurrenzverhältnis der Behandelnden untereinander erzeugt. Bitter deshalb, weil es im Sinne der Logik des Paradigmas wäre, im Falle des gelungenen Nachweises der Hypothese die Bewegungstherapeutin zu entlassen. (Wenn man ein besseres Medikament gefunden hat, braucht man die anderen nicht mehr.)

Das zusätzlich Unlautere daran, was das gesamte Forschungsdesign mehr als in Frage stellt, ist die Tatsache, daß es sich bei der Bewegungstherapeutin um eine junge Sportlehrerin handelt, die gerade eine bewegungstherapeutische Ausbildung beginnt, bei dem Kunsttherapeuten aber um einen erfahrenen Kollegen am Ende seiner Laufbahn. Außerdem arbeitet er als Psychologe in der Gesamtbehandlung der Patienten (einschließlich Aufnahme, Entscheidung über Therapieverlauf etc.), während die Bewegungstherapeutin »nur« eine zusätzliche Gruppe betreut. Jeder, der die unterschiedliche Übertragungs- und Beziehungsstruktur, die durch solche Rahmenbedingungen in Kliniken entstehen, kennt, weiß, daß es dadurch zu Artefakten kommen wird, die vermutlich einen größeren Einfluß auf die Untersuchungsergebnisse haben werden als die zu untersuchende Behandlungsmethodik. Von daher ist zum einen das Ergebnis der Untersuchung vorhersehbar und zum anderen wissenschaftlich unbrauchbar, was aber vermutlich niemand merken wird. Gehen wir davon aus – und ich

3.3 FORSCHEN ODER HEILEN

wüßte nicht, ob da jemand widersprechen würde –, daß eine gute Teamarbeit die Heilung der PatientInnen fördert, eine von Konkurrenz geprägte einer Heilung hinderlich ist, heißt dies de facto, daß hier die Interessen der PatientInnen den Forschungsinteressen geopfert werden.

Auch wenn dieses Beispiel zugespitzt wirken mag, so spiegelt sich darin ein grundsätzliches Dilemma, welches mir durchaus häufig begegnet. Häufiger in der Form, daß KollegInnen in Kliniken überlegen, ihre alltägliche Arbeit in einer vergleichbaren Form einer Evaluation zu unterziehen (etwa in Form einer Prä-/Poststudie), um damit einen Beitrag zur Forschung zu leisten. Lassen sie sich von üblichen Forschern beraten, so werden sie wie von selbst mit der Forderung der Kontrollgruppe konfrontiert. Diese ist in der üblichen Praxis aber – etwa durch Patienten in der Warteschleife – nicht realisierbar. Also wird nach einer parallelen Patientengruppe im eigenen Hause gesucht werden, die mit einer Methode behandelt wird, die man für nicht oder weniger wirksam hält, was dann in selbiges Dilemma führt. In etlichen Fällen habe ich erlebt, daß die KollegInnen an dieser Stelle von ihrem Forschungsvorhaben Abstand nehmen.

Methodisch ist hier natürlich zusätzlich zu kritisieren, daß wir davon ausgehen können, daß in stationären psychotherapeutischen Settings stets zu berücksichtigen ist, dass hier eine Gesamtheit von Behandlungen, ihr Zusammenwirken, das ist, was das Spezifische der Wirkung eines stationären Aufenthaltes ausmacht. Dazu gehören dann auch solche Phänomene wie die Atmosphäre, die von der Gruppe der Mitarbeiter ausgeht, die Eingangsrituale der PatientInnen untereinander und vieles mehr. Um *das* zu untersuchen bedürfte es eines Methodenrepertoires, wie wir es eher aus der Feldforschung der Ethnologie, der Soziologie oder anderen Sozial- und Geisteswissenschaften kennen. Auch insofern wären übrigens Patienten, die noch nicht in die Klinik aufgenommen werden können, keine methodisch saubere Kontrollgruppe für die Untersuchung eines einzelnen Verfahrens, welches in einer Klinik angewandt wird.

Die Tendenz zur Vergiftung der Kollegialität bemerke ich auch in der Veränderung innerhalb der Studentenschaft. Als ich vor zehn Jahren meine Tätigkeit mit den Musiktherapiestudierenden der Universität Münster begann, waren die Erzählungen über die Begegnungen mit den Studierenden der Medizin und der Psychologie, mit denen sie in gemeinsamen Veranstaltungen sitzen, fast ausschließlich positiv geprägt. Es gab gegenseitiges Interesse, die Mitstudierenden waren neugierig und offen.

Inzwischen häufen sich die Klagen der angehenden MusiktherapeutInnen über Skepsis, Abweisung und Arroganz. Erzählungen tauchen auf wie die, daß gerade von jüngeren mit Lehrveranstaltungen betrauten ÄrztInnen ohne Anlaß angezweifelt würde, ob die Musiktherapiestudierenden den Stoff denn überhaupt verstehen könnten bis hin zu den darauf folgenden spitzen Bemerkungen der PsychologiestudentInnen, ob sie denn überhaupt wüßten, was der ICD 10 sei. (Während ich früher von den Professoren eher die Rückmeldung bekam – und von den älteren auch weiterhin bekomme –, die Musiktherapiestudierenden seien oft die Interessiertesten und diejenigen, die die intelligentesten Fragen stellten.) Das klingt natürlich einerseits wie lächerlicher Kleinkram, kündigt aber meines Erachtens in seiner Häufung doch eine denkwürdige Verschlechterung des kollegialen Klimas im Gesundheitswesen an, was gerade dort, wo die Beziehungen – auch die der Behandelnden untereinander – sich heilsam oder schädlich auf die Behandlungen auswirken, ein ernst zu nehmendes Problem darstellt.

These 2

Die derzeit üblichen Maßnahmen zur sogenannten Qualitätssicherung dienen weder der Feststellung noch der Sicherung, geschweige denn der Verbesserung der Qualität, da andere Interessen (z.B. Erhalt berufsständischer Hierarchien) der Qualität der Arbeit überstellt sind.

Die zunehmende Differenz zwischen dem oft hohen Qualifikationsniveau vieler künstlerischer TherapeutInnen und ihrem verstärkt nach hierarchischen Kriterien entschiedenen »Einsatz« im Setting der Kliniken, spricht hier eine eindeutige Sprache: Der psychologisch völlig ungeschulte Neurologe soll die psychotherapeutischen Gespräche führen. Die Musik- oder Kunsttherapeutin mit diversen psychotherapeutischen Zusatzqualifikationen soll nur »zuliefern« und bekommt – wenn ihre Qualifikation zu sehr auffällt – alles mögliche verboten, damit sich der Unterschied in der Qualität der Behandlung nicht zu sehr abhebt. Zum Beispiel darf sie nicht die Übertragung deuten – weil der Neurologe das nicht kann, bzw. nicht so recht weiß, was das eigentlich ist –, oder auch nicht nach Träumen fragen. All dies sind keine ausgedachten Beispiele, sondern Erzählungen, die ich in Supervisionen oder informellen Gesprächen mit KollegInnen zu hören bekomme.

Erschreckend ist auch, in wie vielen psychotherapeutischen Kliniken, selbst Universitätskliniken, keine Supervision stattfindet. Stattdessen wird in den sogenannten Studien zur Qualitätssicherung mit Betten-, Patienten- und Aufenthaltsdauerzahlen jongliert, die naturgemäß keinerlei Aussagen über die Qualität der Arbeit machen. Auch anspruchsvollere Modelle neigen zu einer erzwungenen Vereinheitlichung und Medizinalisierung (s. auch These 6) und ignorieren die Differenziertheit bisherigen Erkenntnisse, statt zu ihrer Erweiterung beizutragen.

In ihrer Kritik der Psy-BaDo (Psychotherapeutische Basisdokumentation) haben Pohlen und Bautz-Holzherr (2000) dargestellt, wie eingeschränkt der Gesundheits-Krankheitsbegriff ist, wie die den Patienten gestellten Fragen allein die Oberfläche eines normierten Befindlichkeitsbegriffes zur Geltung kommen lassen. »Der Therapieerfolg als qualitative Änderung in der Sichtweise der Problematik des Patienten wie des Therapeuten ist nicht vorgesehen« (ebd. S. 159). Außerdem versagt die gesamte Psy-BaDo hinsichtlich der Darstellung therapeutischer Prozesse. Betrachtet man das Design der Studie von ihrer Zeitstruktur her, so ist sie für den einzelnen Therapeuten (an den sie sich aber richtet) in bezug auf die Frage der Qualitätssicherung oder Verbesserung seiner Arbeit so gut wie wertlos, da er erst nach Jahren erfährt, wie »erfolgreich« er denn nun mit seinen Verfahren im Vergleich arbeitet. So sehen die Autoren denn in diesem psychotherapeutischen Annäherungsversuch an die »evidence based medicine« eher einen wissenschaftlichen Legitimierungsversuch der »Enteignung der Eigenheiten von konkurrierenden Systemen« (ebd. S. 160) und das »Diktat der Vereinheitlichung«. Sie kritisieren die Psychiatisierung der Diagnostik, die Ausklammerung der Gütekriterien der therapeutischen Beziehung und fassen zusammen: »Die Psy-BaDo macht psychotherapeutische Behandlung zum Krankheitsmanagement, das seine Qualitätssicherung an Normalisierungskriterien bemißt und damit dem medizinischen Modell der Transformierung von Krankheit in Gesundheit folgt« (ebd. S. 149).

Bei einer Durchsicht der Patientenfragen der Psych-BaDo unter MusiktherapeutInnen fiel uns ergänzend auf, daß ein großer Teil der PatientInnen der Musiktherapie kaum in der Lage wäre, die gestellten Fragen zu beantworten. Sprachgestus und Vokabular scheinen davon auszugehen, daß Psychotherapie nach wie vor nur für Menschen ab einem gewissen

3.3 FORSCHEN ODER HEILEN

IQ, mit gehobenem Bildungsniveau und einem bestimmten schichtenspezifischen Vokabular geeignet ist.

Nur verweisen möchte ich an dieser Stelle auf die weitere interessante und differenzierte Debatte zu diesen Fragen im »Forum der Psychoanalyse«: Pohlen (1999/1), Buchholz (2000/1), wie erwähnt Pohlen/Bautz-Holzherr (2000/2) und Naatz (2000/3) sowie die abschließende Gegenwehr einer ganzen Gruppe von Vertretern der verschiedenen Gesellschaften, die wenig auf die Komplexität der vorangegangenen Debatte eingehen, dafür aber umso massiver auftreten. (Wie anders kann man einen Diskussionsbeitrag verstehen, der zwar nur fünf Seiten umfasst, aber von 11 Autoren verfasst wurde, die sich durch die Referenz zweier Universitätskliniken und 9 medizinischer Fachgesellschaften ausweisen müssen (Heuft et. al. 2000/4).)

These 3

Das herrschende Forschungsparadigma verhindert, solche Mechanismen und das Entstehen institutionalisierter Widerstände aufzudecken.

Theoretische Ansätze und methodische Kriterien, die in der Lage wären, Phänomene wie institutionalisierte Widerstände, systemimmanente Fehlentscheidungen, Produktion von Unbewusstsein oder Wechselwirkung von psychischer Grundstruktur einer bestimmten Klientel und Teamstruktur, aufzudecken und damit einer Veränderung zugänglich zu machen, gibt es durchaus (vgl. Mentzos 1988, Erdheim 1988, Kisker 1988). Sie scheinen sich aber nicht im Blickwinkel dessen zu befinden, was derzeit in der Forschung interessiert. Hier entsteht ein erster Kreis des Irrlaufens: Solche Forschungen werden nicht durchgeführt, da die dafür anerkannten Methoden nicht Teil des Methodenkanons sind, der dem herrschenden Forschungsparadigma entspricht. Alles, was gemäß diesem Methodenkanon nicht erforschbar ist, bleibt eo ipso aus dem Forschungsinteresse ausgeschlossen. Endgültig scheint sich in diesem Bereich durchzusetzen, daß nicht die für den Untersuchungsgegenstand angemessene Methode zu suchen ist, sondern die Methodik das bestimmt, was als erforschbar gilt. Fragen wir uns, wieso diese Verdrehung so resistent gegen die ja zigfach geäußerte und begründete Kritik ist, so gelangen wir zu einer nächsten These.

These 4

Die Einengung auf das Forschungsparadigma dient der Verwechslung von Erkenntnis und Interesse.

Denn betrachten wir die jeweilige Interessenlage, so wird deutlich, daß die Einengung, die sich durch das Forschungsparadigma ergibt, durchaus ihren Sinn hat. Aber eben nicht im Sinne der Zunahme an Erkenntnis, sondern im Sinne des Erhalts von Herrschaft, der Wahrung berufsständischer Interessen. Auf der Seite der PatientInnen dient sie der Ausgliederung von Menschen, deren Förderung als »zu teuer« angesehen wird. Schizophrenen als wie auch immer biologisch bedingt und damit weitgehend psychologisch nicht beeinflussbar oder zumindest psychotherapeutisch nicht behandelbar anzusehen, hat »den Vorteil«, daß das Gesundheitssystem gar nicht diskutieren muß, wer für die möglicherweise tausend Stunden Psychotherapie aufkommt, die hier wirklich zu

einer Verwandlung führen könnten. Statt dessen setzt sich durch, Psychotherapie sei bei Schizophrenen *nicht indiziert*. Die hoffnungsvollen Anfänge des Verstehens der Schizophrenen (Benedetti 1964, 1975, 1983, Searles 1965; Arieti 1979; Ciompi 1982; Scharfetter 1986; Mentzos 1992; Wulff 1995 etc.) gelten schon fast als historische Sackgasse, weil die Interessenlage hier offensichtlich mächtiger ist als ein ernstzunehmendes Erkenntnis- und Heilungsinteresse. Man kann es auch drastischer formulieren: Da es für die Karriere eines Forschers dienlicher ist, ein neues Gen entdeckt als einen schizophrenen Patienten geheilt zu haben, verliert sich das Interesse am Patienten zugunsten der Tätigkeit im Labor. (Ein Universitätskollege, Psychiater »alten Schlages«, drückte es so aus: »Wir brauchen die Patienten eigentlich nicht mehr für die Forschung, wir brauchen nur ihren Saft.«) Das Junktim von Forschen und Heilen *ist* hier bereits zerstört.

Auch Buchholz (2000) spricht im Zusammenhang mit der Debatte um EST (empirically supported therapy) und der neuen Rechtslage durch das neue Psychotherapeutengesetz von einer »Konfusion von wissenschaftlichem, wirtschaftlichem, juristischem und professionellem Kontext« und zeigt auf, wie vielerorts wissenschaftlich sich gebärdende »Dominanzansprüche im Dienste der Ökonomie« stehen.

These 5

Es löst Psychologie in Medizin auf, Kultur in Gesundheitsfetischismus.

Eine Studentin hat den Wunsch, sich im Rahmen ihrer Diplomarbeit mit etwas zu beschäftigen, was sie zunächst – als Arbeitshypothese – als »heilsame Wirkung des Chorsingens« bezeichnet. Als begeisterte Chorsängerin und engagierte Chorleiterin geht sie dabei von ihrer persönlichen Erfahrung aus. Spontan, im Sinne einer ersten vorwissenschaftlichen Sichtung, geben ihr die SeminarteilnehmerInnen, die alle reichlich Chorerfahrung haben, mit ihrer Vermutung recht. Bei der Diskussion darüber, wie und mit welchem methodischen Repertoire man diese Hypothese untersuchen könnte, kommt relativ schnell die Frage nach »der Kontrollgruppe« auf. Als ein positiver Aspekt wird zum Beispiel das Gemeinschaftserlebnis beim Chorsingen hervorgehoben. Dann kommt die Frage auf: Aber! Erleben das nicht auch Sportler in ihrem Sportverein? Ob sich wirklich *nachweisen* läßt, daß Singen im Chor heilsamer ist als Blaudrucken in der Frauengruppe? (Man achte hier auf die Komparation, die sich unbemerkt in die Debatte eingeschlichen hat!)

Die Diskussion bewegt sich in diese Richtung fort, ohne daß zunächst das methodische Versatzstück »Kontrollgruppe« hinterfragt wird. Amüsiertes Entsetzen kommt auf, als ich einwerfe, ob denn dann, wenn nachzuweisen wäre, daß Makrame-Knüpfen heilsamer ist als Chorsingen, wir nun alle nicht mehr in den Chor dürften und statt dessen anfangen müßten zu knüpfen oder umgekehrt die, die das Knüpfen lieben, dann singen müßten?

Die Selbstverständlichkeit, mit der in dieser Art methodische Versatzstücke aus dem Methodenrepertoire des herrschenden Forschungsparadigmas in Diskussionen auftauchen, in denen sie, gemessen an der Fragestellung überhaupt nichts zu suchen haben, macht deutlich, wie sich mit dem herrschenden Forschungsparadigmas eine Gestaltlogik über ihren eigentlichen Geltungsbereich hinaus ausbreitet wie die unbeherrschbare Speise im »Märchen vom süßen Brei«.

These 6

Das herrschende Forschungsparadigma neigt zum Totalitarismus oder – psychologisch formuliert – zur Besessenheit

Denken wir dies einmal an dem obigen Beispiel weiter: Die Frage nach einer Kontrollgruppe macht ja nur da Sinn, wo es um ein »Entweder-Oder« geht. Wenn eine Substanz gegen ein fest umrissenes Symptom – unabhängig vom »Träger« dieses Symptoms – besser, schneller, preiswerter, nebenwirkungsärmer wirkt, so macht diese Entweder-Oder-Konkurrenz im Vergleich der beiden Substanzen einen Sinn. Im Bereich der Kultur aber ist diese Sichtweise absurd: Was ist »besser«: Malerei oder Musik, Tanz oder Theater? Kirchen oder Denkmäler? Kino oder Fußball? Welch groteske Fragestellung. Der Gestaltlogik des herrschenden Paradigmas in der Medizin folgend kämen wir über kurz oder lang zur Abschaffung der meisten Künste und kulturellen Ereignisse. Auch beim Essen könnten wir – wäre die optimale Menüfolge einmal »wissenschaftlich nachgewiesen« – auf den Rest der Kochkunst verzichten und müßten uns mit der täglich gleichen optimalen Speisefolge abfinden.

Worin gründet eine solch abstruse Verkehrung? Eine solche Wissenschaft strebt nach Vereinheitlichung, Kultur aber nach Vielfalt. Diese Art der Wissenschaft sucht Endgültiges (De-finitionen), Festlegung, Sicherheit. Die Richtung der Kunst ist Offenheit, Neuheit, Sich-Einlassen auf Unsicherheit. Wird das Gesundheitssystem ausschließlich dem Primat der Wissenschaftlichkeit unterstellt, so führt das durch die dieser Gestalt immanente Logik, zu einer Funktionalisierung des Menschen, gerinnt Behandlung zum optimierten Reparatursystem. Krankheit als Krise, Leiden als Erfahrung, Entwicklungsoffenheit, Individuation, Differenz und Scheitern haben darin keinen Platz mehr. Die Vermarktung von Musik, Steinen, Lebensmitteln, Sport zu Gesundheitszwecken macht spürbar, wie dies dann auch den kulturellen Bereich besetzt.

Zeichen dieser Entwicklung sind nicht nur die Phänomene der Musikapotheke, sondern auch Kuriositäten wie die, daß man keinen Stein mehr erstehen kann, ohne gesagt zu bekommen, wofür oder wogegen er »wirkt«, daß Studien veröffentlicht werden, die nachweisen, daß lesende Menschen länger leben als solche die nicht lesen, daß Musik machen intelligenter macht, kreative Menschen gesünder sind und vieles dergleichen mehr. Alles wird zur Therapie. Gesundheit zur Besessenheit, Lebensprozesse verkehren sich zur Überlebensmaßnahme. Auch wenn einige dieser Beispiele nicht gerade aus dem Bereich der Schulmedizin kommen, so folgen sie dennoch der Logik der herrschenden Paradigmas und steigern es zu einer Funktionalisierung der Kultur wie auch der Natur. Kultur und Ästhetik werden aufgelöst »gesund«, »hilft gegen...«.

Gelingt es den künstlerischen Therapien nicht, sich dieser Gestaltlogik zu entziehen, so verlieren sie nicht nur ihre wesensmäßige Immanenz, sondern verfehlen das, was vielleicht auch ihre Aufgabe im Gesundheitswesen ist, nämlich darauf zu beharren, daß das Gesundheitswesen auch ein kulturelles Phänomen ist. Dem Begriff des »wissenschaftlich Anerkannten« ist der des »kulturell Erstrebenswerten« gegenüberzustellen. Das heißt auch, daß der Diskurs über die Fragen der Behandlungen ein gesellschaftlicher Diskurs bleiben muß, an dem mehr Professionen und gesellschaftliche Gruppen beteiligt sein müssen als dies derzeit der Fall ist. Über den hier angesprochenen Bereich der psychologischen Behandlungen hinaus ist dies ebenso wichtig für die Brennpunkte der High-Tech-Medizin, der Genforschung, der Biotechnologie. Anstelle der Verwissenschaftlichung von Kunst und Kultur sollten wir besser auf die Kultivierung von Wissenschaft setzen. Zwar kann man über Kunst und Kultur auch wissenschaftlich nachdenken, dennoch bleibt die

Tatsache bestehen, daß Wissenschaft zu betreiben immer auch ein kulturelles *und* gesellschaftliches Phänomen ist, welches sich als solches nicht rein naturwissenschaftlich betrachten läßt, ohne in einen verengenden Zirkelschluß zu geraten.

These 7

Das vorherrschende Forschungsparadigma zerstört den wichtigen, entwicklungsoffenen Grundsatz medizinischen Denkens, der bisher erfolgreich totalitären Tendenzen entgegenwirken konnte: den Grundsatz: Wer heilt, hat recht.

Neuere Erfahrungen mit Krankenkassen, einschließlich privater Kassen, zeigen, daß dieses Prinzip als Maßstab für die Finanzierung von Leistungen bereits aufgegeben worden ist. Ob ein Patient – auch nachweisbar – durch eine Behandlung geheilt wurde, spielt selbst für die *nachträgliche* Finanzierung dieser Behandlung keine Rolle. Allein entscheidend ist, ob diese Behandlung in bezug auf diese Diagnose nach Vereinbarung xy als »wissenschaftlich anerkannt« gilt.

Aus Sicht des Versicherungsnehmers als Vertragspartner etwa der privaten Kassen grenzt dieses Vorgehen meines Erachtens oft an Betrug. So werben zum Beispiel viele Kassen damit, daß auch alternative Heilmethoden wie Akupunktur, Manuelle Therapien oder die Behandlung beim Heilpraktiker bezahlt würden. Verschwiegen wird, daß dies aber dann nicht für alle Krankheiten gilt, bei denen dies aus ärztlicher Sicht im Einzelfall indiziert oder zumindest erprobenswert erscheint, sondern eben nur bei den Diagnosen, bei denen diese Verfahren jeweils als »wissenschaftlich anerkannt« gilt. Wer dies wann, wo, wie und warum entschieden hat, was da zum Beispiel bei Eintritt in eine Kasse der Stand der Dinge ist, erfährt der Versicherungsnehmer ebensowenig wie die jeweiligen Änderungen, die ja im Grunde stets eine Änderung des Vertragsverhältnisses sind. Auch hier zeigt sich die totalitäre Tendenz: Welches andere Vertragsverhältnis im bürgerlichen Recht könnte sich solche Unschärfen und einseitigen Vertragsbestimmungen und -veränderungen erlauben?

Arzt und Patient einigen sich bisweilen in einer Art Gegenbetrug, indem dem Patienten mehr oder weniger deutlich abweichende Symptommennungen empfohlen werden, damit quasi die zu eine bestimmte Behandlung »passenden« Beschwerden in der Rechnung auftauchen können. (»Sie haben doch bestimmt auch manchmal Kopfschmerzen.«) Worüber dann eine anderweitig als sinnvoll vermutete Akupunktur abrechenbar wird. Nicht vorgesehen ist es hingegen, daß sie sich als entscheidungskompetente und mündige Menschen begegnen und verhalten, indem Arzt und Patient sich zum Beispiel einigen, hier einen Versuch zu wagen und neue Wege in der Behandlung eines Symptoms zu beschreiten, von denen etwa der Arzt mit gutem Gewissen sagen kann, daß es »manchmal klappt« und der Patient bereit ist, sich auf diese offen-unsichere Chance einzulassen. Dies gilt auch bei Erkrankungen, bei denen die Heilungsrate der offiziell vorgesehenen Methoden weit unter 50 Prozent liegen. Natürlich können sich Arzt und Patient in solchen Fällen auch einigen, daß der Patient die Behandlung selbst bezahlt. Das ändert aber nichts an der grundsätzlichen Kritik, um die es mir hier geht. Führt doch diese Situation meist dazu, daß neuere oder sogenannte alternative Verfahren vom Gros der Ärzte gar nicht erst in den Diskurs mit dem Patienten gelangen oder erst dann, wenn Patienten anfangen, entlang ihrer Erkrankungen eigene kleine private Forschungsprojekte (Internetrecherche, Fachliteratur, Betroffenenliteratur) zu starten und den Arzt mit den jeweiligen Ergebnissen konfrontieren. Das aber kann wohl kaum das wünschenswerte Bild des sogenannten mündigen Patienten sein.

3.3 FORSCHEN ODER HEILEN

Aus diesen Gedanken ergibt sich als weitere These:

These 8

Das führt erstens dazu, dass der Diskurs als eines der wesentlichen Insignien von Wissenschaft zum reinen Stempel degradiert wird.

»Wissenschaftlich anerkannt« wird zum Etikett, zum Warenzeichen. Es ist klar, daß dies auch zur Folge hat, daß neuere Behandlungsmethoden, die in vielen Einzelfällen durchaus im direkten Versuch am Patienten, beziehungsweise *mit* ihm, ethisch vertretbar erprobt werden könnten – wie eben auch künstlerische Therapien – dem Patienten gar nicht erst angeboten werden, da die verordnenden ÄrztInnen die entstehenden Verwicklungen mit den Kassen und den PatientInnen verständlicherweise scheuen.

Durch den zunehmenden Druck, dem die künstlerischen Therapien seit der Neureglung durch das »Psychologische Psychotherapeutengesetz« ausgesetzt sind, ist zu beobachten, daß das Forschungsinteresse auch in der Musiktherapieszene sich zunehmend auf die Frage einengt, welche Forschungen zum begehrten »Label« »wissenschaftlich anerkanntes Verfahren« = »Kassenzulassung« führen könnten. Bei dem Kongreß der DGMT in Hamburg vor einigen Monaten fand zunächst ein Fachgespräch im kleineren Kreis und dann eine Podiumsdiskussion zum Thema »Forschung in der Musiktherapie« statt. Als Teilnehmerin des geladenen Fachkreises stellte ich zu Beginn der Podiumsdiskussion den fünfzig bis sechzig MusiktherapeutInnen im Publikum sinngemäß die folgende Frage: »Wenn Sie einmal absehen von der Not des Forschen-Müssens zum Zwecke der Kassenzulassung, was interessiert Sie wirklich, was möchten Sie wissen? Was hätten sie gerne von >den Forschern< erforscht oder was würden Sie selbst gerne herausfinden?« Trotz mehrfachen Insistierens bekam ich neunzig Minuten keine Antwort auf diese Frage.⁵

These 9

Und zweitens zur massiven Verfälschung des gesamten epidemiologischen und statistischen Datenmaterials.

Dies gilt zum einen für Beispiele (wie das mit der Akupunktur und den dazu passend »empfohlenen Kopfschmerzen«), die in der ärztlichen Praxis vermutlich völlig alltäglich und von nicht zu unterschätzender Zahl sind. Es gilt aber auch für unseren Bereich der psychotherapeutisch relevanten Erkrankungen und Störungsbilder. Ein eher kurioses Beispiel: In Münster und Umgebung gab es bis vor kurzem auffällig wenig Borderline-Störungen. Der einfache Grund war der, daß *der* Psychiatrieprofessor der Münsteraner Universitätsklinik schlicht keine Lust hatte, diese neue Diagnose zur Kenntnis zu nehmen und sie deshalb innerhalb der Unipsychiatrie einfach nicht gestellt werden durfte. Das wirkte sich natürlich auch auf die Diagnostik der umliegenden Kliniken und Praxen aus, zumal viele in Münster ausgebildete PsychiaterInnen sich in der Nähe niederließen oder als Chefs der umliegenden Psychiatrien das (Nicht-)Gelernte weiter gaben. (Durch den

⁵ Bezeichnenderweise wird aus der ursprünglich ungerichteten Formulierung des Themas »Forschung 2000« in der Wahrnehmung einer Teilnehmerin, die einen Bericht über die Tagung schrieb, die Frage: »In welcher Weise kann Musiktherapie erforscht werden, damit sie umfassende wissenschaftliche Anerkennung findet?« (Schönhals-Schlaudt 2001). Klarer kann man die Zweckorientierung kaum formulieren.

Wechsel des Lehrstuhlinhabers dürfte es inzwischen zu einem sprunghaften Anstieg der Borderline-Störungen im Münsterland gekommen sein.) Aber neben solchen leicht zu identifizierenden Verfälschungen sind bedeutsamer die Verschiebungen, die sich durch die Regulierungen für die Erstattung von Psychotherapie in Abhängigkeit von der Diagnose ergeben. Wird zum Beispiel derzeit eine Zunahme an Depressionen und Angststörungen verzeichnet, so ist überhaupt nicht mehr eruierbar, inwieweit dies ein Artefakt der Tatsache ist, daß Kassenanträge mit diesen beiden Diagnosen eine relativ hohe Erfolgchance haben. Das Ganze wird entgültig zum in sich geschlossenen Irrläufer, wenn Studien, wie etwa nach dem Modell der Psy-BaDo, dann den bei der Behandlung angewandten Verfahren eine hohe Erfolgsquote bescheinigen würden und sich daraus wiederum ergäbe, daß diese Verfahren als besonders indiziert für diese Diagnosen gälten.

These 10

Das vorherrschende Forschungsparadigma verhindert eine Klarheit der Begriffsbildung und das Verstehen von Zusammenhängen in der psycho-logischen Dynamik von Krankheiten.

Es verhindert erkenntnisfördernde Forschung und minimiert das Interesse junger ForscherInnen an der Entstehung psychischen Leidens und den Bedingungen seiner Linderung oder Heilung. Wenn wir bedenken, welch bedeutsame Ergebnisse die Forschungen Freuds, die oben erwähnten Therapeuten Benedetti, Kohut und viele andere, die alle *nicht* so geforscht haben, wie es nach dem herrschenden Forschungsparadigma opportun wäre, für das Verständnis seelischer Erkrankungen erbracht haben, von denen *alle* therapeutischen Richtungen de facto weiterhin zehren, so fragt man sich, ob dieses ja durchaus unabgeschlossene Projekt nun versanden soll. An welchen Universitätskliniken gibt es Forschungen zu den Heilungschancen psychotischer PatientInnen durch langfristige psychotherapeutische Behandlung? Wo findet sich die Forschung, die die Alzheimer-Erkrankung als auch psycho-logisch zu verstehendes Phänomen zu erfassen sucht und daraus therapeutische Umgangsformen entwickelt? Wo sind – nach der sinnvollen Ausgliederung der geistig Behinderten aus den Großpsychiatrien – die psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten für diese Menschen, die nachweisbar in großer Zahl auch an psychischen Störungen leiden? Ob zum Beispiel Musiktherapie aufgrund ihrer sprachübergreifenden Möglichkeiten hier eine sinnvolle Form der Psychotherapie sein könnte und welche anderen Formen der Psychotherapie möglich sind, kann trotz ermutigender Erfahrungen (Niedecken 1989, Heinemann/Groef 1997) kaum weiter erforscht werden, weil für diesen Personenkreis einfach keine Psychotherapie vorgesehen ist. Statt dessen fördert es, wie ich im zweiten Teil zeigen möchte, die weitere Ausgrenzung des Leides aus »der Mitte der Gesellschaft«, die sich gerne auf ewig jung, gesund, schön, strahlend, rein, unbehindert, allzeit funktionstüchtig sähe. Auf diese Behauptung wie die beiden nächsten Thesen werde ich im zweiten Teil näher eingehen.

These 11

Es dient der Verschleierung gesellschaftlicher Zusammenhänge seelischen Leidens.

3.3 FORSCHEN ODER HEILEN

These 12

Es dient einer zunehmenden Entsubjektivierung und Enthistorisierung des Leidens und der Verschleierung des Primats ökonomischer Interessen.

These 13

Es ist gesellschaftlich und politisch rein affirmativ und verhindert damit notwendige Entwicklungen und Veränderungen.

These 14

All dies liegt vermutlich weniger an den Methoden und Verfahren des Forschungsparadigmas, sondern vielmehr schlicht an der Tatsache, daß es herrscht – und sein Hauptanliegen der Erhalt und Ausbau von Herrschaft – Alleinherrschaft ist.

Auch wenn eine Methodenkritik im einzelnen ebenfalls nötig ist (siehe S. 95), so kommt es mir hier eher darauf an, aufzuzeigen, daß die eigentliche Gefahr in den folgenden Aspekten zu sehen ist: in der Verquickung von (wirtschaftlichen und Macht erhaltenden) Interessen und wissenschaftlichem Paradigma, beziehungsweise Methodenfixierung, in der Enkulturation des Gesundheitswesens und ihrem Ausklinken aus dem allgemeingesellschaftlichen Diskurs, in der totalitär sich gebärdenden Ausbreitung eines Methodenrepertoires über den wissenschaftlich sachgerechten Geltungsbereich hinaus. Daß all dies eher ein Herrschaftsphänomenen ist, als daß es sich hier um eine wirklich wissenschaftliche Auseinandersetzung dreht, zeigt sich auch daran, daß eine Fülle wissenschaftstheoretischer Kritik all dessen ja seit Jahren und Jahrzehnten vorliegt und durch immer neue kluge Veröffentlichungen erweitert wird, ohne daß dies auf die hier beschriebene Tendenz eine Wirkung zu haben scheint (siehe u. a. Literaturverzeichnis Kriz S. 93).

»Die Theorie entscheidet darüber, was wir beobachten können«, heißt es bei Einstein. Wenn es uns nicht gelingt, die Enge des herrschenden Forschungsparadigma zu überwinden, werden wir vieles nicht mehr sehen und hören können, was wir für die Weiterentwicklung wirksamer Behandlungen bräuchten.

These 15

Es macht keinen Spaß.

Ich hatte im Vortrag angekündigt, diese »These« in der schriftlichen Fassung wegzulassen, da sie mehr als persönliche Mitteilung unter »Gleichgesinnten« gemeint war. Durch die Resonanz der KollegInnen fühle ich mich aber auffordert, dies hier so stehen zu lassen, um auch dem Leser und der Leserin die Möglichkeit eines eigenen Echos auf diese Anmerkung nicht vorzuenthalten. Mir persönlich geht es nämlich tatsächlich so, daß mir die Zähigkeit und Unwissenschaftlichkeit der derzeitigen Wissenschaftsdebatte im Bereich der Psychotherapieforschung bisweilen die Freude an den Fragen der Forschung zu rauben droht, mit der ich mich zunächst in diesen Bereich begeben hatte. Vor allem das Drängen

in unseren eigenen Kreisen auf eine zweckorientierte »Beweisforschung« anstelle einer offenen Forschung, durch die man tatsächlich etwas erfährt, was man noch nicht weiß, droht mir bisweilen die Lust an der Forschung ziemlich zu verleiden.

Fragt man sich angesichts der Herrschaft des herrschenden Forschungsparadigmas zusammenfassend, welche Chancen die künstlerischen Therapien hier haben, so können wir zwischen der katholischen und der calvinistischen Variante wählen. In der Stringenz, Strenge und Ehrlichkeit der letzteren Manier, müßten wir unsere Therapien den »erlaubten« Forschungsdesigns anpassen, die Studenten in den entsprechenden Methoden ausbilden, das nötige Geld heranschaffen, die institutionellen Rahmenbedingungen herstellen, so daß die entsprechend bereinigten Behandlungen in der entsprechend großen Zahl mit den geforderten Vergleichsgruppen und gemäß den akzeptierten Regeln durchgeführt werden könnten. Abgesehen davon, daß in dieser Aufzählung einige unüberwindliche Hürden eingebaut sind, bin ich mir sicher, daß das Ergebnis dieser Anpassung wäre, daß sich die Wirksamkeit der künstlerischen Therapien *nicht* nachweisen läßt, schlimmer noch, daß sie – nun nachgewiesenermaßen – nicht wirken. Ich glaube das nicht etwa, weil ich Zweifel an der Wirksamkeit von – nach allen Regeln der Kunst durchgeführten – künstlerischen Therapien habe. Aber eben in diesem Einschub, »nach allen Regeln der Kunst durchgeführten«, liegt das Dilemma, beziehungsweise in der Differenz zwischen diesen Regeln und den Regeln des herrschenden Forschungsparadigmas. Diese Anpassung würde meines Erachtens so wesentliche Züge von dem, was tatsächlich wirksam ist, zerstören, daß nichts mehr bliebe. Es wäre, als wolle man die Wirksamkeit homöopathischer Arzneien untersuchen, ließe aber »den Unsinn mit den Verdünnungen und dem Geschüttele« weg.

Der zumindest in der Musiktherapie derzeit bevorzugte Weg scheint der zu sein, alle möglichen dem Forschungskodex entsprechenden Studien anzufertigen, die in irgendeiner Hinsicht irgendetwas mit irgendeiner Wirkung von Musik zu tun haben (wenn auch weder mit dem, was wir in der Musiktherapie tun noch mit dem, was da tatsächlich wirkt), um dann mit Hilfe dieser Studien sagen zu können: »Musik wirkt«. Nach gutem altem Ablaßglauben scheint die Hoffnung darin zu bestehen, daß man eine genügend große Anzahl solcher Ablaßzettelchen zur Pforte bringt, man über diesen Weg dann doch Zugang in das Himmelreich »Kassenzulassung« erhält. Der gute katholische Trick dieser Variante besteht darin, zu glauben, man könne daneben in den Behandlungen selbst weiter das tun, worauf man tatsächlich setzt. (In gewisser Hinsicht würde dies dem Vorbild Verhaltenstherapie folgen, die sich in ihrem therapeutischen Vorgehen oft weit von dem entfernt, wodurch sie ihre »wissenschaftliche Anerkennung« erworben hat.)

2. Durchführung: Wenn die Musik spricht.

Oder: *Warum nur der ein guter Musiktherapeut ist, der nicht spricht.*

Oder: *Das Forschungsparadigma als Abwehrformation, um Leiden nicht zur Sprache kommen zu lassen*

Eine Art Sprechverbot für MusiktherapeutInnen begegnet mir in Supervisionen in letzter Zeit so auffällig häufig, daß man einfach vermuten *muß*, ein System stecke darin. Ein Sprechverbot als Kristallisationspunkt kommt dabei gerade durch den Umstand in den Blick, daß dieses Phänomen in sehr unterschiedlichen Arbeitsbereichen auftaucht:

3.3 FORSCHEN ODER HEILEN

Ein erstes Beispiel: Eine Musiktherapeutin arbeitet mit Sterbenden. Die Institution, ein Hospiz, scheint froh über diese Ergänzung zu sein. In einer sehr schwierigen Begleitung kommt es nach ein paar Tagen endlich dazu, daß die noch junge, todkranke Frau, die eigentlich gar nichts mehr sagte, über ihre Wut, sterben zu müssen, sprechen kann und darin große Erleichterung findet. Die Musiktherapeutin, selbst sehr bewegt, erzählt dem Pflegepersonal spontan von dieser entscheidenden Wende. Daraufhin kommt es zu einer Krise dieses Arbeitsverhältnisses, in der der Musiktherapeutin gesagt wird, daß sie *das nicht* dürfe: mit den Patienten über den Tod reden, das gehöre nicht zu ihren Aufgaben.

Ein weiteres Beispiel: Ein Musiktherapeut verwendet in seiner Arbeit in der Psychiatrie wie üblich den Austausch von Improvisation und Gespräch. Mit einer Patientin arbeitet er zweimal in der Woche eine Stunde und es kommt in den zehn Wochen der Behandlung zu einer guten therapeutischen Zusammenarbeit. Bei der Entlassung zeigt die Stationsärztin der Patientin einen Brief, den der Ehemann ihr (als behandelnder Ärztin) geschrieben hat. Daraufhin kommt es zu einer so heftigen Krise, daß die Patientin – anstatt entlassen zu werden – auf die geschlossene Station überwiesen werden muß. Die Ärztin ist nun nicht mehr für die Patientin zuständig. Auf Bitten der Patientin selbst nimmt aber der nun zuständige Arzt Kontakt zum Musiktherapeuten auf, obwohl diese Station bisher keine Patienten in die Musiktherapie schickte. Es kommt es zu einer Weiterbehandlung durch den Musiktherapeuten. Nach kurzer Zeit kann die Patientin die geschlossene Station verlassen, darf aber nicht wieder auf die erste Station ihres Aufenthaltes zurück, sondern wird auf eine weitere Station geschickt, was wiederum einen Arztwechsel zur Folge hat. Wieder wird von der Patientin der Wunsch geäußert, die Musiktherapie fortzusetzen. Dabei macht sie nun einen entscheidenden »Fehler«, sie sagt nämlich, die *Gespräche* bei Herrn M., dem Musiktherapeuten, seien das, was ihr bisher am meisten geholfen habe. Daraufhin meint dieser Arzt, wenn da Gespräche stattfänden, *dann* sei das ja eine Psychotherapie und stünde in Konkurrenz zu den Gesprächen, die er mit der Patientin zu führen gedenke. Er beklagt sich beim Chefarzt, der – ohne den Musiktherapeuten zu hören – die Reduktion der Musiktherapie von zwei auf eine Stunde die Woche anordnet. Wenn auch natürlich nicht als direkte Folge nachweisbar, so erscheint dennoch erwähnenswert, daß drei Wochen später, als die Vertragsverlängerung des Musiktherapeuten ansteht, ihm mitgeteilt wird, daß man ihn nicht weiter beschäftigen wolle, seine Arbeitsweise und die der Klinik paßten wohl doch nicht zueinander. (Es handelte sich um eine Erziehungsurlaubsvertretung. Die Inhaberin der Stelle hatte zu diesem Zeitpunkt mitgeteilt, daß sie den Erziehungsurlaub um ein Jahr verlängern wolle.)

Warum bestehen wir als Musiktherapeuten eigentlich darauf zu sprechen? Musik ist ein Medium, ist Mittlerin, Bindeglied, ist im Übergang, auf dem Weg. Wenn wir Musik hören oder spielen, sind wir seelisch immer im Durchgang, unterwegs, nicht ganz hier und nicht ganz dort. Musik ist nicht am Ort des Tones. Musik ereignet sich immer im Dazwischen, sie entwickelt sich von Ton zu Ton. Sie geschieht nur zwischen uns und dem, was wir hören, spielen und singen und hören. Und selbst noch der Einzelton ist ein Klangverhältnis zwischen aufeinander bezogenen Schwingungen. Und auch die Schwingung ist als solche ja schon ohne festen Ort, ist ein Unterwegs-Sein. Musik ist in vielfacher Hinsicht nur *in* Beziehungen, ist ein Phänomen zwischen Menschen und tönt von Verhältnissen – zwischenmenschlichen wie »innerseelischen«, Weltverhältnissen, Erlebensverhältnissen.

Musik als methodisch eingesetztes Mittel der Psychotherapie ist so etwas wie ein *zweiter* Vermittlungsversuch. Das, was nicht in Konsens kommen konnte zwischen Menschen, was nicht Sprache werden durfte, was ausgegrenzt, isoliert blieb, oder ausgestoßen, exkommuniziert, privatisiert wurde, das können wir mit der Musik versuchen wieder einzuholen, symbolisierbar zu machen: im eigenen Selbst und durch und für andere. Damit

ist die Musik notwendigerweise und zugleich potenziell immer auch im Sprung, im Übersetzen zur Sprache. Nicht, daß es Sprache werden *müßte*, nicht, daß ich die Bedeutung des Wortes hier überschätzen würde, oder für wichtiger, besser, klüger, realitätsnäher oder was auch immer hielte. Darum geht es hier nicht.

Es geht vielmehr darum: Wenn dieser Übergang, das Durchfahren, das Übersetzen, verboten, blockiert, abgeschnitten oder sabotiert wird, dann wird damit auch die Musik selbst ihrer Übergangsqualität beraubt, der Träger auf halbem Wege aufgefordert, das Wasser zur Quelle zurückzutragen. Das Seelische, welches im Musik-Sein eine Form gewinnt, die zur Sprache ansetzt, wird im Sprung zurückgeworfen in die Nicht-Kommunizierbarkeit. So gesehen spricht der Musiktherapeut gar nicht freiwillig. Das Seelische zwingt ihn dazu. Er kann nicht anders.

Warum aber sollen wir *nicht* sprechen? Wo kommt der Argwohn gegen das Sprechen des Musiktherapeuten her? Eine Verstehensmöglichkeit ist die: Solange die Musik sprachlose Bewahrerin dessen ist, was aus dem Konsens ausgegrenzt werden soll, solange sie in ihrer (vermeintlichen) Sprachlosigkeit bleibt, scheint es gut. Solange die Musik tönt und darin verschweigt, steht man ihr freundlich gegenüber.

Solange der Musiktherapeut verspricht, über das, was er in und mit der Musik über das Ausgegrenzte und über die Gründe des Ausgrenzens erfährt, zu schweigen, seltsamerweise vor allem mit und gegenüber dem Patienten zu schweigen, darf er dort im Keller seines Therapieraumes – in der Unbewußtheit des Nicht-zur-Sprache-Kommens – mitsamt der Wucht des Leidens bleiben. Im Wissen darum, daß das Exkommunizierte letztlich nicht ohne Aufsehen völlig vernichtet werden kann, ist man sogar froh über den Musiker, weiß man das Verbannte in seinem Keller doch sicher verwahrt. Drängt es aber aus dem Keller in die oberen Geschosse, das heißt, maßt es (das Verbannte), maßt er (der Musiktherapeut) sich an zu sprechen, zu übersetzen, so wird dies sofort als das erkannt und bekämpft, was es auch ist: nämlich der Versuch, das Ungewollte zurückzutragen in die Sprache, und damit in die gemeinsame Wirklichkeit, ins Verstehen und in Teilhabe.

Das zu verhindern gelingt vorzüglich, indem das Ausgegrenzte aufgefordert wird, sich in die Sprache des derzeit herrschenden wissenschaftlichen Paradigmas zu übersetzen. Wenn vielleicht nicht im bewußten Wissen, so dennoch in der Gewissheit, daß es sich in *dieser* Übersetzung schon totlaufen wird oder – wenn nicht dies, sich doch zumindest so verformen wird, daß die Eigenlogik seiner ursprünglichen Gestalt nicht mehr erkennbar ist oder sich zumindest dem Erkennen nicht mehr unerträglich aufdrängt.

Findet hingegen das Ausgegrenzte über sein Gehört-Werden in der Musik zu einer ihm gemäßen Sprache, die zwar ungewohnt ist, aber immerhin trotzdem noch so bekannt, daß das Erkennende sich ihr nicht ohne weitere Maßnahmen verschließen kann, so reagiert das System mit Gewalt, indem es das Übersetzen in Sprache, das Umgewandelt-Werden in Verstehen schlicht und ergreifend verbietet, dienstrechtlich, berufsrechtlich, gesundheitsrechtlich oder noch einfacher durch die Macht des Zugangs zu den finanziellen Mitteln.

Es ist auffällig, daß dort, wo solche Sprechverbote entstehen, das Sprechen über das Leiden durchaus nicht anderenorts, also in der Gesprächstherapie, im Arztgespräch, geschieht. Nein, die Patienten erhalten statt dessen die Anweisung, jetzt »endlich ihre Probleme hinter sich zu lassen«, »nicht mehr daran zu denken«, sondern sich hier in der Klinik »jeden Tag mal 'was Gutes zu tun« und ansonsten besser zu planen, wie es weitergehen soll. Im Mittelpunkt der Behandlung steht das Medikament oder zum Beispiel die

3.3 FORSCHEN ODER HEILEN

Elektrokrampftherapie. Die Krankheit wird zunehmend als organischer Defekt aufgefaßt und der Zusammenhang zum eigenen Leben, zur eigenen Geschichte ignoriert (Enthistorisierung). Ignorieren ist aber hier kein Passivum, sondern Täter: Von dem aus, was erstmals ausgegrenzt blieb, interpretiert sich jedes beziehungsvolle Nicht-Bemerken im Patienten als Verachtung, Abneigung, Geringschätzung, ja Haß.

Die einst progressiven Ansätze der Sozialpsychiatrie kondensieren in den meisten Psychiatrien zu einer Verdünnung, in der das Wieder-Funktionieren wichtiger ist als die Frage des Leidens. Vereinfacht und zugespitzt: Wenn der Patient aufhört, über seinen Wahn zu reden oder sich seine Depression ansehen zu lassen, und wieder arbeiten kann, dann ist die Frage, ob er weiterhin oder noch mehr leidet, unerheblich. Diese Verdünnung der ursprünglichen Ideen der Sozialpsychiatrie, gepaart mit einem biologistischen Forschungsinteresse, – raubt den Behandelnden das Interesse an der Geschichte, an der je besonderen Art und Weise des Leidens der ihnen Anvertrauten. Diese wiederum erleben das auch – und zwar berechtigterweise – als ein Desinteresse an ihnen als Person, als Subjekt. Die Bestimmung des Patienten als biologisches Funktionsgefüge einerseits und als Schnittmenge sozialer Bezüge andererseits führt zu einer Entsubjektivierung, die sich notwendigerweise auch im Patienten selbst wiederfinden wird. In einem gewissen nicht näher bestimmtem Maße wird der Patient das, als was wir ihn – auch wissenschaftlich – ansehen.

Ergänzend möchte ich hier aus dem Kommentar M. Hampes zu den gerade veröffentlichten Forschungsstudien zur Langzeitwirkung der Psychoanalyse zitieren:

»Es ist jedoch wichtig, sich vor Augen zu halten, daß die Beschreibungen, die in Heilungsberufen tätige Menschen von den Heilung suchenden Menschen geben, sicherlich die *Selbstbeschreibungen* der Menschen beeinflussen. Wenn aufgrund vereinfachter wissenschaftstheoretischer und ethischer Sichtweisen diejenigen Therapieformen begünstigt werden, die Menschen als *Funktionssysteme* beschreiben, in denen es zu mehr oder weniger leicht behebbaren Funktionsstörungen und -ausfällen kommen kann (etwa in Orientierung an der Computermetapher, wie sie in der kognitiven Psychologie verbreitet ist), so werden sich Menschen in Zukunft sicher auch selbst mit größerer Wahrscheinlichkeit als solche Funktionssysteme beschreiben und vor dem Hintergrund dieser Selbstbeschreibungen entsprechend sozial zu einander verhalten. Insofern steuern Entwicklungen im öffentlichen Gesundheitswesen, die bestimmte Therapieformen begünstigen und andere eher an den Rand drängen, auch die Selbstbeschreibungen und das an diesen Selbstbeschreibungen hängende Sozialverhalten von Menschen« (Hampe 2001, S. 335).

Nun komme ich zu einem etwas ausführlicheren Beispiel: Ein Student (Musiklehrer mit 1. und 2. Staatsexamen, also durchaus kein junger Spund) stellt in der Supervision eine Praktikumserfahrung vor mit der Frage, wie man mit einer Situation, wie er sie gerade erlebt hat, umgehen könne. Der Musiktherapeut, sein Mentor, arbeitet unter anderem in einer Einrichtung für psychisch Kranke, in der (ehemalige) LangzeitpsychiatriepatientInnen betreut werden. Er arbeitet dort seit drei Jahren, jeweils einen Vormittag in der Woche mit einer Gruppe von etwa fünfzehn PatientInnen. An dieser Stelle muß man sich eigentlich schon korrigieren, denn es sind eigentlich gerade keine Patienten, da sie zwar Arbeitstherapie, Bewegungstherapie, Musiktherapie »bekommen«, aber zugleich nicht behandelt werden dürfen. Doch davon später. Die Gruppe ist seit drei Jahren relativ stabil, jetzt sind zwei neue Frauen hinzugekommen. Die Ziele habe der Musiktherapeut, so der Student, so formuliert: Nachsorge, Resonanz erfahren, aktuelle Konflikte austragen, Einsamkeit und Isolierung überwinden. Ziel des Konzeptes insgesamt ist das, was die

Sozialpsychiatrie unter dem Stichwort »Integration« – nun zögere ich wieder – zusammenfasst, verbirgt, kaschiert ...?

Der Ablauf des Musiktherapievormittages – von 9.30 bis 12.30 besteht – grob umrissen – aus Teil 1: Es werden mitgebrachte CDs gehört. Diese werden Anlaß für Weiteres – die Menschen sollen »aushalten lernen«, daß andere einen anderen Musikgeschmack haben als sie selbst. Dann folgt die Kaffeepause. Wenn einige das schon bis dahin nicht aushalten, gibt es dazwischen noch eine Rauchpause. Es folgt Teil 2: Es werden Lieder gesungen. Eine gemeinsame Liedermappe ist mit der Zeit aus der Gruppenarbeit erwachsen. So sind es die »Lieder der Gruppe« geworden. Auch das kann Anlaß für Weiteres werden.

Ich will dieses Setting hier nicht weiter diskutieren, auch in der Supervision war dies nicht das Thema. Vielmehr möchte ich – wenn auch verkürzt – mit Ihnen das betrachten, was das Seelische mit einem solchen Angebot macht. Was es »anläßt«, in Gang setzt, in Bewegung bringt. Was sich – so aufgerufen – einstellt:

Der Student erzählt: Frau M., eine stille, rundlich-mütterlich wirkende Frau, Ende 40, relativ neu dabei, nimmt die mitgebrachte CD zum Anlaß, aus ihrem Leben zu erzählen: von ihren Kindern, die man ihr weggenommen hat und davon, daß ihre Mutter ihr das Pfeifen und Singen verbot. Sie steht auf und pfeift ein Lied – »in einer Haltung wie eine Opernsängerin«, sagt der Student. Der Musiktherapeut, berichtet er weiter, hat sie dann »gebremst« und in der Pause mit ihr allein geredet. Aber so leicht läßt sich das nicht bremsen. Nach der Pause singt sie eindrucksvoll mit aggressiver, fast schreiender Stimme ein Lied (einen sehnsuchtvollen Schlager aus den sechziger Jahren). Der Musiktherapeut bremst sie wiederum. Sie drohe sich darin zu verlieren, das mache der Gruppe Angst, lautet die Erklärung für den Praktikanten.

In der darauffolgenden Woche meldet sich Frau M. krank.

Frau S., als Borderline-Störung diagnostiziert, ist auch relativ neu in der Gruppe. In der Akte steht ein Hinweis auf »Gewalterfahrungen«. In der Gruppe bleibt sie zunächst unauffällig. Der Student lernt sie in der Pause näher kennen. Sie setzt sich neben ihn, meint er und sie würden ja vielleicht ähnliche Musik mögen, weil sie in etwa gleich alt seien. Sie sei Jahrgang 64. Der Student meint, das könne er sich gut merken, denn seine beiden Brüder seien Jahrgang 63 und 65, da liege das genau dazwischen. Daraufhin erzählt die Patientin, sie habe eine Schwester und vier Brüder. Zu denen habe sie keinen Kontakt, denn von den Brüdern sei sie vergewaltigt worden.

Völlig unvermittelt bricht diese Mitteilung da hinein. Ein Knall, Peng. Stille. Fast glaubt man, sich verhöhrt zu haben. So auch noch einmal jetzt in der Supervision.

In der Situation selbst, versuchte der Student mit einigen unbeholfenen Worten so etwas wie eine Resonanz, was aber nicht gelingt – vielleicht auch nicht gelingen kann – und nicht weiterführt. Frau S. redet über anderes weiter als sei diese Mitteilung nicht gewesen. Jetzt in der Supervision sagt der Student: »Ich wollte dann nicht weiter in sie dringen.«

Es ist nicht ganz leicht aufzuzeigen, was diese Szene für mich mit der Frage des herrschenden Forschungsparadigmas zu tun hat. Und ich bitte Sie um etwas Geduld für den Umweg über die Psychodynamik dieser letzten Szene. Psychologisch läßt sich ganz gut verstehen, was da geschieht. Im Sinne des small-talks – aber natürlich nicht zu trennen von dem, was durch die Musik, Frau M.'s Auftritt und Erzählung in Bewegung gesetzt und fast zugleich gebremst wurde – leitet die Patientin mit einem Satz ein, der auf eine vermutete,

3.3 FORSCHEN ODER HEILEN

erfragte, erhoffte Gleichstimmung mit dem Studenten setzt: »gleicher Jahrgang – gleicher Geschmack?« Klingt wie beim Wein. »Aushalten-Lernen, daß andere einen anderen Geschmack haben«, wird hier in der Gegenbewegung als Wunsch nach verbindendem Gusto und Herkunft fortgeführt. Als Übertragungsangebot könnten wir das auch als Versuch der Beziehungsaufnahme auf der Ebene der Geschwisterlichkeit verstehen. Der Student versteht das (unbewußt) irgendwie richtig und antwortet, sich selbst etwas absetzend, mit seinen beiden Brüdern, stellt die Patientin dazwischen. Da reißt das harmonische Gefüge schlagartig, die Patientin denkt, vielleicht besser gesagt, es fährt in sie: »Zwischen Brüdern? – Vergewaltigung!«

Der Topos »Geschwisterlichkeit« kippt unvermittelt in den Topos »männliche Gewalt«. Als seien »Geschwisterlichkeit – Gewalt«, »Herkommen – Vernichtung«, »Wohlgeschmack – Ekel« die zwei Seiten einer Münze. Dreht man sie auf der Kante und sieht zunächst auf die eine Seite, so kann sie doch unvermittelt auf der anderen landen. Der Student kennt das nicht, diese ungetrennte Kehrseitigkeit von Geschwisterlichkeit und Gewalt. Er fühlt sich von der ungewohnten Wucht dieses Umschlagens getroffen, überfordert, weiß nicht, wie er reagieren soll. Seine Fähigkeit zur Resonanz ist von diesem plötzlichen Knall überfordert. Wie könnte es auch anders sein. In der Supervision gibt er in dem ergänzenden Satz (»schon als ich ihn aussprach, wollte ich ihn gerne zurücknehmen«, sagt er später) zugleich zu erkennen, daß er das Übertragungsgeschehen dennoch richtig interpretiert hat, wenn ihm dies auch verständlicherweise in der Situation nicht bewußt werden konnte: »Können wir Geschwister sein?« – »Als Schwester wären Sie zwischen meinen beiden Brüdern.« – »Zwischen Brüdern? Das kenn' ich. Da wird man vergewaltigt!« – »Nein, nein, so bin ich nicht. Diese Übertragung will ich nicht.« (»Ich wollte nicht weiter in sie dringen.«)

Die Möglichkeiten eines weiterführenden therapeutischen Umgangs mit einer solchen Übertragungssituation, brauche ich in diesem Kreise nicht zu erörtern, sie ist auch nicht das wirkliche Problem dieser Szene, auch nicht die Unerfahrenheit des Studenten.

Interessanter sind einige Aspekte der weiteren Analyse der Frage, wie es denn wohl zu dieser *Wucht* kommt, auf die Resonanz nicht möglich ist? Wieso muß sich das Seelische zusammendrängen in einen Knall, der nur in der Pause kurz explodieren kann. Das gibt schon einen Hinweis. Es muss in den sogenannten Therapien an der Ausbreitung in Resonierbares behindert worden sein. Und das nicht erst seit eben.

Auch dieser Musiktherapeut unterliegt nämlich einem Sprechverbot, erfahren wir. In diesem Fall einem speziellen: Er darf nicht »biographisch« arbeiten, wie es im Therapeutenjargon heißt. Er darf zwar Konflikte bearbeiten, aber nur aktuelle und auch nur *im* Aktuellen (Enthistorisierung). Außerdem wird er von den übrigen Kollegen, die hauptsächlich Arbeitstherapeuten sind um die (scheinbaren) Freiräume, die seine Therapieform bietet, beneidet, und muß demzufolge darauf achten, daß seine Behandlung keine von außen wahrnehmbaren Nachwirkungen hat, denn sonst fragt die Chefin drohend: »Was haben Sie denn schon wieder mit dem gemacht, der war so unruhig. Immer, wenn der bei Ihnen war, schafft er sein Arbeitspensum nicht.«

Der Musiktherapeut soll also ein Seelisches behandeln, welches nach hinten und nach vorne abgeschnitten wird. Jetzt versteht man das Bremsen. Auch den Knall. Akustisch kann man aus einem Klang einen Knall machen, indem man ihm vorne und hinten etwas abschneidet. Die Musik, so unmethodisch sie hier auch im Grunde genommen eingesetzt wird, bewirkt offenbar dennoch seelische Bewegungen, Bewegtheiten. Sie holt etwas hervor (Frau M. erzählt aus ihrem Leben). Das scheint bei diesem Setting einerseits fast erstaunlich, zeigt aber zugleich: Wenn man dem Seelischen etwas anbietet, was auch nur im

entferntesten so etwas ist wie ein offener seelischer Raum, dann sucht es sich darin, seinen Ausdruck, sein Lied, seine Inszenierung, seine Sprache.

Das aber ist verboten. Es muß gebremst werden. Die Bewegung wirkt weiter, in den Nachmittag hinein, auch das darf nicht sein. Wo soll das hin? In die Pausen. Wie soll die Musiktherapie da wirken?

Das wirkt eher wie ein bulimisches Modell: In einem ständigen Kampf von zu viel und zu wenig, von rein und raus, muß sich der Organismus von dem, was dazwischen noch hängen bleibt, ernähren (»Zum Kotzen«).

Aber es zeigt sich noch ein weiterer Bedeutungszusammenhang, in dem das Ganze steht: In der Supervision wird von anderen StudentInnen gefragt, wer denn dann für diese PatientInnen die Psychotherapie mache. Es stellt sich heraus, daß niemand das tut. Psychotherapie ist für diese Patienten nicht mehr vorgesehen. Sie sind aus ihrem Patientenstatus entlassen, »austherapiert« (wäre auch ein Vorschlag für das Unwort des Jahres gewesen). Es gibt für sie keine Psychotherapie mehr und ich bin mir fast sicher, für die meisten dieser PatientInnen hat es sie nie gegeben. Ihre Behandlung wurde aufgegeben, bevor sie stattfand.

De facto hat das Qualitätsmanagement dieses Gesundheitssystems diese Menschen nämlich schon längst als unverdaulich ausgespien, und eigentlich hatten sie nie eine zweite Chance. In den Psychiatrien, in denen sie waren, wurden die verschiedenen Medikamente an ihnen erprobt, ihre Stoffwechselproduktion wurde für die Forschung vermessen, ihre DNS-Stränge gezählt und in die Statistik eingearbeitet. Verschiedene Ärzte haben sich an ihnen ihre Zusatztitel erworben und einige ihre wissenschaftlichen Weihen. Eine regelrechte Psychotherapie findet nämlich in unseren Psychiatrien fast nicht mehr statt. »Biographisches Arbeiten« ist auch dort verpönt, statt dessen gibt es Realitätsorientierungstraining, Arztgespräche, Visiten, gute Ratschläge. Nach einem mehrmonatigen konzeptlosen Hier-etwas-dort-etwas, fällt dann meist irgend jemandem auf, daß Herr X oder Frau M. nun doch schon recht lange in der Klinik sind und jetzt eigentlich wieder »in den Alltag integriert« werden müßten. Haben diese Patienten diese Art der Behandlung einige Male durchlaufen – übrigens »landen« sie dabei fast nie bei den gleichen Behandlern, die Psychiatrien scheinen hier tatsächlich ein methodisches Prinzip zu haben, welches da lautet: Nur keine Kontinuität aufkommen lassen (Stichwort: Geschichtslosigkeit), so gelten sie als unheilbar und dann werden sie nun endgültig »integriert«.

Integriert heißt dabei: Da es auf dem freien Markt für sie keinen Wohnraum gibt, siedelt man sie in Wohnheimen oder in betreuten Wohngemeinschaften an. Da es de facto keine Arbeit für sie gibt, kommen sie in die Arbeitstherapie. Und damit dieser ganze Schmu nicht so auffällt, wird dabei auch noch so getan, als wäre diese Arbeit irgendeinem Produktionsdruck unterworfen, was sie natürlich in Wirklichkeit überhaupt nicht ist. Deshalb haben die Arbeitstherapeuten das Gefühl, sie dürften den Patienten nicht zuhören, denn die müßten ja arbeiten und beneiden dann den Musiktherapeuten (s. These 13).

Wenn wir Forschungsmethoden hätten – und wir haben sie ja –, wenn also Forschungsmethoden zugelassen und weiterentwickelt würden, die in der Lage sind, solche Szenen und das System, in dem sie sich als letzte Verwandlung einer langen Suchbewegung generieren, zu erforschen, und zwar ergebnisoffen zu erforschen, dann hätte das Folgen. Allerdings – so fürchte ich – Folgen, die niemand will: Weil sich damit das komplette System der psychischen Versorgung in seiner ganzen zynischen Fratzenhaftigkeit

3.3 FORSCHEN ODER HEILEN

offenbaren würde: der Fratze der Ausgrenzung der Qualität der Subjektivität zugunsten der endgültigen Unterstellung des Menschen unter seine Verwertbarkeit als ein Teil des Versuchs der endgültigen Verwandlung der Subjekte in Humankapital und der möglichst kostengünstigen und unauffälligen Verwahrung der Reste. Die Musiktherapie hat dabei die Aufgabe, dies klangvoll zu verschweigen.

3. Ausklang: Beispiel für eine andere Art der Forschung

Daß es aber durchaus auch Forschung gibt, in der das Junktim von Forschen und Heilen gewahrt bleibt, beziehungsweise ein Zugewinn an Verstehen menschlichen Leidens möglich ist, möchte ich abschließend an einem kleinen Beispiel aufzeigen, welches mir im Rahmen eines Seminars zur Betreuung der Diplomarbeiten des Studiengangs Musiktherapie an der Universität Münster gerade vorgestellt wurde. Zum Symposium hatte ich dieses Beispiel auch mitgebracht, um nach allem »Pauke schlagen« einen hoffnungsvolleren Ausklang zu finden und zu zeigen, daß Forschung so auch durchaus Spaß machen kann (wenn auch viel Arbeit).

Während des Symposiums hatte ich zunächst folgende Textsammlung gezeigt und die TeilnehmerInnen um Assoziationen, Einfälle und ihren spontanen Eindruck gebeten.

- A. Das Alleinsein macht traurig. Selbst in der unendlichen Weite kann kein Kontakt aufgefunden werden. Gibt es nichts, was Begegnung ermöglicht?
- B. Aus einem Innenraum schaue ich von oben auf eine grenzenlos graue Landschaft: Nebel hüllt sie ein, sie ist wie weg. Ich fühle mich angenehm allein und traurig. Gibt es Hoffnung auf Veränderung?
- C. Der Druck einer fremden Macht verhindert Leichtigkeit und Leben. Ohne eigenen Willen ist das erzwungene Akzeptieren der einzige Weg. Für immer?
- D. Eine fremde Macht verhindert Selbständigkeit. Ist Veränderung des endlosen Zustandes unmöglich?
- E. Einsame Personen verlieren sich immer mehr in der Unendlichkeit. Gibt es Orte ohne Bedrohung, wo Freude im Leben herrscht?
- F. Das Leben ist ein Kampf durch die Bedrohung, es gibt keine Beziehung und Harmonie. Es bleibt die Flucht vor dem Leben in Unwirklichkeiten, in die Endlosigkeit. Wo ist das Normale am Leben?
- G. Eine einsame Gestalt wird in dunkle, geheimnisvolle Tiefen gezogen. Sie wehrt sich dagegen, will ans Licht und die Schönheit des Lebens genießen.
- H. Es ist ein trauriger Frühling. Das Vorwärtskommen ist anstrengend und geht nur langsam. Wo ist die Leichtigkeit des Frühlings?
- I. In einem dunklen Raum gibt sich jemand seiner schmerzenden Traurigkeit hin. Eine Veränderung scheint unmöglich, da kein Ansatzpunkte für eine Lösung bestehen. Wo ist Sommer zu finden?

- J. Bewegung in Isolation dreht sich im Kreis, ist endlos und monoton. Innehalten ist keine Lösung. Wo sind Bewegungsfreiheit und innere Leichtigkeit?
- K. Etwas fesselt die Figuren, macht Bewegung und Veränderung unmöglich. Starrheit verursacht das Leiden, aus dem es keinen Ausweg gibt. Wo ist das Normale im Leben?
- L. Etwas Zartes versucht sich einzukapseln, wird aber von Auflösung in Unendlichkeit bedroht. Gibt es etwas, was das Gefangensein in der traurigen Eintönigkeit beenden kann?

Bezeichnenderweise beziehen sich alle Einfälle der SymposionsteilnehmerInnen wie selbstverständlich auf ein Ganzes und nicht auf einzelne Texte: »Als hätte eine Gruppe von Menschen *ein Musikstück* gehört und dann gesagt, was dabei in ihnen bewegt wurde. Denn: Alle Texte haben eine gewisse Ähnlichkeit, sind aber nicht ganz gleich« (Marianne Eberhard-Kächele).

Eine *ungleichgewichtige Polarität* der Texte fällt auf: Die eine Hauptfigur erinnert »an depressive Patienten«, die Gegenfigur an »ressourcen-orientierten Therapeuten« (Jürgen Kriz) oder läßt an Haikus denken mit »einer Ausgangssituation und einem Kontrapunkt« (Eckhard Weymann).

Und natürlich springen *die vielen Fragen* ins Auge: »Es ist immer eine Frage möglich« (Anna-Dorothea Brockmann).

Die Einfälle fanden ihren Abschluß in einer Erzählung Rudolf zur Lippes, der an eine Tolstoi-Novelle denken mußte, deren letzten Teil er just an diesem Morgen im Radio gehört hatte, »Tod des Iwan Iljitsch« »Da wurde die Novelle eines Lebens dahin gesteigert, daß das ganze Leben in den letzten Stunden vor dem wirklich eintretenden Tode plötzlich die Frage aufkommen läßt: Wie wäre denn richtig zu leben gewesen? Und diese Frage hat im Leben nicht stattfinden können, weil man sonst hätte einräumen müssen, daß es falsch war. Und um zu verteidigen, daß es so irgendwie geht und richtig ist, ist die Frage unterdrückt worden und dann ist die wirklich große Erlösung: diese Frage zu finden – und das genügt eigentlich.«

Ich möchte diese Einfälle nicht weiter kommentieren, sondern statt dessen die inzwischen fertig gestellte Untersuchung hier zusammenfassend darstellen als ein Art von Forschung, die durch die Anwendung qualitativer Methoden zu Ergebnissen kommt, die zunächst nicht nach der Effizienz eines Verfahrens fragen, sondern nach der vertieften und erweiterten Verstehensmöglichkeit, die das Musizieren in der Musiktherapie (das Malen in der Kunsttherapie etc.) der psychologischen Wissenschaft bietet. Auf die Entstehung der obigen Texte werde ich später, an der entsprechenden Stelle der Untersuchung, eingehen. Nur soweit: die deutlich erlebbare Gestaltverwandtschaft und gestische Ähnlichkeit der Texte ist insofern erstaunlich als es sich um die – methodisch sorgfältig kontrollierten – Zusammenfassungen der Beschreibungen von zwölf verschiedenen musikalischen Improvisationen durch zwölf verschiedene Menschen in unterschiedlichen Beschreibergruppen handelt, die diese Musiken ohne jegliche Vorinformationen vom Band hörten.

Die Fragestellung der Arbeit von Jana Maria Krapf (2001) lautete, ob es Ähnlichkeiten in den verschiedenen Erstimprovisationen von psychogen chronischen Schmerzpatienten gibt. Falls ja, welche Eigentümlichkeiten und Besonderheiten bezüglich einer

3.3 FORSCHEN ODER HEILEN

vergleichbaren seelischen Struktur dabei zur Geltung kommen und welche Erkenntnisse über Sinn und Bedeutung dieses Leidensbildes sich daraus ableiten lassen (ebd. S. 46).

Die Fragestellung der Arbeit war während eines Praktikums bei einer Musiktherapeutin entstanden, die in einer Ambulanz und Poliklinik für chronische Schmerzpatienten arbeitet. Untersucht wurden die Erstimprovisationen von zwölf PatientInnen mit der Therapeutin. (Zu den psychologischen Voraussetzungen bezüglich des musiktherapeutischen Settings, auf die hier nicht eingegangen werden kann, vgl. Tüpker 1996, S. 85 ff.) Die Stichprobe entstand durch das zur Verfügung stehende Zeitfenster und entsprach weitgehend dem allgemeinen Durchschnitt der Klientel der Abteilung. Diagnose war »chronischer Schmerz ohne feststellbare körperliche Ursache« (Näheres Krapf, Anhangband S. 93). Alle Improvisationen entstanden ohne Vorgaben oder ein »Thema«. Es handelte sich in allen Fällen um die erste Improvisation.

Die Untersuchung gliedert sich in zwei größere Abschnitte: die (musikwissenschaftliche) Analyse der musikalischen Formenbildung der Improvisationen und die (psychologische) Untersuchung der »Wirkungsgestalt« durch das morphologische Verfahren der Beschreibung.

Die musikalische Formenbildung Die Frage, ob sich in den Improvisationen von einer musikimmanenten Analyse her Ähnlichkeiten aufweisen lassen, kann eindeutig positiv beantwortet werden. Methodisch wurden dazu zunächst alle zwölf Improvisationen einzeln anhand bestimmter musikalischer Kategorien analysiert (Instrumentenwahl, Melodik, Rhythmik, Harmonik, Dynamik, Klang, Dauer, Form, Aufbau, Beziehungsgestaltung und Beteiligung der beiden SpielerInnen). Durch die der Arbeit beigelegte CD mit allen Beispielen ist dies im einzelnen überprüfbar. Diese Einzelanalysen wurden dann miteinander verglichen. Dabei kann Krapf nachweisen, daß sich in allen Improvisationen Ähnlichkeiten und charakteristische Formenbildungen nachweisen lassen (Krapf, S. 71). Nach der Darstellung der vergleichenden Untersuchung anhand der oben angeführten Kategorien kommt sie zusammenfassend zu einer Zuordnung der wesentlichen Aspekte unter zwei Perspektiven, die sich zugleich in einem paradox anmutenden Verhältnis zeigen: dem eines Mangels an Vorhandensein oder Durchsetzung eigener Impulse und der gleichzeitig vorhandenen Tendenz, sich nicht verschmelzend im Spiel zu verlieren, welches sie als Streben nach eigenem Empfinden und Präsenz interpretiert (ebd. S. 72).

Mangel an Eigenem

**Streben nach
eigenem Empfinden**

versus

Präsenz

Untertauchen

- Dynamik sehr leise
- Keine eigenen Bereichen
- Keine neuen Impulse
- Wenig Ausdruck
- Keine Mannigfaltigkeit
- Nebulöser Eindruck
- Keine Kontraste

- Tonwiederholungen
- Dichtes Spiel ohne Phrasierungen
- Impulse des anderen werden kaum aufgenommen
- Keine Verschmelzungen
- Keine Instrumentenwechsel

Zur Verdeutlichung möchte ich hier nur einige Aspekte aus der in der Arbeit selbst ausführlicher und genauer dargestellten Analyse der musikalischen Formenbildung zusammenfassend darstellen, deren Eigenart sich für mich auch vor dem Hintergrund hunderter anderen Improvisationen erschließt, die ich im Zuge verschiedener Lehr- und Forschungstätigkeiten gehört habe.

1. So entspricht es nicht im geringsten dem, was wir von einer durchschnittlichen gemischten Klientel her kennen, daß sich hier über die Hälfte der PatientInnen aus dem großen Angebot der in der Musiktherapie üblichen Instrumente die Leier mit ihrer Anmutungsqualität des Zarten, Weichen, Leisen und Lieblichen auswählen. Der betont rhythmische Bereich fehlt in der Wahl dieser Gruppe völlig, auch die übrigen gewählten Instrumente (Xylophon, Klavier, Regenmacher) werden melodiös oder verschwommen klanglich gebraucht. Die Therapeutin paßt sich in ihrer Instrumentenwahl der Wahl der PatientInnen an (ebd. S. 60). Dem entspricht, daß musikalisch die Ausdruckbezeichnung »dolce«, diejenige wäre, die am häufigsten zutreffen würde (ebd. S. 67).
2. Die Strukturierung des Ganzen und die Phrasierung im einzelnen sind eher undeutlich, es kommt zu keinen klaren Gliederungen. Der von den PatientInnen gestaltete Beginn ist meist zögerlich und leise, die Schlüsse ausschleichend (dim., rit. und im p). Es gibt keine einzige Improvisation, die sich in Abschnitte untergliedern ließe oder in der es zu einem Wendepunkt, einem Umbruch oder einer Entwicklung »von - zu« kommt (ebd. S. 66). Auch fehlt tendenziell die Strukturierung durch einen klaren Taktbezug. Der gesamte rhythmische Bereich ist eher schwach ausgeprägt. Meist sind die Improvisationen durch einen gleichbleibend pulsierenden metrischen Grundbezug gekennzeichnet, was Sicherheit gibt (auch dem Hörer) und die Eindrücke eines unbegrenzt Endlosen entstehen läßt, obwohl die Improvisationen im Durchschnitt nicht sehr lang sind. Das Tempo bewegt sich

3.3 FORSCHEN ODER HEILEN

im langsamen Bereich zwischen Largo und Adagio. Obwohl das Metrum fast nie einheitlich ist, kommt es auch nicht zu deutlichen Veränderungen. Es ist eher schwankend, rhythmisch frei schwebend, darin aber gleichbleibend (ebd. S. 61ff.).

3. Melodik und Harmonik sind oft durch die fehlende Leittönigkeit nicht genau bestimmbar, zum Beispiel uneindeutig in bezug auf eine Dur-Moll-Zuordnung. Dennoch sind die Improvisationen nicht atonal, sondern wirken harmonisch, schwebend, sind oft ohne tonale Grundtönigkeit. Die melodische Ausbreitung ist insgesamt reduziert, unausgebreitet, nutzt nicht die Mannigfaltigkeit des Materials. Die Stücke bewegen sich in enger Lage oft in Tonschritten. Es gibt viele Tonwiederholungen, Tremoli und Glissandi. »Es klingt, als müsse Minimales ausreichen, ohne größere musikalische Bewegung zu ermöglichen« (ebd. S. 64) Interpretieren läßt sich das dahingehend, daß Eigenes eher in regressiver Beschränkung gesucht oder gefunden zu werden scheint (ebd. S. 62ff.).
4. Dem entsprechen auch die dynamische und formale Ebene: Die Entfaltung einer vollen Lautstärke gibt es in keiner der Improvisationen. Meist bewegen sie sich zwischen piano und pianissimo, einige wenige erreichen ein mezzoforte. So sind auch die dynamischen Abstufungen innerhalb eines Stückes nur gering. Es kommt auch zu keinem Hervortreten eines der beiden Spieler. Beide passen sich aneinander an, bilden einen wechselseitigen Schutzraum. Eine Ausnahme bildet die Improvisation G, in der es zu größeren dynamischen Schwankungen kommt.
5. Durch die geringe Ausbreitung und Mannigfaltigkeit wirkt auch die innere Teilnahme der SpielerInnen eher schwach, wenig beteiligt (ebd. S. 67f.). Was die Beziehungsgestaltung der beiden Spielerinnen anbetrifft, weist Krapf überzeugend nach, daß sowohl Selbständigkeit als auch Verschmelzung vermieden wird (ebd. S. 68f.). Während die Therapeutin jeweils die Impulse der die Musik beginnenden PatientInnen aufgreift, fällt die Unbeeinflußtheit des Spiels der PatientInnen vom Mitspielen der Therapeutin auf. Krapf kommt zu der Aussage, daß von der Tendenz her das Resonanzverhalten der PatientInnen stark eingeschränkt ist (ebd. S. 70).

Die Wirkungsgestalt der Improvisationen

Wie bereits angedeutet wurden die alle zwölf Improvisationen jeweils durch eine Beschreibungsgruppe von fünf bis sechs im Verfahren geschulten Experten beschrieben. Diese Rater erhalten keine Vorinformation über die PatientInnen, hören die Musik vom Tonträger und sind aufgefordert, ihr subjektives Erleben der Musik nach dem Hören aufzuschreiben. Es gibt keine vorgegebenen Kategorien für die Beschreibung (Grundlagen dieses Untersuchungsverfahrens s. Töpker 1996, S. 70 ff.). Durch die Beschreibungen wird zu erfassen gesucht, wie die Musik wirkt (was sie naturgemäß nur auf Subjekte tun kann), was sie auslöst, welche Eindrücke sie hinterläßt. Die einzelnen Beschreibungstexte werden noch in der Gruppe auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede hin diskutiert, auch um ein eventuelles Mißverstehen einzelner Textstellen oder Begriffe auszuschließen. Aus diesem intersubjektiven Austausch der subjektiven Eindrücke wird die Wirkungsgestalt der Improvisation erarbeitet, die in einem zusammenfassende Text festgehalten wird.

(Auch dieser Schritt ist hier überprüfbar durch die Wiedergabe der Originaltexte im Anhang der Arbeit.) Dieser zusammenfassende Text bleibt sprachlich einerseits möglichst nah an den ursprünglichen und sucht zum anderen *die* Ebene der Verallgemeinerung, durch die alle Texte zu vereinheitlichen sind. Bei den im Symposium vorgestellten Texten (A - L) handelt es sich also um diese zwölf vereinheitlichenden Zusammenfassungen. (Die vielen Fragen z.B. entsprechen den vielen Fragen in den Einzeltexten s. unten).

Die so erarbeiteten Wirkungsgestalten lassen sich aufgrund der deutlichen Ähnlichkeiten noch einmal zusammenziehen. (Das ist nicht immer möglich.) Krapf kommt bei diesem Schritt zu der folgenden zusammenfassenden Formulierung: »Die Musik erzeugt Grenzenlosigkeit in Raum und Zeit. Dadurch wird das eigene Gewahrsein verhindert. Es existiert kein Gegenüber, das Kontrast schafft. Es bleibt das langsame, endlose Tasten in einer grauen Welt. Ein Wehren gegen die Bedrohung ist nicht möglich, da es kein Ziel gibt. Es bleibt die Auflösung und das Entschweben, die Flucht. Dieser Zustand lässt Hoffnung auf Veränderung, die Ahnung von Freude und Schönheit im Leben oder einfach nur Normalität aufkeimen« (Krapf, S. 75).

Als weiteres Verfahren wurden zur Kontrolle und Erweiterung die 66 Einzeltexte einer inhaltsanalytische Auswertung unterzogen. (Zum Verfahren s. Mayring 1993) Die Kategorien der Inhaltsanalyse wurden zum Teil selbst entwickelt und zum Teil einer Untersuchung entnommen, die 171 solcher Beschreibungstexte von 26 Improvisationen verschiedenen TherapeutInnen und unterschiedlicher Klientel nach textimmanenten Kriterien untersuchte (Mömesheim 1999).

1. Die Texte beschreiben auffällig häufig *Zuständlichkeit ohne Entwicklung*. Wenn Veränderungen beschrieben werden, dann oft als Bedrohung (dunkle Wolken ziehen auf) oder Flucht vor dem Leben (Tod, Schlaf) oder regressiv. »Entwicklungen einem Zustand entgegen, der als positiv beurteilt wird, vollziehen sich klar erkennbar in keiner einzigen Beschreibung« (Krapf, S. 78).
2. Dem entspricht die *Zeitstruktur* der Texte: In 61 Beschreibungen setzen die Texte »mitten in einem Geschehen ein«. Sie beschreiben eine Szene, welche oft so wirkt als sei sie aus einem bereits bestehenden Zustand, Geschehen herausgegriffen. »Der Anfang gleicht oft eine Regieanweisung« (»im Dachgeschoß«; »auf der Bühne«). Das Ende der Texte bleibt offen, »deckt sich nicht mit einem Abschluss des Geschehens«, erfährt »keine inhaltliche Beendigung«. »Teilweise werden die Beschreibungstexte durch eine Fragestellung beendet (12 x) oder durch Fragen in der Abfolge unterbrochen (31 x)« (ebd. S. 80f.).
3. Eine Ausnahme bilden die Beschreibungstexte zur Improvisation G. Hinsichtlich der in den Texten auftretenden *Figuren* zeigen sich keine auffälligen Häufungen. (Es werden insgesamt 39 mal Figuren mit allgemeiner Bezeichnung erwähnt, wie »Menschen« [10 x], »jemand« [6 x] etc.; 57 mal Figuren mit genauer Bezeichnung wie: »Clown« [2 x], »Engel« [3 x], »Schwarzes Männchen« [1x] etc.) Auffällig ist hingegen, daß die *Figuren nicht in Beziehung* treten bis hin zur Isolation und daß es zu keiner »kraftvolle(n) Erscheinung der Subjekte« kommt, sondern bei Andeutungen bleibt (ebd. S.79).

3.3 FORSCHEN ODER HEILEN

4. Betrachtet man die beschriebenen *Handlungsräume*, so überwiegen die Außenräume (121 x) gegenüber der Erwähnung von Innenräumen (31 x). Weite und Unstrukturiertheit sind kennzeichnend. (Die häufigsten sind: See, Himmel, Wolken, Berge, Weg, Wiese, Landschaft, Ferne, Wüste, Umgebung.) Auch hinsichtlich der untersuchten Stimmungsräume und materialen Eigenschaften, zeichnet sich ab, daß die Texte von »Unendlichkeit, Weite, Konturlosigkeit, Monotonie«, »Zeitlosigkeit, Fließende(m) und Unstrukturiertheit« gekennzeichnet sind. Reales, Greifbares fehlt. »Grenzen treten kaum in Erscheinung« (ebd. S. 81f).
5. *Affekte und Empfindungen* der Beschreiber lassen sich nur als Tendenzen zusammenfassen. Eine Tendenz geht in Richtung: Melancholie, Einsamkeit, innere Ruhe, Schmerz, Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit und Schwere. Aber auch (deutlich seltener) Unruhe, Angst, Zwang und Bedrohlichkeit werden erwähnt. Eine weitere, die sich auch als eine Abwendung vom Gehörten verstehen lässt, ist charakterisiert durch das Abschweifen der Gedanken beim Hören, die benannte Schwierigkeit, das Gehörte in ein Bild zu fassen oder das Empfinden der Unerträglichkeit der Musik. Auch wird die Musik als nervend oder langweilig erlebt, bewirkt Müdigkeit oder weckt den Wunsch nach Veränderung. Positive Empfindungen tauchen nur in drei Beschreibungstexten auf, und selbst dort werden sie im Verlauf der Beschreibung wieder relativiert. (Vergleicht man dies mit Beschreibungstexten dieser Art im allgemeinen, so ist dies durchaus nicht typisch, wie man dies vielleicht auf Grund der Tatsache, »daß es sich ja um kranke Menschen handelt«, annehmen könnte.) Zu ergänzen sind diese Positivbefunde durch den Aspekt, daß in knapp der Hälfte der Texte (31) keine direkten Äußerungen zu Affekten oder Empfindungen erwähnt sind, was als eine gewisse emotionale Distanz zum Gehörten interpretiert wird (ebd. S. 83f).
6. Als eine weitere auffällige Kategorie von Beschreibungstexten hat sich die Differenzierung zwischen »Tendenz zur Hervorhebung eines Pols« versus »Tendenz zur gleichwertigen Behandlung zweier Pole« erwiesen (Mömesheim 1999, S. 86). Mit einer Ausnahme sind die vorliegenden Texte eindeutig der Tendenz zur Hervorhebung eines Pols zuzuordnen. Der Leser kann dies auch anhand der Zusammenfassungen nachvollziehen (s. oben). Wie dort, so ist es auch in den Originaltexten so, daß der Gegenpol (Begegnung, Hoffnung auf Veränderung, Leichtigkeit, Freude und Schönheit des Lebens, Bewegungsfreiheit oder auch nur das Normale) nur in Form des Fehlens, des Ersehnten, formal sehr oft als Frage, ob es denn jenseits der Unendlichkeit des Leidens noch etwas anderes gibt, auftaucht (vgl. Krapf, S. 84).
7. Eine Ausnahme bilden hier wiederum die Beschreibungstexte zur Improvisation G.
8. Ebenfalls nach Mömesheim (1999, S. 89f) lassen sich solche Texte in einen »szenisch-erzählenden« und einen »symbolhaft-lyrischen« Texttypus unterscheiden. Hier gehören 63 der 66 Texte dem szenisch-erzählenden Typus an (Krapf, S. 85).

9. Hinsichtlich sprach-formaler Aspekte fällt vor allem die auch in den Zusammenfassungen übernommene Frageform auf. In den Einzeltexten tauchen insgesamt 70 Fragen auf. (Zu den häufigeren inhaltlichen Ausrichtungen: »25 Fragen [richten] sich in die Zukunft und [fragen] nach einer Veränderung.« »36 mal wird eine Echtheit, ein Sinn in Frage;gestellt und Täuschung angenommen« [wie »Alles nur ein Traum?«; »oder war es eine Fata Morgana?«] ebd. S. 85f.).
10. In bezug auf die Erzählperspektive zeigt sich eher ein gemischtes, unauffälliges Bild: So gibt es sowohl Beschreibungen, die aus der Ich-Perspektive erzählt sind als auch solche, in denen eine auktoriale Erzählerrolle eingenommen wird, zum Teil aus der Innensicht der beschriebenen Figuren. Teilweise wechselt die Erzählperspektive auch. (ebd. S. 86).

Als Ausnahme weichen die Texte zur Improvisation G von der allgemeinen Tendenz ab. (Sie verweisen auf eine Bipolarität, das Geschehen findet eher einen Abschluß, aus der Analyse der Formenbildung kommt die stärkere Dynamik hinzu.) Vergleicht man dies mit den in der Arbeit angegebenen Patientendaten, so fällt bei diesem Patienten eine Misch-Diagnose auf. Neben der »anhaltenden somatoformen Schmerzstörung« ist eine Angststörung und spezieller eine »Agoraphobie mit Panikstörung« diagnostiziert. Ebenso gibt der Patient bezüglich des subjektiven Schmerzempfindens auffällig niedrige Werte an. Faßt man die Werte in Ruhe und bei Belastung zusammen, die niedrigsten der gesamten Stichprobe. Hier läßt sich feststellen, daß diese teilweise Abweichung auch einer deutlichen Abweichung im Leidensbild entspricht.

Auswertung, Schlussfolgerungen Aufgrund der gefundenen Ähnlichkeiten in der seelischen Gestalt, wie sie sich in den Erstimprovisationen niederschlagen, gelangt die Autorin zu der Hypothese, die sie aufgrund der geringen Datenmenge und ihrer Gebundenheit an die gegebenen Rahmenbedingungen als »Hinweis« einstuft, »daß SchmerzpatientInnen nicht nur der Schmerz als Symptom, sondern auch eine seelische Gestalt gemeinsam ist.« Als ungeklärt müsse dabei angesehen werden, ob es sich bei dem, was sich in den Improvisationen niederschlägt, um eine der Symptomatik zugrundeliegende seelische Struktur handelt oder um eine Folge der langjährigen Schmerzerfahrung. (Zur Erinnerung: Alle Aussagen beziehen sich dabei nicht auf chronische Schmerzzustände im allgemeinen, sondern auf solche, für die sich keine körperliche Ursachen finden lassen!)

Nun könnte man dieses Ergebnis als bloße Wiederholung oder quasi musiktherapeutische Bestätigung der Diagnose auffassen, was in einem gewissen Sinne banal erschiene. Nachgewiesen wäre dann »nur«, daß sich in diesen Fällen - wie in vielen anderen - die seelische Struktur in den Erstimprovisationen niederschlägt. Dies wird aber zum einen deshalb spannend, weil eine solche Strukturverwandtschaft bei dieser Klientel ansonsten nicht unbedingt angenommen wird. Das Bild der sogenannten »Schmerzpersönlichkeit« ist eher vielschichtig bis diffus und meist eher durch verschiedene theoretische Erklärungsansätze gekennzeichnet als durch einen Vergleich einer Ausdrucksgestalt. Krapf betont aber dennoch, daß es ihr nicht auf die Propagierung einer solchen Schmerzpersönlichkeit ankommt, sondern vielmehr auf das Mehr an Verstehen, welches

3.3 FORSCHEN ODER HEILEN

sich aus der Analyse der Ausdrucksgestalt der musikalischen Äußerungen der PatientInnen ergibt. Das heißt auch zu fragen, was denn das musiktherapeutische Setting, die Möglichkeit des musikalischen Ausdruck an Erkennen und Verstehen bezüglich des Leidens eröffnet. In der Psychotherapie sind ja Diagnose und Behandlung nicht in der Art voneinander getrennt wie in der Organmedizin. Ist doch jedes differenziertere Verstehen des Patienten zugleich ein Schritt in der Behandlung selbst.

Zur weiteren Annäherung an diese Frage wird hier mit Hilfe der morphologischen Systematik der Gestaltfaktorenanalyse eine Analyse der bisherigen Ergebnisse durchgeführt und damit eine psychologische Rekonstruktion des Phänomens erreicht (ebd. S. 91ff.). Zusammenfassend kommt die Autorin dadurch zu der folgenden psychologischen Beschreibung des Leidens, wie es sich in den Improvisationen niederschlägt: »Es besteht eine Gefahr, daß das (Emp-)finden von Eigenem in einer stark ausgeprägten, sich ausbreitenden unendlichen und unstrukturierten Weite verhindert wird. Indem nichts zweites hinzukommen kann, droht ein Auflösen von Eigenem. Denn für die eigene Entwicklung wird die Existenz eines Gegenübers, eines Objektes gebraucht« (ebd. S. 96).

Weiter fragt sie, welchem Sinn der Schmerz psychologisch innewohnen könnte und kommt zu der noch als »Vermutung« bezeichneten Hypothese: »Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Schmerz und der Erhaltung des Subjekts. Dabei steht eine Auflösungstendenz der seelischen Gestalt in strukturlose Weite mit dem Schmerz als einem strukturschaffenden, haltgebenden Merkmal in Beziehung« (ebd.) Die Arbeit schließt mit einer Diskussion der Folgerungen für den Behandlungsauftrag bis hin zu spezifischen methodischen Aspekten des (musik-)therapeutischen Vorgehens, die ebenfalls aus den Analysen ableitbar sind. Gerade darin sich meines Erachtens, wie Forschen und Heilen ineinander greifen können.

Anschließend verweist Krapf deutlich auf die Vorläufigkeit der Ergebnisse aufgrund der kleinen Stichprobe und der Tatsache, daß es sich um dieselbe Therapeutin handelt. (Persönlich kann ich allerdings aus meiner langjährigen Erfahrung beifügen, daß solche Gestaltverwandtschaften nicht durch das Mitspielen eines Therapeuten entstehen. In der Forschungsarbeit des IMM haben wir oft über Jahre gegenseitig oder in der Weiterbildung Improvisationen derselben Therapeuten gehört, die stets eine sehr deutlich Varianz aufwiesen und jeweils auf die seelische Struktur des Patienten zu beziehen waren, wenn auch in der Resonanz des Therapeuten. Wissenschaftlich betrachtet wäre es aber natürlich schön, die vorliegende Untersuchung durch Beispiel aus der Arbeit anderer Therapeuten zu validieren, zu erweitern und zu modifizieren.)

Beeindruckt und erfreut hat mich an dieser Arbeit das engagierte (und ausgesprochen arbeitsintensive) Bemühen der Kollegin um ein Verstehen der PatientInnen. Die hier bewerkstelligte Engführung von einfühelndem Verstehen (als Therapeutin) und gründlicher methodischer Untersuchung (als Forscherin) schafft meines Erachtens erst eine Ausgangslage, in der wir uns den Patienten in ihrem Leiden in unserer weiterhin notwendigen Suchbewegung zumuten dürfen. Daß hier ein anderer Blick auf menschliche Leidenzustände geworfen wird und dies auf ein anderes Paradigma verweist, wird zum Schluß der Arbeit deutlich mit einem Gedanken, der hier ebenfalls den Abschluß meiner Ausführungen bilden soll.

»Diesen therapeutischen Konsequenzen zur Behandlung von SchmerzpatientInnen sei noch ein Hinweis hinzugefügt, der gerade bei dieser PatientInnengruppe als besonders

wichtig erscheint. Petersen sieht die Gefahr, daß die Therapie unmenschlich reduziert wird auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit der PatientInnen. >Krankes wird damit auch verkürzt zu einem Zustand, der möglichst rasch perfekt und ohne Folgen zugunsten der Arbeitsfähigkeit auszulöschen ist - dagegen Kranksein als Chance zur Entwicklung der Persönlichkeit des Kranken wird tabuisiert< (Petersen 1994, S. 4) Daraus geht hervor, daß es nicht alleiniges Ziel einer Behandlung sein kann, Symptome zu behandeln. Diese Haltung könnte den hier untersuchten PatientInnen besonders zugute kommen, indem als erstes Ziel der Behandlung die Wiederherstellung des Gleichgewichts innerhalb der seelischen Gestalt versucht wird. Dadurch kann es dann evt. für die PatientInnen nicht mehr zwingend notwendig sein, am eigenen Lösungsversuch in Form des Symptoms festzuhalten« (Krapf, S. 107).

LITERATUR

- Arieti, S (1979/1986), Schizophrenie. Ursachen, Verlauf, Therapie, Hilfe für Betroffene. 2. Aufl., München/Zürich: Piper.
- Benedetti, G (1964/1980), Klinische Psychotherapie. Einführung in die Psychotherapie der Psychosen. 2. überarb. Aufl., Bern/Stuttgart/Wien: Huber.
- (1975), Psychiatrische Aspekte des Schöpferischen und schöpferische Aspekte der Psychiatrie. Göttingen: Verlag für medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht.
 - (1983/1994), Todeslandschaften der Seele. Psychopathologie, Psychodynamik und Psychotherapie der Schizophrenien. 4. Aufl., Göttingen/Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Buchholz, MB (2000), Effizienz oder Qualität? Was in Zukunft gesichert werden soll, in: Forum der Psychoanalyse 16/1, S. 59-80.
- Ciampi, L (1982/1994), Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung. 4. Aufl., Stuttgart: Klett-Cotta.
- Erdheim, M (1988), Die gesellschaftliche Produktion von Unbewußtheit. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Hampe, M (2001), Theorie, Erfahrung, Therapie. Anmerkungen zur philosophischen Beurteilung psychoanalytischer Prozesse, in: Psyche, 3/2001, 328-336.
- Heinemann E, Groef J de (Hrsg.) (1997), Psychoanalyse und geistige Behinderung, Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Heuft G, Senf W, Brähler E, Geyer M, Janssen PL, Merkle W, Meermann R, Paar G, Saß H, Strauß B, Treff W (2000), Fachpsychotherapie als Teil der Medizinischen Versorgung der Bevölkerung, in: Forum der Psychoanalyse 16/4, S. 152-157.
- Kisker KP (1988), »Team« - Erfahrungen mit einer problematischen therapeutischen Interaktionsfigur in der Psychiatrie, in: Psychiatrische Praxis 15, 149-154, Stuttgart/New York: Thieme.
- Krapf JM (2001), Auf den Schmerz hören. Vergleichende psychologische Untersuchung der musikalischen Erstimprovisation von chronischen Schmerzpatienten. Anhangband, CD der Tonbeispiele. Unveröffentl. Diplomarbeit, Zusatzstudiengang Musiktherapie, Universität Münster.
- Mayring P (1993), Einführung in die qualitative Sozialforschung. 2. überarb. Auflage, Weinheim: Beltz-Verlag.
- Mentzos S (1988), Interpersonale und institutionalisierte Abwehr, Frankfurt/ M.: Suhrkamp
- (1992), Psychose und Konflikt, Göttingen/Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.

3.3 FORSCHEN ODER HEILEN

- Mömesheim E (1999), »Wer verschweigt das letzte Wort?« - Vergleichende Untersuchung von Beschreibungstexten aus der Morphologischen Musiktherapie. Unveröffentl. Diplomarbeit, Zusatzstudiengang Musiktherapie, Universität Münster.
- Naatz T (2000), Effizienz oder Qualität - ein wirklicher Gegensatz?, in: Forum der Psychoanalyse 16/3, S. 279-281.
- Niedecken D (1989), Namenlos. Geistig Behinderte verstehen, München. [Taschenbuchausgabe »Geistig Behinderte verstehen«, 1994]
- Petersen, P (Hrsg.) (1990), Ansätze kunsttherapeutischer Forschung, Berlin/Heidelberg/New York: Springer.
- (1994), Heil-Kunst. Ein integrales Konzept von Psychotherapie und Psychosomatik, in: Musiktherapeutische Umschau 17, S. 115-128.
- Pohlen M (1999), Was ist Psychotherapie als Wissenschaft?, in: Forum der Psychoanalyse 15/1, S. 71-80.
- Pohlen M, Bautz-Holzherr M (2000), Die Gleichschaltung der Psychoanalyse mit der neuen psychotherapeutischen Ordnung. Die Psy-BaDo - ein Instrument der medizingerechten Psychotherapie, in: Forum der Psychoanalyse 16/2, S. 148-164.
- Scharfetter Ch (1986), Schizophrene Menschen. Bewußtseinsbereiche und Psychopathologie. Ich-Psychopathologie des schizophrenen Syndroms. Forschungsansätze und Deutungen. Therapiegrundsätze, 2. überarb. u. erw. Aufl., München/Weinheim: Urban & Schwarzenberg.
- Searles, HF (1965/1974), Der psychoanalytische Beitrag zur Schizophrenieforschung. Deutsche Ausg. München: Kindler.
- Schönhals-Schlaudt D (2001), Musiktherapie 2000. Ausbildung - Forschung – Gesundheitspolitik. Zu Event und Tagung der DGMT, in: Musiktherapeutische Umschau 22/, S. 41-47.
- Tüpker R (1990), Auf der Suche nach angemessenen Formen wissenschaftlichen Vorgehens in kunsttherapeutischer Forschung, in: Peter Petersen (Hrsg.) Ansätze kunsttherapeutischer Forschung. Berlin/Heidelberg/New York: Springer.
- (1988/1996), Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie. Überarb. u. erw. Auflage. Münster: LIT-Verlag.
- Tolstoi L (1886/1992), Tod des Iwan Iljitsch. Stuttgart: Reclam.
- Wulff, E (1995), Wahnsinnslogik: Von der Verstehbarkeit schizophrener Erfahrung, Bonn: Edition »Das Narrenschiff« im Psychiatrie-Verlag.

*Müset im Naturbetrachten
immer eins wie alles achten.
Nichts ist drinnen, nichts ist draussen,
denn was innen, das ist außen.
So ergreifet ohne Säumnis
Heilig öffentlich' Geheimnis.
Erfreuet Euch des wahren Scheins,
Euch des ernsten Spieles
denn nichts Lebendiges ist eins,
immer ist's ein Vieles.*

Goethe – „Epirrhema“ (1821)

*You must, when contemplating nature,
Attend to this, in each and every feature:
There's nought outside and nought within,
For she is inside out and outside in.
Thus will you grasp, with no delay,
The holy secret, clear as day.
Take joy in true appearance,
And in serious play,
For no living being is singular,
But always a plurality.*

Summary

Morphological Music Therapy is an approach that has been developed in Germany for 25 years. It is based on old European scientific traditions, especially on the scientific approach of Goethe. In its modern form, it includes insights from psychoanalysis and Gestalt psychology and has developed methods for qualitative research in music therapy (Tüpker 2002, Weymann 2000a). In Germany this approach is taught at several university music therapy trainings and a number of books and articles have been published.

Morphology (from Greek morphe: form, shape) refers to the study or knowledge of forms or shapes. The objects of morphological research are investigated from the perspective of

⁶ Zur Veröffentlichung vorgesehen in: Barbara Wheeler: Music Therapy Research, 2nd edition (ca. 18 Seiten)

3.4 MORPHOLOGICAL RESEARCH

their formation, their structure, and their changes of form (metamorphosis). Today the term *morphology* is used in disciplines as diverse as psychology, geology, biology, and linguistics. Occasionally the term is used in a limited way to refer only to set structures or the results of a process of formation. At other times, as in this chapter, the formation process itself is examined and may even be the focus of interest.

In music therapy the entire therapeutic process (music, conversations, emotions, behavior, etc.) can be thought of as a *gestalt* formation and be related to other relevant gestalt formations in the patient (biography, organization of daily life, symptoms, etc.). This is primarily a psychological perspective, since it is related to formations of the psyche, but it includes musicological perspectives also. To think about music as a psychological object means above all to investigate it from an experiential aspect, that is, to understand it as a *gestalt of effects*.

Historical Roots and Theoretical Premises

Under the premise that psychological data can only be obtained through the reflected subjectivity of the researcher, *experiential description* became the most important instrument of knowledge in morphology, integrated into varied methodological contexts such as the in-depth interview and the experiential record. „The description of complete contexts becomes the basic method of psychological morphology because no isolated facts or data as such exist outside of the object-oriented living context” (Salber, 1991, p. 52). „Description seeks to grasp the movement of phenomenal forms”⁷ (Salber, 1969, p. 63), which then have to be transformed into explanatory reconstructions through several intermediate steps. Aside from developing and reflecting upon therapeutic concepts, the main foci of morphological psychological research are psychological factors of everyday life, psychology of the arts and the new media, and commercial and business psychology. Research results are published in the journal *Zwischenschritte* (Intermediate Steps) and elsewhere.

Some music therapists became interested in morphological psychology in the 1970s because of its affinity with art and the psychology of the arts. In 1980, Frank Grootaers, Tilman Weber, and the authors of this chapter established a research group for the morphology of music therapy and then later, in 1988, the Institute for Music Therapy and Morphology (IMM). In this institute, the basic ideas of morphological music therapy were developed as an integration of research and practice. The initial goal was to use concepts from morphological psychology to make description of the music therapy process possible, and to develop music therapy-specific procedures to enable their scientific reconstruction. In this context, the investigation of improvisation in music therapy is of special significance. The results were disseminated through numerous professional conferences, courses, and publications, as well as in a series called *Materialien zur Musiktherapie* (Studies of Music Therapy). Morphological music therapy is taught at the University of Münster and the Hamburg University of Music and Drama.

The term *morphology* goes back as far as the German poet and scientist J. W. Goethe (1749–1832), who proclaimed a scientific view expressly set against the (then current) mainstream of positivist and reductionist positions. He turned against the prevailing opinion that the knowledge of nature was to be found only by dissection and analysis, by an identification

⁷ The sources for this and other quotations are in German but have been translated to English as cited here. The original German is given only when it provides information that is not apparent in the translation.

of ever-smaller pieces. Instead, he sought to understand characteristic features of „organic natures” in a holistic manner, using principles such as formation and transformation, including both spatial and temporal dimensions. In this way he tried to gain „insight into the context of their essence and actions”⁸ (Goethe, 1954, p. 6). He described these contexts, derived by thorough observation of individual cases, as types or formation principles (*ur* or primeval phenomena). With these ideas, Goethe placed himself in the tradition of Aristotle’s empirical (based on experience) philosophy of nature, according to which living forms are subject to growth and loss. This philosophy views living forms as historical phenomena, emphasizing aspects of development and process. Thus, Goethe (as well as Aristotle) could be called a forerunner of modern qualitative research strategies (see Harlan, 2002; Mayring, 1986).

Goethe developed his concept of morphology beginning in 1790 in different scientific subjects (anatomy, botany, theory of colors, etc.). He characterized it distinctly in his programmatic introduction *About Morphology*, written in 1817, as the science of „formation and transformation of organic natures” (Goethe, 1954, p. 2).⁹ These living organic natures were always regarded both as having/being form and being changeable.

The morphologist attempts to graphically convey the experience of and create a systematic reconstruction of whatever phenomenon or living object is the focus of interest and perception. According to Goethe, theory develops from unmediated vivid experience and is not found behind or beyond the level of phenomena. In the process of perception, we already actively begin to theorize and systematize – or, more to the point, we form, shape, or reorganize. The gestalt concept connects phenomenon, perception, and theoretical reconstruction: All are understood both to be and to have form. In Goethe’s (1965) terms, „Gestalt is something that moves, becoming and diminishing. Knowledge of gestalt is the knowledge of metamorphosis” (p. 128). In this definition of the gestalt concept, the developmental approach of morphology becomes clear.

Morphological psychology, established by Wilhelm Salber in the 1950s, takes up this gestalt concept against a background of considerations from gestalt psychology and psychoanalysis. In morphological psychology, the psyche and its essence are conceptualized as a gestalt formation and at the same time as a transitory event between gestalt and transformation. Experience and behavior are functions of this overall process. Within the flow of the reality of formations of the psyche, morphological psychology strives for principles of organization, for blueprints and inherent laws. It attempts to work out the *moving system* of the life of the psyche. The life of the psyche resembles a *traveling figure*¹⁰ (Salber, 1991), a guiding metaphor of morphological psychology. This view attributes to the life of the psyche a special affinity towards the arts. „The marriage of science and art sets a cognitive process in motion where art und science can learn from each other” (Tüpker, 2001, p. 57).

Methodology

The decision to use a specific methodology is based on preconceived notions about the type, composition, and limitations of the object of research. An object with a certain

⁸ Original: Einsicht in den Zusammenhang ihres Wesens und Wirkens

⁹ Bildung und Umbildung organischer Naturen

¹⁰ Gestalt auf Reisen

3.4 MORPHOLOGICAL RESEARCH

prescientific or everyday meaning becomes a scientific object.¹¹ Using the instruments and procedures of morphological psychology, diverse phenomena are viewed and conceptualized as psychological phenomena, as productions of the psyche. Therefore, the main objective of morphological research is the exploration of psychological processes as they emerge from experience and behavior. One approach involves structural analysis of verbalizations of different (self-) observations. These are then reconstructed in several interrelated hermeneutic steps. The objective in each case is to reconstruct the interplay of those *gestalt factors* or structures of experience involved in the experiential situation under investigation. The psychological event is reconstructed as a dramatic interplay, as an interlocking of several polarities within the process.

The morphological research process unfolds its object suspended between phenomenon and interpretation. A constant shifting of perspectives is characteristic. Every data collection is the result of choosing (and excluding), sorting, or forming. It is motivated by a specific search, a vague pre-knowledge or preconception of the whole. Neither pure facts nor complete objectivity exist. Morphological research always involves reconstruction.

Four Versions or Perspectives

A typical morphological course of research can be demonstrated from four different versions or perspectives that organize the process. The method of the steps is based on the general idea that a psychological wholeness¹² can only be represented (reconstructed) in a sufficiently complete and complex way if it is described repeatedly and from different perspectives. These four perspectives can be equally applied to the therapy process and case descriptions as to the research process in a modified form (for more detail see Tüpker, 2001, pp. 60–70).

Wholeness – Gestalt Logic.

What is seen as a psychological unit or whole is determined through experience on the one hand and scientific investigation (or treatment objectives) on the other. Here, the goal is to discover which stories or images hold the experiences of a given situation together meaningfully, what is the unfolding gestalt of effects and what is the case.

Form Development – Gestalt Construction.

Forms (Gestalten) are structured units. They are made up of parts that are related to each other and to the whole, and they unfold in a dynamic order. This second version tries to work out the system, the inherent order of the individual gestalt of effects, and thus to find some initial explanation for the impact of the whole.

Formation and Reformation – Gestalt Refraction.

The individual gestalts of effects have their own histories, they have precursors, and they affect others. Gestalt refraction alludes to this mutual influencing of gestalts. While observing the developmental aspect of our research subject, we learn of the possibilities for transformation and intervention.

¹¹ Gegenstandsbildung (formation of the scientific object)

¹² Ganzheit

**Interplay/
Cooperation –
Gestalt Paradox.**

In psychological morphology the gestalt formation is understood as an interplay of factors of the psyche. This interplay always has to cope with polarities and paradoxical circumstances. The fourth version tries to reconstruct phenomena based on a general theory and thus to explain their effects in a way native to the phenomena themselves.

Morphology offers several systems that make this theoretical orientation possible. For research in music therapy, the system of the six gestalt factors (Töpker, 1988/1996a) and the concept of primary and secondary figuration (e.g., Grootaers, 2001; Weymann, 2004) have been used.

As an illustration of two possible perspectives that morphological research can bring to understanding treatment and research processes, one example of treatment steps and one of research steps are presented below. These are only two of many possible examples of how these perspectives can be applied.

Treatment Steps

As steps or aspects of treatment, the system of the four versions or perspectives can be used on two levels: (a) to help to structure the treatment or to develop a special treatment concept, or (b) to analyze and evaluate a course of treatment after it is completed (as might be done for research purposes). Going through all four steps is the qualitative criterion, with its specific application being based on the individual project that is being researched as well as its general set-up. The treatment steps can be used either to describe the entire development of a treatment or to analyze an individual session.

**Step 1. Leiden-
Können¹³ or
Treatment
Objectives.**

The first treatment step represents treatment objectives and thus corresponds to diagnosis in music therapy. However, whereas in medicine diagnosis and indication formally precede treatment, in psychotherapy they are part of treatment and may develop and change in the course of treatment. The technical term from morphological psychology, Leiden-Können, refers to several things simultaneously. It refers to what the patient complains about as the source of emotional and physical suffering, but also under what circumstances she or he suffers. In the same way, we are interested in the patient's skills, abilities, and resources and in what she or he likes and dislikes.¹⁴ We also go on the assumption that the patient might possibly like what she or he complains about even more than that from which she or he must protect him- or herself through the emotional constructions. All this is explored in both the patient's narrations and the music. In order to do this, the description and reconstruction that are described below may be applied as a diagnostic instrument. Leiden-Können changes within the course of treatment, not just as progress is made in treatment but also as deeper layers of suffering become apparent.

**Step 2.
Methodifying.**

The second treatment step refers on the one hand to the therapist following methodical principles of treatment. On the other hand, we assume that

¹³ To suffer, to be able to

¹⁴ The German word *leiden* not only means to suffer but also to like something. Etymologically it is linked to the meaning of traveling and gaining experience.

3.4 MORPHOLOGICAL RESEARCH

patients will follow a method as well in the sense that they treat the treatment situation, the therapeutic relationship, and the music in the same way that they deal with themselves and the world. In this way patients transfer their *method of living* to the treatment situation and also involve the therapist in this event. This is all the more so when the therapist gets involved in the interplay of transference and countertransference. Like modern psychoanalysis, morphological music therapy assumes that it is part of the therapist's methodological task to become empathically involved by being moved. Then, by again acquiring some distance, the therapist's empathy leads to understanding. This understanding may then be communicated to the patient, either symbolically (in music or play) or by means of verbal interpretation. Thus becoming methodological connects the participants and speeds up the development of treatment.

Step 3. Changing. With the concept of *changing* (transformation), we look for changed experiences in treatment, a new viewpoint, a different tone in the music, a new way of expression. Through these, transformation and restructuring within the patient's *method of living* may announce themselves. Such turning points can become evident when connected with an *aha* experience, a sudden insight, a jolt in the psyche. Changes can also take place almost unnoticed and become more evident in retrospect. *Changing* is the internal criterion for the effects of the treatment, such as the effects of therapist's interpretations or of musical interventions. If those elements are missing, we must ask ourselves what must be changed methodologically and why the methodological procedures have not worked so far.

Step 4. In the last step we look at the changes that reach beyond the treatment setting: What does the patient put into action in her or his everyday life? What is s/he able to implement? How is s/he able to deal with daily life differently? Part of this is, of course: How do her or his symptoms, complaints, and suffering improve, or how does the treatment improve her or his quality of life?

Methodological Steps: Description and Reconstruction

A scientific procedure called *Description and Reconstruction*, originally developed for analyzing improvisations in music therapy (Töpker, 1996a), is frequently used. It enables us to focus on the *musical* part of music therapy as the center and starting point for scientific (as well as musical) considerations. Diagnosis and the evaluation of therapy can consequently be done in a music-centered way.

It is our aim to work out the *gestalts of effects* in improvisations. Assuming that their musical structures correspond to those of the psyche, we wish to explore those characteristic patterns in improvisations, which, as psychic structures (*method of living*), are also connected to the patient's disorder or dilemma.

Through these four methodological steps, the above-mentioned versions can be clearly identified. This procedure may be applied to different subjects and contexts of research and is based on the effect of the musical experience. In this regard, it is similar to other

¹⁵ The German word *Bewerkstelligen*, containing the word *Werk*, emphasizes the product character of this last step as well as the process.

comparable methodological approaches from the sphere of in-depth hermeneutic procedures (see also Langenberg et al., 1996; Metzner, 2000)

As part of the first step, *experiential descriptions* of the music are made. This is done by a group of trained experts who listen to the audio recording without having any other case information. The subsequent steps are then developed by the researcher, who usually also is the therapist of the case study, along the guidelines of the summarized text.

The four methodological steps (which on the whole perform a hermeneutic spiral), summarized in Table 1, will subsequently be illustrated through excerpts from a case study. (For a detailed example that uses all the steps in a case study see Irle, 1996.)

Table 1

Methodological Steps: Description and Reconstruction

Step	Perspective	Procedure
1	Wholeness	Listening, written descriptions, exchange/discussions of texts, summarized text
2	Internal regulation	Investigation of musical structures, possibly by notating the music
3	Transformation	Comparison with other relevant observations and data from the patient's biography and medical history
4	Reconstruction	Description of the gestalt of effects on a general and a more abstract level (theoretical orientation), e.g., by means of the gestalt factors or the concept of primary and secondary figurations

Step 1. Wholeness. The describers focus their attention on the phenomenon with an unprejudiced attitude and a willingness to be moved by it. They are asked to write notes in a simple and comprehensible language. The descriptions are read aloud and compared with an eye to common factors or differences. The discussion within the describer's group aims at the formulation of a summarized text, which should also include possible contradictions and countertendencies and thus often represents something like a formulation of the problem. The following excerpt from the description of one person provides an example:

Something must be done very fast. No pauses. Stillness is dangerous, on and on. I cannot stop. There is a stumbling somewhere inside there. I've got to get away. I'm running, but something always holds me back; shouldn't I rather stay? No, I have no time to linger ... almost unbearable longing.

Common to all descriptions was the symptom of restlessness, a restless movement that has no ending and therefore seems without purpose. In a counter-movement, the existence of obstacles is emphasized: stumbling, something holds me back, etc. Everything seems to be kept in suspension, although this becomes almost unbearable. After some discussion the group finally agreed on the following summarized sentence:

3.4 MORPHOLOGICAL RESEARCH

Something that's being driven is continuously held up and never arrives. The result is a tormenting suspense.

Step 2. Internal Regulation. Working from the summarized text, we develop questions and follow up with a selective detailed analysis of the music. We investigate relevant examples on the basis of the recording and possibly the notation, as to how the described impression is created in sound. Through this, particular features of the musical structure are worked out. These may then be used as evidence and specification of the experiential gestalt and moreover as an indication of the (subconscious) method of its production. Here, the relationship of part-to-whole is investigated, in the sense of a hermeneutic approach. For example:

How is the impression of suspense achieved, of being driven and at the same time being stopped? What constellation of musical parameters creates the image of not-arriving?

This can be demonstrated in the example through the rhythmic features. From the very beginning, the impression of the unexpected, the unpredictable, is created. The rhythms seem to be put together from many snippets. The first three notes seem to establish the pulse, but the fourth comes too early by comparison. This could be a syncopation, if the connection to the pulse were reestablished at some point. Instead, more breaks follow, but always just missing what is expected, creating an impression of suspense.

Step 3. Transformation. In the third step the research unit is broadened, again along the guideline of the theme gained so far, by including data from other sources: notes from the therapy process, from the case history, the patient's biography, his everyday narrations and dreams. Thereby the picture is enriched but is also corrected. But most of all we discover indications about the importance and the secret meaning of the observed gestalt formation within the patient's life context. Through the variation the structural element is also emphasized. For example:

The patient, a 24-year-old man, suffers from a severe compulsion with obsessive washing and control compulsions. He feels constantly tormented by doubts, rendering him almost completely incapable of making decisions in his daily life. For instance, he cannot just sit down in a chair but hesitates for a while between a standing and a sitting position, as if in suspense. He tries to avoid leaving any traces or feeling impressed by anything.

Step 4. Reconstruction. The reconstruction seeks to lead the gestalt that was found back to basic conditions of emotional life, for instance the interplay of factors of the psyche. Thus, on a structural level, the internal logic of the phenomenon can be represented as a kind of moving pattern from which indications about the patient's subconscious life organization, or about his individual gestalt formation, can be deduced. For example:

The gestalt factors of arrangement and effect do not form a complementary relationship with each other but create a short circuit, as it were. The beginnings of formation are incessantly subjected to sorting procedures; these seem unachievable by any other limiting tendency. Thus, actions are initiated but then inhibited and cannot be completed. At the

same time, the sorting tendency does not unfold because no distinctive gestalt is formed, leading to disorganization.

Relationship to Other Types of Research

The methods resulting from the above-mentioned fundamental ideas of morphology show numerous factors common to other types of qualitative research. These factors include reflexivity, an idiographic approach, and the interpretive paradigm that takes its starting point from the researcher's reflected subjectivity.

Methodologically, the affinity to the hermeneutic approach is particularly noticeable. The postulate of an experiential moving along together¹⁶ with the (living) research object determines a procedural and somewhat phenomenal approach to reality. Through several intermediate steps, this approach approximates the level of theory and thus also the possibility of understanding and explaining the phenomena. Since unconscious determinants are also included, one could also call it an *in-depth hermeneutic* approach in the sense of Lorenzer (1986). A synthesizing basic feature is characteristic of a morphological research process: the search for a context substantiated by analytical working steps. In this we recognize similarities with the heuristic procedures of art, a connection that in morphology is termed *psycho-aesthetics* or an *art-analogous* procedure.

Apart from psychoanalysis and gestalt theory, we also recognize a special affinity with *systemic thought* (Watzlawick, 1976) on the level of models and theories (gestalt factors, versions, part-whole relationship, gestalts, and transformation).

Examples in Music Therapy

Morphological music therapy research includes practical and methodological questions, as well as broader questions that are concerned with music, therapy, health, illness, and society. More specialized areas are classified into (a) individual case and group studies, (b) comparative studies, and (c) music psychology. A selective overview of studies and results to date on the basis of this classification follows.

Individual Case and Group Studies

The morphological scientific procedure Description and Reconstruction, described above, is applied most frequently. There are about 100 examples of this diagnostically oriented research procedure (in some cases as yet unpublished). Almost the whole scope of music therapy is found wherever free improvisation, in the broadest sense, is used. For other areas, some partly modified procedures have been developed (Spliethoff, 1994) and a specially modified form for group analysis may be found in Grootaers (2001). Apart from analysis on the basis of gestalt factors, other reference systems, such as psychoanalytic pathology or developmental psychology (Irle & Müller, 1996), may be chosen for the theoretical orientation. On a pragmatic level, it is possible to apply morphological procedures without fully understanding principles of morphology. This is of special interest because we have found that description itself (included in step 1 of the Description and

¹⁶ Mitbewegung

3.4 MORPHOLOGICAL RESEARCH

Reconstruction procedures), even in nonscientific contexts such as supervision or practice-related quality assurance, allows a more in-depth and elucidating view of the individual case, which improves the treatment. The music therapist is thus in the position to make an important contribution to the treatment team toward understanding the patient by translating the results of musical communication with the patient into psychological language.

Naturally the results of such individual case studies can only be summarized in a very general way. The results of these studies allow us to state: Irrespective of the patient's musical background and under certain preconditions with regard to the therapeutic setting, fundamental structures of the psyche can be expressed by improvising with the therapist. These are also related to the patient's disorder or conflict situation. They can be described and objectified by independent observers through their manifestation as musical structures, thus contributing to the comprehensive psychological understanding of the patient by complementing the language-limited approach to patient care.

The method of analyzing the course of treatment presented here (treatment steps) has been used in about 30 case studies or short presentations to verify the sequence of events in treatment. The results differ from case to case because of different treatment conditions that make comparison difficult. Not only do the very diverse reasons for therapy play a role, but external conditions beyond the control of the music therapist also make a difference. These include such factors as financial restrictions on treatment, legal restrictions on outpatient music therapy, and a lack of options for patients. We can state, though, that in those music therapy treatments that were not too heavily restricted by exterior conditions, a complete cycle of the four steps of treatment was achieved, which methodologically could be considered a successful treatment. Individually, the respective preconditions are too diverse for us to formulate an overall result. One exception is the study by Grootaers (2001) in which 13 individual and 2 group studies in psychosomatic care, based on the four treatment steps, show in detail the success of a music therapy treatment in favorable and comparable inpatient conditions. There the relevant turning figure is worked out for every patient individually, so that the success of the treatment is oriented toward and measured by the individual patient's method of living, disorder, and living situation.

Comparative Studies

Comparative studies include papers in which morphological methods themselves are reviewed and further developed by means of comparative observation.

In one study (Mömesheim, 1999), the 171 texts created through Description and Reconstruction procedures were investigated using methods from literary studies. The researcher developed criteria for text analysis that were then used for further comparative research. She found that in all 26 descriptions there was a verifiable connection between the established gestalt of effects of the improvisation (research step 1) and the musical formation of forms (step 2). In addition, the researcher made detailed recommendations as to the formulation of the gestalt of effects as well as the development of the gestalt formation. These recommendations were made on the basis of qualitative differences within the comprehensibility of individual contexts, the summary generalization, and internal regulation.

Hülsmann (2002) compared two morphological descriptive procedures, one with an external group of describers (Tüpker, 1988/1996a) and the other with a description by patients (Grootaers, 2001), on the basis of examples of music in group music therapy. Certain clearly discernable common factors emerge; these are regarded as proof of the validity of both procedures. The obvious differences may be psychologically explained on the grounds of individual perspectives (self-involvement/distance, awareness/lack of awareness of temporal developments, and other events in the group) and constitute a supplementary relationship.

Another group of studies includes studies in which patients' initial improvisations are compared to comparable diagnoses in terms of their psychological gestalts of effects and their musical gestalt formation. To this date, comparative studies of patients with chronic pain (Krapf, 2001; Tüpker, 2002, pp. 56–67), borderline personality disorder (Tönnies, 2002), and anorexia (Erhardt, 2003; Kang-Ritter, 2003) are available. To varying degrees, common factors were demonstrated in the way these groups of patients expressed themselves. For instance, many more common factors emerged with patients with pain than with those with borderline personality disorder or anorexia. However, new insights were gained about the understanding of these disorders as well as some clues for music therapy treatment.

On the basis of the four treatment steps, Haubitz (1999) compared the development of two group treatments with depressive patients. In the music, as well as in transference and countertransference, the differences between one group of patients with more neuroses and another group with psychoses were clearly observed.

Other issues are worked out in comparative studies that relate to general aspects of treatment. Methodologically, these studies overlap to some degree with the aforementioned area. Based on interviews, Mönter (1998) compared the proportions of verbal conversations in music therapy and systematized the results using the four versions (based on 12 explorative expert interviews). Music therapy publications are the subject of two other comparative studies investigating the beginning (Krückeberg, 2000) and the ending (Stihl, 2000) of music therapy treatment. Wältring-Mertens (1999) compared 40 case histories based on the question of the practical significance of music in music therapy with children. This study shows a multitude of music-related event forms, emphasizing flexibility and openness as characteristic features of music therapy with children.

Music Psychology

By means of the methodological evaluation of qualitative interviews (in-depth interviews, explorative expert interviews) and other qualitative interview methods (e.g., semi-structured questionnaires), general questions related to music therapy such as the experience of music therapy supervision (Schmutte, 2002; Tüpker, 1996b) can be explored, as well as basic issues about the psychology of musical experience and activity outside of the therapy context. Studies to date are concerned with questions of improvisation (Domnich, 1995; Leikert, 1990; Weymann, 2004), singing (Wachwitz-Homering, 1993), the relationship between player and instrument (Meyer, 1992), or practicing an instrument (West, 1992). There are no clear-cut differences between those papers with a morphological orientation and other related psychological approaches.

As one example, we will examine more closely the dissertation of Weymann (2004). It deals with the question of „how life's work and the activity of improvisation are related to one

3.4 MORPHOLOGICAL RESEARCH

another. How does the method of living manifest in dealing with improvisation? How does this indicate specific characteristics and implications of the improvisation activity?” (p. 53). For this purpose, 12 in-depth interviews were conducted with musicians in whose lives improvisation plays an emotionally significant role. The basic conditions were first worked out individually. These may be described as different forms of a polarity around the central theme of transformation versus identity (p. 192). As soon as the transformation became evident as the primary figuration (in the form of: stimulating, dissolving, delimiting, shifting, going beyond, letting go, being swept along in an intoxicated way, united/going beyond one’s own space, rough/unfinished), the opposite pole appeared in the secondary figuration (as anchoring, unifying, securing, framing, integrating, controlling, being opposite, different, developed/elaborated; pp. 189–191). By contrast, in a second group, aspects of finding one’s identity through improvisation were initially emphasized with these words: assertion, alone, finding oneself. Here too, the opposite pole appeared in the secondary figuration (canceling, united, sharing).

The final typical solutions that were worked out with regard to the established polarity in the sense of a self-treatment through music „represent (...) examples in the sense of pre-images or prototypes which may serve as guideposts for the concrete gestalt formation in real-life practice of music therapy” (Weymann, 2004, p. 207).

REFERENCES

- Domnich, C. (1995). *Untersuchung zur freien musikalischen Improvisation als Gestaltungsversuch des Seelischen* [An exploration of free music improvisation as emotional gestalt]. Unpublished music therapy diploma thesis, Münster University, Münster, Germany.
- Erhardt, C. (2003). *Hunger nach Weniger. Vergleichende Untersuchung musiktherapeutischer Erstimprovisationen magersüchtiger Patienten* [The hunger for less: A comparison of initial improvisations of anorexic patients in music therapy]. Unpublished music therapy diploma thesis, Münster University, Münster.
- Goethe, J. W. von (1954). *Bildung und Umbildung organischer Naturen. Die Schriften zur Naturwissenschaft (Leopoldina-Ausgabe). Erste Abteilung, Band 9* [Formation and transformation of organic natures. Writings on natural science (Leopoldina Edition). 1st section, Vol. 9]. Weimar, Germany: Böhlau.
- Goethe, J. W. von (1965). *Die Schriften zur Naturwissenschaft (Leopoldina-Ausgabe). Erste Abteilung, Band 10* [Writings on natural sciences (Leopoldina Edition). 1st section, Vol. 10]. Weimar: Böhlau.
- Grootaers, F. G. (2001). *Bilder behandeln Bilder: Musiktherapie als angewandte Morphologie* [Images treat images: Music therapy as applied morphologie]. Münster: Lit-Verlag.
- Harlan, V. (2002). *Das Bild der Pflanze in Wissenschaft und Kunst* [The image of plants in science and art]. Stuttgart, Germany: Mayer.
- Haubitz, S. (1999). *Vergleichende Untersuchung zweier Musiktherapiegruppen in der Psychiatrie* [Comparative study of two music therapy groups in psychiatry]. Unpublished music therapy diploma thesis, Münster University, Münster.
- Hülsmann, M. (2002). *Vergleichende Untersuchung von zwei morphologischen Beschreibungsverfahren* [Comparative study of two morphological descriptive processes]. Unpublished music therapy diploma thesis, Münster University, Münster.
- Irlé, B. (1996). *Der Spielraum Musiktherapie als Ergänzung des padagogischen Auftrages in einem Internat* [The music therapy playroom as an educational augmentation in boarding school]. In

- B. Irle & I. Müller (Eds.), *Raum zum Spielen—Raum zum Verstehen. Musiktherapie mit Kindern* (pp. 10–102). Münster: Lit-Verlag.
- Irle, B., & Müller, I. (1996). *Raum zum Spielen—Raum zum Verstehen. Musiktherapie mit Kindern* [Room to play—room to understand. Music therapy with children]. Münster: Lit-Verlag.
- Kang-Ritter, A. (2003). *Musiktherapie mit essgestörten Kindern und Jugendlichen. Eine vergleichende Untersuchung von Beschreibungstexten musiktherapeutischer Improvisationen* [Music therapy for children with eating disorders: A comparative study of descriptions of initial improvisations in music therapy]. Unpublished music therapy diploma thesis, Münster University, Münster.
- Krapf, J. M. (2001). *Auf den Schmerz hören. Vergleichende Untersuchung der musikalischen Erstimprovisationen von chronischen Schmerzpatienten* [Listening to the pain: A comparative study of initial music improvisations by patients with chronic pain]. Unpublished music therapy diploma thesis, Münster University, Münster.
- Krückeberg, W. (2000). *Zum Beginn musiktherapeutischer Behandlungen* [Beginning music therapy treatment]. Unpublished music therapy diploma thesis, Münster University, Münster.
- Langenberg, M., Frommer, J., & Langenbach, M. (1996). Fusion and separation: Experiencing opposites in music, music therapy, and music therapy research. In M. Langenberg, K. Aigen, & J. Frommer (Eds.), *Qualitative music therapy research: Beginning dialogues* (pp. 131–160). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Leikert, S. (1990) Die Lust am Zuviel – Der Wirkungsraum der Instrumentalimprovisation [The pleasure in overabundance – The „effect area” of instrumental improvisation]. *Zwischenschritte*, 2, 27–39.
- Lorenzer, A. (1986). Tiefenhermeneutische Kulturanalyse [In-depth hermeneutic cultural analysis]. In A. Lorenzer (Ed.), *Kultur-Analysen* (pp. 11–98). Frankfurt, Germany: Suhrkamp.
- Mayring, P. (1986). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* [An introduction to qualitative social research] (2nd ed.). Weinheim, Germany: Beltz.
- Meyer, B. (1992). *Instrument und MusikerIn – Psychologische Aspekte einer Beziehung* [Instrument and musician: Psychological aspects of a relationship]. Unpublished music therapy diploma thesis, Münster University, Münster.
- Metzner, S. (2000). Ein Traum: Eine fremde Sprache kennen, ohne sie zu verstehen. Zur Evaluation von Gruppenimprovisationen [A dream: to know a foreign language, without understanding it. Evaluating group improvisations]. *Musiktherapeutische Umschau*, 21, 234–247.
- Mömesheim, E. (1999). „Wer verschweigt das letzte Wort?” – Vergleichende Untersuchung von Beschreibungstexten aus der Morphologischen Musiktherapie [Who conceals the last word? A comparative study of descriptive texts in morphological music therapy]. Unpublished music therapy diploma thesis, Münster University, Münster.
- Mönte, U. (1998). *Das Gespräch in der Musiktherapie* [Discussion in music therapy]. *Musiktherapeutische Umschau*, 21, 5–22.
- Salber, W. (1969). *Wirkungseinheiten* [Effect units]. Cologne, Germany: Moll und Hülser.
- Salber, W. (1991). *Gestalt auf Reisen* [Traveling figure]. Bonn: Bouvier.
- Schmutte, M. (2002). *Supervision in der Musiktherapie – Erlebensweisen, Erfahrungen und Einschätzungen von Supervisorinnen* [Supervision in music therapy: Experiences and estimations of supervisors]. Unpublished music therapy diploma thesis, Münster University, Münster.
- Splithoff, G. (1994). *Untersuchung seelischer Gestaltbildungen auf dem Hintergrund musiktherapeutischer Erfahrungen mit geistig Behinderten* [An exploration of emotional gestalt formations on the background of music therapy experiences with the mentally handicapped]. Unpublished music therapy diploma thesis, Münster University, Münster.
- Stihl, C. (2000). *Die letzte Musiktherapiestunde – Abschied und neuer Anfang* [The last music therapy session: closure and new beginning]. Unpublished music therapy diploma thesis, Münster University, Münster.

3.4 MORPHOLOGICAL RESEARCH

- Tönnies, F. (2002). *Erstimprovisationen von Borderline-Patienten. Eine vergleichende musikalisch-psychologische Untersuchung* [Initial improvisations of borderline patients. A comparative music-psychological exploration]. Unpublished music therapy diploma thesis, Münster University, Münster.
- Tüpker, R. (1996a). *Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie* [I sing what I cannot say. A morphological foundation of music therapy] (2nd ed.). Münster: Lit-Verlag. (1st edition published 1988).
- Tüpker, R. (1996b). Supervision als Unterrichtsfach in der musiktherapeutischen Ausbildung [Supervision as a course in music therapy education]. *Musiktherapeutische Umschau*, 17, 242–251.
- Tüpker, R. (2001). Morphologisch orientierte Musiktherapie [Morphologically oriented music therapy]. In H.-H. Decker-Voigt (Ed.), *Schulen der Musiktherapie*, 55–77. Munich, Germany: E. Reinhardt.
- Tüpker, R. (2002). Forschen oder Heilen. Kritische Betrachtungen zum herrschenden Forschungsparadigma [To research or to heal. Critical observations of the dominant research paradigm]. In P. Petersen (Ed.), *Forschungsmethoden künstlerischer Therapien* (pp. 33–68). Stuttgart: Mayer
- Tüpker, R. (2004). Morphological Music Therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 13, 82–92.
- Wachwitz-Homerig, (1993). *Untersuchung zur Wirkungseinheit des Singens* [An exploration of the „effect unit” of singing]. Unpublished music therapy diploma thesis, Münster University, Münster.
- Wältring-Mertens, B. (1999). *Zur Bedeutung der Musik in der Musiktherapie mit Kindern* [The meaning of music in music therapy with children]. Unpublished music therapy diploma thesis, Münster University, Münster.
- Watzlawick, P. (1976). *Wie wirklich ist die Wirklichkeit? Wahn – Täuschung – Verstehen* [How real is reality? Illusion – deception – understanding]. Munich: Piper.
- Weymann, E. (2000a). Sensitive suspense: Experiences in musical improvisation. *Nordic Journal of Music Therapy*, 9, 38–45.
- Weymann, E. (2000b). Indications of the new: Improvisation as a means of inquiry and as an object of research. *Nordic Journal of Music Therapy*, 9, 55–66.
- Weymann, E. (2004). *Zwischentöne. Psychologische Untersuchungen zur musikalischen Improvisation* [Intermediate tones. Psychological explorations of music improvisations]. Gießen, Germany: Psychosozial Verlag.
- West, U. (1992). *Psychologische Untersuchung über Einübungsprozesse beim Musizieren* [A psychological exploration of practice processes in making music]. Unpublished diploma thesis, Cologne University, Cologne.

Acknowledgments

This chapter was translated by Susanne Albrecht. The Editor wishes to thank Douglas Keith for additional assistance with translation.