

Dieser Artikel ist erschienen in: Bernd Oberhoff (Hg): Die Musik als Geliebte. Zur Selbstobjektfunktion der Musik. Psychosozial-Verlag, Gießen 2003, S. 99-138

Selbstpsychologie und Musiktherapie

Rosemarie Töpker

1. Einleitung:

Die verschiedenen Musiktherapien, die wir heute im Gesundheitswesen, in einer erweiterten Pädagogik und in der sozialen Arbeit antreffen, unterscheiden sich vor allem durch unterschiedliche theoretische Fundierungen und Anbindungen. So finden sich z.B. in dem kürzlich erschienenen Werk „Schulen der Musiktherapie“ (Decker-Voigt 2002) die psychoanalytische Musiktherapie, die morphologisch orientierte Musiktherapie, die Gestalt-Musiktherapie und ihre Variante der integrativen Musiktherapie und solche, die sich psychologisch an amerikanischen Varianten der humanistischen Psychologien orientieren. Daneben finden wir erste Ansätze einer Musiktherapie, die sich an die systemische Theorie anlehnt und in den USA finden wir auch Musiktherapien, die einer verhaltenspsychologischen Orientierung folgen. In ironischer Zuspitzung ließe sich zusammenfassen, dass sich inzwischen jede psychologische Theorie, die etwas auf sich hält, auch eine Musiktherapie leistet oder umgekehrt, dass es keine psychologische Theorie gibt, die vor den MusiktherapeutInnen sicher ist.

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

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

die künstlerischen Therapien der Psychotherapie geben können (vgl. Tüpker 1998).

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

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

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

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



setzt sich zusammen aus den Zeichen für Tür



und Sonne



Zusammen mit dem Zeichen für Mensch



heißt es wiederum Mensch



Einige Begriffe der Selbstpsychologie

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

Das Selbst

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

Das, was uns da antwortet, ist unser Selbst.

Wenn wir uns einfühlen – und nur dann –, stoßen wir in uns auf eine Gestalt, die wir als Zentrum unserer Wahrnehmungen, Empfindungen, Gefühle, Gedanken, Antriebe und Intentionen erfahren und in die zugleich alles Wahrgenommene und Erfahrene einzufließen scheint. So erleben wir diese Gestalt als berührbar, formbar, wandelbar durch das Leben und dennoch als eine lebenslang durchgängige Gestalt, kohärent (in sich zusammenhängend) in Raum und Zeit. Eine Gestalt also mit Geschichte, und zugleich eine, die nur in dieser geschichtlichen Entfaltung sich erfüllt. Ein Teil dieser Gestalt ist uns unbewusst.

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

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

Objekt, Objektbeziehungen

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

Durch Redensarten wie „Jemanden zum bloßen Objekt machen“ wird diese Bedeutung von Objekt verstellt. Auch die Art des (pseudo-)wissenschaftlichen Gebrauchs, das Wort „objektiv“ als „unabhängig vom Beobachter“, also vom Subjekt des Forschers, zu verwenden, lässt

den immer vorhandenen Beziehungsaspekt außer Acht. Den psychoanalytischen Sprachgebrauch vom Objekt kann man daher besser von der Philosophie oder einfacher von unserer Grammatik her verstehen. Wir können einen Satz ohne Objekt bilden, nicht aber ohne Subjekt.

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

Im Zusammenhang der kindlichen Entwicklung spricht die Psychoanalyse in diesem Sinne von den Objektbeziehungen des Kindes und meint damit z.B. Mutter und Vater, Geschwister und all die Menschen, die für das Kind (*da*) sind. Es meint sie mit diesem Begriff aber eben nur insofern sie *für* das Kind in Erscheinung treten. Darin steckt auch der Verweis darauf, dass dieselben Menschen etwa auch Irmgard und Peter sind, ihrerseits Kinder und Enkelkinder von anderen, ein Liebespaar für einander, Arbeitnehmer einer Firma, Verbraucher, Bürger eines Landes etc. Die Bezeichnung Objekt verweist also darauf, dass hier nur ein bestimmter Aspekt einer Person gemeint ist, und dass wir wissen und davon ausgehen, dass diese Person mehr und anders ist, als sie dem Subjekt (dem Kind) erscheint. (So wie z.B. die für das Kind böse Mutter, für sich selbst ein leidender Mensch sein kann, für den Ehemann eine gefügige Frau.)

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

Selbstobjekte

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

Die Mutter als Selbstobjekt ist also eine andere psychologische Einheit als die Mutter als libidinöses Objekt. Sie ist Selbstobjekt, *insofern* sie die für die Selbstentwicklung des Kindes notwendigen Funktionen *im Erleben des Kindes* erfüllt. Sie wird dem Kind zum Selbstobjekt. Das Kind macht sie sich zum Selbstobjekt. Wie diese verschiedenen Einheiten sich

zueinander verhalten und welche Formen die Selbstobjekte annehmen können (archaischere und reifere), davon handelt die Selbstpsychologie.

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

Selbst-Selbstobjektbeziehungen

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

Selbstobjektfunktion

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

Übergangsobjekt

ist ein zunächst vom Kleinkind halb gefundenes, halb geschaffenes Objekt wie ein weiches Ding, ein Tuch, eine Decke, ein »Schnüssel«, das für das Kind eine so wichtige Bedeutung gewinnt, dass es nun nicht mehr verändert, nicht gewaschen werden und nicht verloren gehen darf. Vor allem beim Einschlafen oder wenn das Kind sich verlassen oder unwohl fühlt, hat es zur Stelle zu sein. (Prototypisch ist es mit der Schmusedecke, die die Figur Linus immer mit sich herumträgt, ins Bild gebracht.)



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

Es ist *der* erste Nicht-Ich-Besitz des Kindes. Es ist möglich nur im Einvernehmen *zwischen* Kind und Familie: Sie muss die Bedeutung dieses Dinges für das Kind teilen und »mitspielen«. Es wird innig geliebt und muss zugleich alle zerstörerischen Attacken unbeschadet überstehen. Es liegt in der Entwicklung *zwischen* Daumenlutschen oder Schnuller und Teddy oder Puppe. Es ist nicht nur innen und nicht nur außen, sondern dazwischen, an der Grenze. Es schafft und ist *Übergangsraum* zwischen innen und außen, Ich und Nicht-Ich. Es steht für das Objekt der ersten Beziehung (Mutter, Brust) und ermöglicht die zeitweise Trennung von ihm. Es ist noch kein Symbol, aber aus ihm entstehen die Symbole. Es ist der Beginn eines *intermediären Raumes*, an den Kunst und Kultur anknüpfen.

2. Selbstpsychologische Ansätze in der musiktherapeutischen Literatur:

2.1 Mary Priestley: Der Beginn der psychoanalytischen Musiktherapie

Für die Entwicklung der Musiktherapie in der Bundesrepublik standen im Wesentlichen Mary Priestley (1975/dt. 1982, 1980/dt. 1983) aus England und Paul Nordoff (Nordoff/Robbins 1971/dt. 1975, 1977/dt. 1986) aus den USA Pate. Mary Priestley als Begründerin der psychoanalytischen Musiktherapie war, neben ihrer künstlerischen Herkunft als Geigerin, geprägt von der Diskussion der psychoanalytischen Kreise um Melanie Klein in London, einer Autorin, die wir als eine der frühen Objektbeziehungstheoretikerinnen bezeichnen dürfen. Wenn auch Kleins starke triebpsychologische Fundierung hier nicht geleugnet werden soll, so zeigt ihr theoretischer Beitrag mit der *schizoiden Position* und ihrer Überwindung mit der Wiedergutmachungstendenz in der *depressiven Position*¹ deutlich selbstpsychologische Ansätze wie auch die

¹ Als erstes längeres Fallbeispiel aus der Musiktherapie knüpft der von mir beschriebene Behandlungsverlauf „Hans“ an diese Positionen an. Die Behandlung endet nach 60 Stunden durch äußere Umstände vorzeitig, aber mit dem „Gewinn der Trauer“ und der Überwindung der Position der Spaltung (vgl. Tüpker 1996, 109-210).

Einführung des Begriffs der *projektiven Identifikation* und der Weiterentwicklung in dem Begriffspaar *Container – Contained* durch Bion.

Mit der **schizoiden Position** ist eine gespaltene seelische Verfassung gemeint, in der die als *gut* und *böse* erlebten Seiten einer wichtigen Beziehungsperson so voneinander getrennt gehalten werden, dass sie nicht als zu einem Ganzen gehörig erlebt werden: Als Partialobjekte erscheinen dann im Erleben etwa die gute und die böse Brust. Aus den Märchen kennen wir die gute (verstorbene, das meint: nicht erreichbare) Mutter und die böse Stiefmutter oder Hexe. Mit der **depressiven Position** wird diese Spaltung aufgehoben, was mit einem depressiven Erleben verbunden ist, der Trauer über den Verlust der nur guten Mutter, und mit der Tendenz der Wiedergutmachung einhergeht: Diese bezieht sich auf den in sich selbst erlebten Hass gegen die böse Mutter, der nun – unter der Erkenntnis, dass die böse Mutter auch die gute Mutter ist – in einen Ambivalenzkonflikt gerät. Die Überwindung der Spaltung geschieht zugleich im eigenen Selbst: Das Kind muss sich damit auseinandersetzen, dass auch es selbst gute (liebende) und böse (hassende, zerstörerische) Anteile hat. Nach Melanie Klein durchläuft jedes Kind diese Positionen im Sinne einer normalen Selbstentwicklung (1972), was von der neueren Säuglingsforschung (Stern 1992, 346f) bestritten wird. Die Auseinandersetzung darüber ist nicht abgeschlossen. Konsens ist die klinische Erfahrung, dass diese Erlebensformen im Zusammenhang mit bestimmten Krankheitszuständen regelmäßig auftreten, dass es somit mögliche Organisationsformen des Erlebens sind.

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

Zum einen kann die musikalische Gestaltung selbst Ausdruck abgespaltener Selbstanteile werden. Das freie gemeinsame Musizieren schafft hier als Ergänzung im therapeutischen Prozess eine hilfreiche Verfassung

für diese Formenbildungen und Mechanismen. So kennen wir in der Musiktherapie viele Beispiele, in denen ein außenstehender Hörer der entstandenen Musik beispielsweise die archaische Wut, Verzweiflung oder Leere durchaus anhört, der Spieler selbst dies aber nicht so erlebt, bisweilen auch nachher nicht hört, wenn ihm die eigene Musik vom Band dargeboten wird. Oder aber der Patient lehnt die nachträglich gehörte Musik ab und kann dennoch eine ähnliche Musik weiterhin lustvoll produzieren.

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

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

Das erinnert an die Beschreibungen Kohuts über die „*Resonanz im mütterlichen Selbstobjekt*“, welches in affektiv gespannten Situationen „Berührungs- und/oder Sprechkontakt mit dem Kind“ herstellt: „die Mutter nimmt das Kind auf und spricht mit ihm, während sie es hält oder trägt“ (Kohut 1981, 84). Die sprachliche Formulierung „*Resonanz im ...*“ anstelle der einfacheren Fassung „*Resonanz der Mutter*“ scheint dabei

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

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

Die Beschreibungen Priestleys lassen aber auch an die therapeutische Qualität denken, die Winnicott mit dem Begriff *holding function* beschrieben hat. Dieses Halten muss man sich sowohl direkt im körperlichen Sinne vorstellen als auch im übertragenen: Die Mutter hält das Kind auf dem Arm, es bewegt sich vielleicht heftig oder lässt sich hintenüber kippen, schlägt vielleicht sogar wild nach ihr oder sticht ihr neugierig erkundend ins Auge, aber es erfährt, dass sie es dennoch nicht fallen lässt. Aber wir

verstehen die Funktion auch als Halt geben, Aushalten von Affekten, stützen und begrenzen, woraus sich das Grundgefühl entwickeln kann, einen Halt, eine stabile Grundlage im Leben zu haben. Seelische und körperliche Erfahrung hängen hier unmittelbar miteinander zusammen, das eine scheint aus dem anderen hervorzugehen. In der Musik nun scheint es auf besondere Art und Weise möglich zu sein, solche frühen Situationen, die ja mit einem erwachsenen Patienten im wörtlichen Sinne nicht mehr möglich sind, in der musikalischen Formenbildung herzustellen. Hierzu trägt unter anderem die Gleichzeitigkeit im musikalischen Geschehen (im Unterschied zur Sprache) bei.

Musikalisch lassen sich Verhältnisse komponieren wie:

- Eine *tragende* Basslinie und darüber eine frei sich entfaltende Melodie.
- Kontrapunktierende Melodien *eingebettet* in ein harmonisches Gerüst. Das heißt auch: Gegensätzliches kann harmonisch gebunden sein.
- Wir sprechen von *stützenden* Akkorden, kennen die *Bindung* an eine Tonalität.
- Wir können einen *wiegenden* Grundrhythmus hören, über dem sich die Offenheit einer atonalen, *schwebenden* Melodik entfaltet.
- Oder die Sicherheit eines *tragenden* Pulses, darüber komplexe synkopendurchsetzte Rhythmen.

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

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

„Melanie Klein hat einen Aspekt der projektiven Identifikation beschrieben, der sich auf die Modifikation infantiler Ängste bezieht: das Kind projiziert einen Teil seiner Psyche, nämlich seine schlechten Gefühle, in eine gute Brust. Von dort werden sie zum geeigneten Zeitpunkt zurückgeholt und

reintrojiziert. Während ihres Aufenthaltes in der guten Brust sind sie derart verändert worden – jedenfalls erlebt das Kind sie so –, daß das Objekt, das reintrojiziert wird, für die Psyche des Kindes erträglich geworden ist. Zum Gebrauch als Modell werde ich von der oben stehenden Theorie die Idee eines Behälters (container) abstrahieren, in den ein Objekt projiziert wird, sowie des Objektes, das in den Behälter projiziert werden kann; letzteres werde ich mit dem Ausdruck „Gehalt“ (contained) bezeichnen. Die Unzulänglichkeit beider Ausdrücke weist auf den Bedarf nach weiterer Abstraktion hin“ (Bion, 1990, 146).

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

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

fassen, bei sich sein, sich finden; Formverlust mit sich selbst verlieren, „nicht ganz bei sich sein“, wie der Jargon es nennt. Indem es jemandem gelingt, seinen Affekt in Musik zu fassen, gibt die Musik nicht nur dem Affekt eine Fassung, sondern hilft auch, dass der Spieler sich selbst fassen kann. Im Ausdruck kann der Affekt seine Form und der Spieler (zu) sich selbst finden. Psychoanalytisch formuliert kann damit sowohl die Seite einer strukturellen Veränderung als auch die einer Stabilisierung der Abwehr erreicht werden.

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

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

Da es ein Charakteristikum der (westlichen) musikalischen Ausbildung ist, Kompositionen nachzuspielen, zu interpretieren, wie es in der musikalischen Fachsprache heißt, greift der so ausgebildete Musiktherapeut daher in diesem Prozess nicht nur auf seine persönlichen Umwandlungsprozesse von Psychischem in musikalische Struktur zurück,

sondern mittelbar auch auf das im intensiven Übeprozess verinnerlichte Potenzial der ihm verfügbaren musikalischen Kultur. Insofern ist er auch Vermittler zwischen dem Patienten und dem, was sich eine musikalische Kultur an Behandlungshilfe für das Seelische erarbeitet hat. Musiktherapie als klinische Behandlung gründet so in der alltäglichen Selbstbehandlung der Gesellschaft mit Musik (vgl. Salber 2001, 17f; Tüpker 2001b, 6ff).

2.2 Paul Nordoff: Music Child

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

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

In den Ausführungen sowie in den Praxisbeispielen Nordoffs ist deutlich zu erkennen, dass das, was er hier innerhalb der musikalischen Begegnung erfahren hat, als ein unbeschädigter Kern eines Selbst, ein unbeschädigt bewahrter Ansatz eines Selbst, aufzufassen ist, den es aufzufinden gilt und der paradoxerweise zugleich in der Beziehung selbst erst zu entstehen scheint. So heißt es zum einen: „Von daher ist das *Music Child* die jedem Kind angeborene individuelle Musikalität“ (a. a. O.). Und andererseits: „Oft sind (...) die musikalischen Reaktionen anfangs

bruchstückhaft oder reflexhaft“ oder sie treten als „stereotypes, beharrliches oder zwanghaftes musikalisches Verhalten“ auf. „Hier kann man noch nicht vom *Music Child* sprechen. Erst dann, wenn sich etwas kommunikatives Gerichtetsein (im englischen Original „responsiveness“, RT) oder eine gewisse Ordnung in den Reaktionen, eine gewisse Aufnahmefähigkeit oder Befreiung von einschränkenden Gewohnheiten entwickelt, kann man davon sprechen, daß das *Music Child* »erwacht« oder gebildet wird.“ (a.a.O.)

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

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

Stern stellt sich in seinen Ausführungen die Frage:

„Welche Art des Selbstempfindens ist während dieser ersten Phase möglich? Der Gedanke, daß ein Selbstempfinden in diesem sehr frühen Stadium überhaupt schon existiert, wird gemeinhin verworfen (...), weil man es für gewöhnlich einem übergreifenden und integrativem Schema, einem Konzept oder einer allgemeinen Perspektive auf das Selbst vorbehält. (...) Daher verstehen sie das Selbstempfinden zumeist als *Resultat* dieser Integrationssprünge. Wie aber verhält es sich mit dem *Prozeß* selbst (...)? Ist der Säugling in der Lage, die Herausbildung von Organisation zu erleben, oder nimmt er nur die entwickelte Organisation wahr, über die er bereits verfügt? Ich meine, daß er den Prozeß ebensowohl wie das Resultat zu erleben vermag, und bezeichne das Wahrnehmen einer auftauchenden Organisation als das *auftauchende Selbstempfinden*“ (Stern 1992, 71f).

Selbstpsychologisch stellt sich hier eine ebenso interessante wie schwierige Frage: Wenn durch eine schwere geistige Behinderung oder im Falle schwerster autistischer Störungen davon auszugehen ist, dass auch die primären Beziehungen massiv gestört waren – und gerade von psychoanalytischer Seite her, ist davon auszugehen, dass dies häufig, wenn nicht in

der Regel der Fall ist (vgl. Niedecken 1989; Heinemann/Groef 1997) –, kann es dann so etwas wie einen unzerstörten, gesunden Kern² des Selbst geben, wie er in der Beschreibung des *Music Child* anklingt? Oder anders formuliert: Wenn auch die primären Beziehungen, die elterliche Empathie von Anfang an *behindert* waren, wenn der „Glanz im mütterlichen Auge“ getrübt war durch Scham, Wut oder Verzweiflung, wenn mehr Selbst zerstörende als etablierende Beziehungen erlebt und als Selbstobjekte (bzw. ihr Negativum) verinnerlicht wurden, lässt sich dann überhaupt ein Etwas auffinden, welches *geweckt* und entwickelt werden kann? (Dieser Gedanke schließt hier auch die pränatale Zeit und die Wirkung sowohl realer Schädigungen durch körperliche Störungen des Kindes oder der Mutter, überlebte Abtreibungsversuche, traumatisch wirkende medizinische Maßnahmen ein als auch die Wirksamkeit negativer unbewusster Phantasien über das noch ungeborene Kind, z.B. bei einer Schwangerschaft nach einer Vergewaltigung.)

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

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

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

² Der Begriff Kern des Selbst ist hier als innerster Ausgangspunkt, Keim oder Ansatz gemeint und nicht zu verwechseln mit den jeweils unterschiedlich definierten Begriffen des „Kernselbst“ bei Kohut oder Stern.

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

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

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

Ich selbst würde an dieser Stelle den Begriff *Keimselbst* vorschlagen, um damit auszudrücken, dass es von Beginn³ an im Kind etwas gibt, was

³ Mit dieser Formulierung lasse ich den Anfang bewusst unbestimmt, aus der Überzeugung heraus, dass die erste Seite sich stets dem Aufschlagen entzieht - wie Sloterdijk es mit einer Geschichte von Borges beschreibt: „Er (...) forderte mich auf, die erste Seite zu suchen. Ich legte meine linke Hand auf den Einband und schlug das Buch auf, indem ich den Daumen gegen den Zeigefinger drückte. Meine Bemühung war umsonst: es blieben stets einige Seiten zwischen dem Buchdeckel und meinem Daumen übrig. Sie schienen aus dem Buch zu entspringen“ (Borges zitiert nach Sloterdijk 1988, 32).

durch die Selbst-Selbstobjektbeziehungen (durch das Zusammenspiel mit einer empathischen Umgebung) ins Leben gerufen wird, welches selbst aber jenseits dieser Beziehungen anzusiedeln ist. Nur das Zusammentragen klinischer (und anderer menschlicher) Erfahrungen kann darüber hinaus die Frage beantworten, ob dieses Keimselft tatsächlich unzerstörbar ist. Erfahrungen wie die von Nordoff beschriebenen zeigen zumindest, dass dieser Keim auch in späterem Alter im heilenden Sinne zu einer Beziehungserfahrung angeregt werden kann.

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

2.3 Musik als Übergangsobjekt – Musik als Spielraum

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

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

Der Begriff des Übergangsobjektes wurde in der Musiktherapie von Anfang an einerseits im Zusammenhang mit der psychologischen Bedeutung der Musikinstrumente herangezogen: „Wenn wir uns nun vorstellen,

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

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

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

neben der Symboltheorie Lorenzers als den bewährtesten Ansatz in der Musiktherapie (Metzner 2002, 36).

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

Winnicott selbst hat mit der Verbindung von Übergangsraum – Spiel – Kreativität und kulturellem Erleben der Musiktherapie wertvolle theoretische Vorgaben gemacht, an die viele MusiktherapeutInnen anknüpfen. Manche Formulierungen Winnicotts werden von MusiktherapeutInnen bisweilen wie eine direkte Begründung der Musiktherapie gelesen (was die Sache allerdings unberechtigt vereinfacht): „Ich gehe von dem Grundsatz aus, daß sich Psychotherapie in der Überschneidung zweier Spielbereiche vollzieht, dem des Patienten und dem des Therapeuten. Wenn der Therapeut nicht spielen kann, ist er für die Arbeit nicht geeignet. Wenn der Patient nicht spielen kann, muß etwas unternommen werden, um ihm diese Fähigkeit zu geben; erst danach kann die Psychotherapie beginnen. Der Grund, weshalb das Spielen so wichtig ist, liegt darin, daß der Patient gerade im Spielen schöpferisch ist“ (Winnicott 1993, 65f).

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

Die wohl differenzierteste musiktherapeutische Auseinandersetzung mit dem Begriff des Übergangsobjektes findet sich bei Niedecken und zwar in der Verknüpfung mit den Weiterführungen Lorenzers (Niedecken 1988, 24, 99ff). Niedecken betont dabei zum einen, dass der

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

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

Da das Kind sich in der Welt von Klängen auch „unabhängig von der Präsenz des Erwachsenen“ erleben kann, eignen sie sich auch als erste Aufarbeitung erlebter Szenen im Spiel. Klänge können so „zu Wegbereichern der Loslösung und Individuation“ werden und sind zugleich offen für neue Erfahrungen, weil sie – wie die gegenständliche Welt – dem Kind auch außerhalb der menschlichen Beziehungserfahrung verfügbar sind (a. a. O. 105).

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

„Das Kind kann im Ton seine eigene Körperlichkeit im Einklang mit der Umwelt erleben, und in diesem Erlebnis liegt der Keim zu jener Erfahrung

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

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

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

Die von Dieter Tenbrink auf die Musik angewandte Unterscheidung zwischen *subjektivem Objekt* und *objektivem Objekt* (Winnicott 1993, 101ff; Tenbrink 2002) findet sich bisher, soweit recherchiert, kaum in der musiktherapeutischen Literatur wieder. Es könnte allerdings eine

weiterführende Anregung sein zu untersuchen, ob und woran sich unterscheiden lässt, ob PatientInnen der Musiktherapie die Instrumente (und/oder den Therapeuten) als subjektives oder objektives Objekt erleben und nutzen und ob sich daraus sinnvolle Zusammenhänge zur Frage der Indikation für die Musiktherapie ableiten ließen.

2.4 Die Musik des frühen Mutter-Kind-Dialogs

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

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

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

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

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

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

„Der Zustand des kindlichen Selbst wird durch diese Intervention (verschmelzende Einstimmung, RT) nicht verändert, was in Beobachtungen daran zu erkennen war, daß die Kinder, wenn die Mutter ein »Affect attunement« in dieser Form vornahm, praktisch keine Reaktion zeigten. Erst wenn die Mutter ihre »Antwort« über- oder untertrieb, reagierte das Kind – mit Verwunderung. Dies deckt sich mit meiner musiktherapeutischen Erfahrung, daß Patienten nach einem für sie bedeutungsvollen Musikdialog, in dem ich, der Musiktherapeut, mich affektiv stimmig einlassen konnte, kaum sagen können, was ich gespielt habe, also nicht differenziert wahrgenommen haben“ (Teichmann-Mackenroth 1992, 54).

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

„So genommen scheint unmittelbar stimmig, daß die Musiktherapie wachsende Bedeutung in der Behandlung von Patienten mit »frühen Störungen« erlangt hat und ebenso einleuchtend erscheint, daß leib-seelische Verletzungen

aus vorsprachlicher Zeit besser auf der Klangebene als auf der Wortebene erinnert, wiederbelebt und im Sinne der korrigierenden emotionalen Erfahrung durchgearbeitet werden können, auch wenn wir dazu des Sprechens als Übersetzungs- oder Transferhilfe in die Sphären der Bewußtheit bedürfen“ (a. a. O. 55).

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

„Die Improvisation entstand innerhalb einer Gruppenmusiktherapie (...) Die depressive Patientin (...) hatte bereits mehrere Monate an der Musiktherapie teilgenommen (...) [sie] verwendete viel Energie darauf, einen wirklichen Austausch zu vermeiden. In der Musik sah sie sich in ihrer Rolle als Opfer bestätigt. Schon mittlere Lautstärke erlebte sie so, als würde sie geschlagen. Damit wurden alte Erlebnisse wiederbelebt, vor denen sie sich schützen wollte, die sie aber auch festzuhalten schien.

Die Vorstellung, selbst laut zu werden und womöglich dadurch der Bedrohung etwas entgegenzusetzen, löste Entsetzen aus. (...)

Gegen Ende einer Gruppenimprovisation ergab sich ein Kontakt zwischen der Patientin und mir. Sie spielte eine Bordunleier, ich spielte auf einer alten verstimmten Zither. Die Patientin schien den Kontakt erst dann wahrzunehmen, als die Gruppe allmählich aufhörte zu spielen, bis schließlich nur noch die beiden Saiteninstrumente übrig blieben.

Sehr leise wurde das Spiel, fast nicht mehr hörbar. Auf beiden Instrumenten wurde derselbe Ton gefunden, klang einige Male in derselben Schwingung. Der Zusammenhang ging verloren, fand sich wieder; ein Zurücktauchen, wie zur Bestätigung, daß aufs Neue derselbe Ton, eine Übereinstimmung möglich war; schwer zu sagen, wie lange diese Phase dauerte. – Es war ein Spiel, wie über das Ende der Improvisation hinaus, wie über eine Grenze hinweg, mit einem Minimum an zerbrechlichem und trotzdem beständigem Kontakt.

Nach einer Weile kamen andere Töne hinzu, bestätigten und unterstützten den zerbrechlichen Schwebezustand. Aus der Gruppe, die aufmerksam zugehörend geblieben war, beteiligten sich wieder Spieler und die Improvisation fand einen klingenden Schluß. (...)

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

Ähnlich wie Winnicott kommt auch Stern in seinen Texten selbst den Erfahrungen der Musiktherapie entgegen: „Nach meinem Eindruck gleicht eine primäre Betreuungsperson mehr als allem anderen einem schöpferischen Künstler, etwa einem mittanzenden Choreographen oder einem komponierenden und konzertierenden Musiker, der sein Werk aufführt,

wie er es hervorbringt. Der Leser möge beachten, daß ich als Beispiel zumindest für diese Periode der Kindheit die nicht-verbalen Künste anführe, deren Dynamik sich in der Zeit entfaltet“ (Stern nach Deuter 1992, 43).

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

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

2.5 Gemeinsames Anwesendsein und der Bereich des Schöpferischen

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

So grenzt z.B. Deuter eine bestimmte Form der therapeutischen Beziehung *in* der Improvisation als ein *gemeinsames Anwesendsein* gegenüber der üblichen, resp. späteren *Begegnung* im gemeinsamen Werk der Improvisation ab. Die Spielverfassung des gemeinsamen

Anwesendseins hat dabei die Charakteristika „Kontinuum, Dimension von «Alles und Nichts», veränderte Zeitdimensionen, Undifferenziertheit, keine Notwendigkeit von Gestaltung und Form, Aufgehobensein, Unentschiedenheit, Dauer, die sich nicht erschöpft, aber auch nicht erfüllt“ (Deuter 1996, 53). Sie ist als „Vorform von Begegnung und Beziehung“ (a. a. O. 47) zu verstehen, die reguliert werden muss als ein Ort, in dem Verstehen sich konstituieren kann, ohne dass Verstehen schon geschehen darf. Die Beschreibungen Deuters erinnern an den Bereich des Schöpferischen bei Balint (Balint 1973, 35ff) und den versuchsweise vorgeschlagenen Begriff der Prä-Objekte (a. a. O.). Deuter konkretisiert die therapeutische Haltung in Abgrenzung zur Mitbewegung, dem direkten musikalischen Respons etwa durch Motivwiederholung, Anknüpfung, Aufgreifen des gleichen Rhythmus:

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

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

2.6 Kohut und die Musiktherapie

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

Zwar beziehen sich einige Autoren auf die Ausführungen Kohuts zur Musik (z.B. Langenberg 1988, 22f) dennoch fällt auf, dass gerade dieser Teil des Kohutschen Werkes in der Musiktherapie – zumindest in der deutschsprachigen Literatur – relativ wenig inhaltliche Resonanz gefunden hat. (Obwohl einer der Aufsätze Kohuts sogar zunächst, 1951, in der amerikanischen Fachzeitschrift für Musiktherapie erschienen ist. Die deutsche Übersetzung dann in der bekannten Aufsatzsammlung 1977 veröffentlicht.) Ein Grund dafür könnte sein, dass Kohut sich stärker mit dem Musikhören und der Frage des psychologischen Zustandekommens des *Musikgenusses* beschäftigt (Kohut 1977, 196f), was für die Musiktherapie im klinischen Sinne naturgemäß weniger zentral ist. Und auch dort, wo die aktive musikalische Produktion berührt ist, scheint das Improvisieren als eine mögliche Form des Musizieren Kohut nicht bekannt gewesen zu sein (a. a. O. 197, 236). Zum anderen scheint der zentrale eigene Beitrag Kohuts, dass der Musikgenuss sich letztlich aus der Bewältigung der primär angsterzeugenden akustischen Umwelt ableite (vgl. a. a. O. 200f) wenig plausibel und die zur Ableitung dieser These herangezogenen Beispiele wären in ihrer Generalisierung leicht durch andere Säuglingsbeobachtungen zu widerlegen. Der zweite in diesem Zusammenhang von Kohut betonte Aspekt, dass Musik die Funktion einer „Regression im Dienste des Ich“ (Kris) gewinnen kann und Kunst allgemein „dem Individuum bei der stellvertretenden Lösung struktureller Konflikte“ (a. a. O. 237) helfe, findet sich schon eher in der musiktherapeutischen Erfahrung wieder. Insgesamt fällt allerdings auf, dass die neuen selbstpsychologischen Sichtweisen in die Beschäftigung Kohuts mit der Musik noch nicht eingeflossen sind, sondern Kohut sich hier eher auf das ältere Strukturmodell bezieht und Musik daraufhin betrachtet, welchen Es-, Ich- und Über-Ich-Funktionen sie dienen kann. Dennoch wäre eine kritische Auseinandersetzung mit den Schriften Kohuts zur Musik von Seiten der Musiktherapie sicherlich lohnend.

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

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

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

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

So scheint der Wunsch nach Abgrenzung (als notwendiger Entwicklungsimpuls) zunächst nur bei der Therapeutin zu liegen. Es zeigt sich aber, dass er durchaus auch beim Patienten ist, aber, zunächst unkenntlich, aufgehoben in der (Drohung der) Gewalttätigkeit. Dann taucht

er auch in der Musik auf, die die Therapeutin an der Schmerzgrenze *berührt*, was vom Patienten mit sadistisch anmutenden Freude registriert wird. Hier, so die Therapeutin,

„werde ich als ein klares Gegenüber wahrgenommen, das eine Grenze hat, die verletzt werden kann. Heinrich tut etwas und bekommt von mir die klare Botschaft, daß das, was er tut, mich berührt. Er erlebt aber auch, daß seine aggressiven Impulse mich nicht »vernichten« können. (...) Die Beziehungsqualität, die sich in dieser Szene herstellt, unterscheidet sich von der, die einen großen Teil der therapeutischen Beziehung bestimmt. Hier geht es um die Ebene der Objektbeziehungen, in dem bisher dargestellten eher um die Verwendung der Therapeutin als Selbstobjekt in einer verschmelzenden oder spiegelnden Selbstobjekt-Beziehung. Es zeigen sich beide Entwicklungslinien, die Kohut als getrennt voneinander betrachtet: Die Entwicklungslinie der Selbstobjekt-Beziehungen und die der Objekt-Beziehungen“ (Albrecht 1995, 57).

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

Gewalttätigkeiten drohen immer wieder auch in der Musiktherapie und werden dort als narzisstische Wut verstehbar, zu der es dann kommt, wenn die Therapeutin als Selbstobjekt „versagt“ und damit frühere Selbstobjektversagungen aktualisiert werden. Dabei wird dann deutlich, dass „die sichere Qualität eines Spiel-Raumes oder Übergangsraumes“ für den Patienten nicht zu existieren scheint. So kann z.B. eine affektive Überforderung, die sich im musikalischen Zusammenspiel ereignet,

zunächst unmittelbar in das Umwerfen von Tischen und Stühlen umschlagen. Da ist keine Grenze, kein Zwischenraum.

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

Einen Überblick über die dargestellten Konzepte, die bisher in der Musiktherapie verwendet werden oder mit ihr in enger Beziehung stehen, kann nachfolgende Tabelle (s. S. 130) geben.

3. Thesen zur Musiktherapie

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

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

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

Vergleichbar mit der freien Assoziation in der Psychoanalyse stellt für viele Musiktherapien die freie Improvisation das Kernstück der Behandlung dar (vgl. Hegi 1986; Weymann 1996, 133f und 2001, 81ff; Lenz/Tüpker 1998; Bergstrøm-Nielsen/Weymann 2001; Weymann 2001). Sie unterscheidet sich allerdings in zweierlei Hinsicht von der freien Assoziation. Zum einen handelt es sich um einen *gemeinsam* gestalteten Prozess von Patient und Therapeut, wenn auch aus unterschiedlichen Positionen heraus.

Selbstpsychologie in der Musiktherapie in Stichworten

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

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

Seit Bestehen der Forschungsgruppe zur Morphologie der Musiktherapie (1980) und der ersten Veröffentlichung einer Methodik zur Untersuchung solcher Improvisationen (Tüpker 1983), die psychologische und musikwissenschaftliche Aspekte in einer vierstufigen Analyse miteinander verbindet, sind in der Musiktherapie hunderte von musiktherapeutischen Improvisationen untersucht worden. Neben vielen anderen Forschungsfragen, die dabei jeweils im Vordergrund⁴ standen, hat sich vor allem immer wieder gezeigt, dass die Improvisationen in verblüffender Weise seelische Strukturen der Patienten in Wirkungsgestalt (Ausdruck) und Formenbildung der Musik widerspiegeln.

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

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

Aus



wird



⁴ Ein Überblick über die bisherigen Arbeiten findet sich in Tüpker 2001, 74f.; eine vergleichende Studie zur Validierung des Verfahrens verfasste Mömesheim 1999; Improvisationen von chronischen Schmerzpatienten verglich Krapf in Tüpker 2002b, 56ff. Weitere vergleichende Studien untersuchen die Improvisationen von PatientInnen mit Borderline-Syndrom (Tönnies 2002) und Magersucht (Erhardt i.V.).

Wichtig ist hierbei: Nicht *der Andere* wird verinnerlicht, sondern die Beziehung zwischen dem Selbst, dem Eigenen und dem Anderen. Die Bezeichnung *umwandelnd* meint – neben der Tatsache, dass innere seelische Struktur substanziell etwas anderes ist als die aktuell geschehende Beziehung –, dass die Szenen mit dem Verinnerlichungsprozess in vielfältiger Weise verändert werden. Und zwar jeweils vor dem Hintergrund des bereits Erlebten. Also immer auch im Sinne einer Deutung durch das Subjekt.

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

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

In den musiktherapeutischen Improvisationen hören wir in diesem Sinne die verinnerlichten Objektbeziehungen einschließlich der Selbst-Selbstobjekt-Beziehungen, ihre subjektive Deutung und ihre Verwandlung im musikalischen Prozess, somit auch die Veränderung in der aktuellen Beziehung zwischen Patient und Therapeut. Damit ist auch ersichtlich, dass diese These nicht missverstanden werden darf als hätten wir mit der Improvisation eine Art *Tondokument aus früheren Tage*. Auch darf bei dieser Pointierung nicht übersehen werden, dass wir ebenfalls die sich

gestaltende aktuelle Beziehung hören. Wenn der Musiktherapeut durch seine musikalische Ausbildung *hilft* bei der Verwandlung der inneren Strukturen in Musik, so beinhaltet dies naturgemäß eine Beeinflussung. Diese zu negieren hieße psychologisch einer Verleugnung anheim fallen. Statt dessen gilt es, sie zu reflektieren und für den therapeutischen Prozess nutzbar zu machen. Wenn wir die Musik somit im Sinne Körners (1989) als Arbeit *in* der Übertragung auffassen, wird zugleich die Notwendigkeit der Ergänzung durch die Sprache in der Musiktherapie erkennbar.

Daraus lässt sich eine zweite These entwickeln:

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

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

- regressionsfördernd
- innige Verwobenheit in der Formenbildung (damit ähnlich der frühen Mutter-Kind-Beziehung)
- Affektabstimmung, Affektgestaltung
- holding function
- container-Funktion
- negative capability
- Anknüpfen an „gesunde“ schöpferische Selbstanteile (im Sinne Balints)
- an ein Keimselbst (*Music child*)

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

Gehaltensein, Gehörtwerden, Spiegelung. Dadurch kann es zu umwandelnder Verinnerlichung förderlicherer Selbstobjekte kommen.

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

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

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

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

Literatur:

- Albrecht, Sabine (1995): Selbstentwicklung und narzisstische Störungen bei geistig Behinderten: Erfahrungen aus der Musiktherapie. Münster: Diplomarbeit Studiengang Musiktherapie Universität
- Bacal, Howard A./ Newman, Kenneth M. (1994): Objektbeziehungstheorien – Brücken zur Selbstpsychologie. Stuttgart,Bad Cannstatt: frommann-holzboog [New York, Oxford 1990]
- Balint, Michael (1966): Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Bern, Stuttgart: Huber- Klett [London 1965]
- Balint, Michael (1973): Therapeutische Aspekte der Regression. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt [London 1968]
- Bergstrøm-Nielsen, Carl/ Weymann, Eckhard (Hg.): Vermittlungen ... musically speaking. Einblicke, Heft 12, Berlin: BVM: www.musiktherapie-bvm.de
- Bion, Wilfried (1990): Lernen als Erfahrung. Frankfurt a. M.: Suhrkamp [London 1962]
- Buchert, Heidi (2002): Musiktherapeutische Behandlung bei chronisch schizophrenen Patienten. Durchführung und Auswertung einer Verlaufsstudie zu Wirksamkeit und Wirkungsweise. Münster: LIT-Verlag
- Decker-Voigt, Hans-Helmut (Hg.) (2002): Schulen der Musiktherapie. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag
- Dehm-Gauwerky, Barbara (2000): Die Erleichterung. Das Sterben der 70jährigen, dementen Frau S. In: Kimmeler, Gerd (Hrsg.): Zeichen des Todes in der psychoanalytischen Erfahrung. Tübingen: edition diskurs 2000, 65-108
- Dehm-Gauwerky, Barbara (2001): „Übergänge“. Tod und Sterben in der Musiktherapie mit Dementen. In: Töpker, Rosemarie; Wickel Hans Hermann (Hg.): Musik bis ins hohe Alter. Münster: LIT-Verlag 2001, 143-155
- Deuter, Martin (1992): Spätere Versionen frühkindlicher Erfahrungen in der Improvisation. In: Spielen und Sprechen in der Musiktherapie. Materialien zur Musiktherapie. Heft 5. Zwesten, Steinfurt: Institut für Musiktherapie und Morphologie 1992, 35-41
- Deuter, Martin (1996): Beziehungsformen in der musiktherapeutischen Arbeit mit psychotischen Patienten. „Wo treffen wir uns, wenn wir uns nicht treffen?“ In: Töpker, Rosemarie (Hg.): Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis und Forschung. Münster: LIT-Verlag 1996, 38-60
- Engelmann, Ingo (2000): Manchmal ein bestimmter Klang. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Ermann, Michael (Hg) (1993): Die hilfreiche Beziehung in der Psychoanalyse. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Feiereis, Hubert (1989): Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie. München: Marseille-Verlag
- French, Robert (2000): 'Negative Capability', 'Dispersal' an the Containment of Emotion, Bristol Business School Teaching and Research Review, Issue 3, Summer 2000, ISSN 1468-4578
- Füg, Rosemarie (1980): Die Bedeutung der Instrumentenauswahl des Patienten in der Musiktherapie. Herdecke. Abschlussarbeit Mentorenkurs Musiktherapie

- Gustorff, Dagmar/ Hannich, Hans-Joachim (2000): *Jenseits des Wortes. Musiktherapie mit komatösen Patienten auf der Intensivstation*. Bern, Göttingen: Verlag Hans Huber
- Guth, Hannelore (2002): *Das Geheimnis des Selbst. Musiktherapie mit einem hörgeschädigten Zwillingsskind*. Münster: Diplomarbeit Studiengang Musiktherapie Universität
- Hegi, Fritz (1986): *Improvisation und Musiktherapie. Möglichkeiten und Wirkungen von freier Musik*. Paderborn: Junfermann
- Heinemann, Evelyn/ Groef, Johan de (Hg.) (1997): *Psychoanalyse und geistige Behinderung*. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag
- Irlé, Barbara/ Müller, Irene (1996): *Raum zum Spielen – Raum zum Verstehen. Musiktherapie mit Kindern*. Münster: LIT-Verlag
- Janus, Ludwig (2000): *Die Psychoanalyse der vorgeburtlichen Lebenszeit und der Geburt*. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Klein, Melanie (1972): *Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge der Psychoanalyse*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Körner, Jürgen (1989): *Arbeit an der Übertragung? Arbeit in der Übertragung!* In: *Forum der Psychoanalyse* 1989, 209-223
- Kohut, Heinz (1951): *The psychological significance of music activity*. In: *Music Therapy*, I, 151-158
- Kohut, Heinz (1976): *Narzißmus*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp [New York 1971]
- Kohut, Heinz (1977): *Introspektion, Empathie und Psychoanalyse*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Kohut, Heinz (1981): *Die Heilung des Selbst*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp [New York 1977]
- Kohut, Heinz (1989): *Wie heilt die Psychoanalyse?* Frankfurt a. M.: Suhrkamp [Chicago, London 1984]
- Kunkel, Sylvia (1996): „Sein oder Nicht-Sein“ Musiktherapie mit einem schizophrenen Patienten. In: Tüpker, Rosemarie (Hg.): *Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis und Forschung*. Münster: LIT-Verlag 1996, 61-102
- Lazar, Ross A. (1993): „Container – Contained“ und die helfende Beziehung. In: Ermann, Michael (Hg.): *Die hilfreiche Beziehung in der Psychoanalyse*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1993
- Langenberg, Mechtild (1986): *Musiktherapie - Spielraum, Übergangsraum, Zwischenraum. Überlegungen zur Funktion einer künstlerischen Therapie*. In: Heigl-Evers, Annelise et al. (Hrsg.) *Die Vierzigstundenwoche für Patienten. Konzept und Praxis teilstationärer Psychotherapie*. Verlag f. Medizinische Psychologie im Verlag Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Langenberg, Mechtild (1988): *Vom Handeln zum Be-Handeln. Darstellung besonderer Merkmale der musiktherapeutischen Behandlungssituation im Zusammenhang mit der freien Improvisation*. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag
- Lenz, Martin/ Tüpker, Rosemarie (1992): *Wege zur musiktherapeutischen Improvisation*. Münster: LIT-Verlag
- Loos, Gertrud (1986): *Spiel-Räume. Musiktherapie mit einer Magersüchtigen und anderen frühgestörten Patienten*. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag
- Mahns, Wolfgang (2003): *Symbolbildung in der analytischen Kindermusiktherapie*. Münster: LIT-Verlag

- Maler, Thomas (1989a): Klinische Musiktherapie. Ausdrucksdynamik, Ratingskalen und wissenschaftliche Begleitforschung im Lübecker Musiktherapie-Modell. Wissenschaft aktuell, Bd. 9. Hamburg: Verlag Dr. R. Krämer
- Maler, Thomas (1989b): Musiktherapie. In: Feiereis, Hubert: Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie. München: Marseille Verlag 1989, 245-277
- Metzner, Susanne (1999): Tabu und Turbulenz. Musiktherapie mit psychiatrischen Patienten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Metzner, Susanne (2001): Psychoanalytische Musiktherapie. In: Decker-Voigt, Hans-Helmut (Hg.): Schulen der Musiktherapie. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag
- Mömesheim, Elke (1999): „Wer verschweigt das letzte Wort?“ Vergleichende Untersuchung von Beschreibungstexten aus der Morphologischen Musiktherapie. Münster: Diplomarbeit Studiengang Musiktherapie Universität
- Niedecken, Dietmut (1988): Einsätze. Material und Beziehungsfigur im musikalischen Produzieren. Hamburg: VSA-Verlag
- Niedecken, Dietmut (1989): Namenlos. Geistig Behinderte verstehen. Piper, 2. Aufl. München: dtv 1993 unter dem Titel: Geistig Behinderte verstehen
- Nordoff, Paul/ Robbins, Clive (1975): Musik als Therapie für behinderte Kinder. Stuttgart: Ernst Klett Verlag [London 1971]
- Nordoff, Paul/ Robbins, Clive (1986): Schöpferische Musiktherapie. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag [London 1977]
- Papousek, Mechthild (2001): Vom ersten Schrei zum ersten Wort. Bern: Huber-Verlag
- Petersen, Peter (1987): Der Therapeut als Künstler. Ein integrales Konzept von Psychotherapie und Kunsttherapie. Paderborn: Junfermann
- Priestley, Mary (1982): Musiktherapeutische Erfahrungen. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag [London 1975]
- Priestley, Mary (1983): Analytische Musiktherapie. Stuttgart: Klett-Cotta [London 1980]
- Salber, Wilhelm (2001): Psychologische Behandlung. 2. überarb. Auflage. Bonn: Bouvier
- Schumacher, Karin (1999): Die Bedeutung des Orff-Schulwerkes für die musikalische Sozial- und Integrationspädagogik und Musiktherapie. In Orff-Schulwerk-Informationen Nr. 62 (63), hrsg. vom Mozarteum Salzburg
- Sloterdijk, Peter (1988): Zur Welt kommen – Zur Sprache kommen. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Stern, Daniel N. (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta, [New York 1986]
- Teichmann-Mackenroth, Ole (1990): Musiktherapie in der stationären Psychotherapie psychosomatisch erkrankter Patienten. MUSICA-Kongreß Hamburg. Lilienthal bei Bremen: Eres Verlag

- Teichmann-Mackenroth, Ole (1992): Echos frühkindlicher Erfahrungen in der Musiktherapie. In: Spielen und Sprechen in der Musiktherapie. Materialien zur Musiktherapie. Heft 5. Zwesten, Steinfurt: Institut für Musiktherapie und Morphologie 1992, 51-55
- Tenbrink, Dieter (2002): Musik, primäre Kreativität und die Erfahrungsbildung im Bereich der Beziehung zu subjektiven Objekten. In: Oberhoff, Bernd (Hg.): Das Unbewusste in der Musik. Gießen: Psychosozial-Verlag, 9-36
- Tönnies, Friederike (2002): Erstimprovisationen von Borderline-Patienten. Eine vergleichende musikalisch-psychologische Untersuchung. Münster: Diplomarbeit Studiengang Musiktherapie Universität
- Tüpker, Rosemarie (1983): Morphologische Arbeitsmethoden in der Musiktherapie: In: Musiktherapeutische Umschau, Bd. 4, 247-264
- Tüpker, Rosemarie (1996): Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie. Münster: LIT-Verlag [Regensburg 1988]
- Tüpker, Rosemarie (1998): Musiktherapie als Erweiterung des Behandlungsangebotes oder Warum braucht die Psychiatrie die Kunst? In: therapie kreativ, Affenkönig Verlag, Heft 21, 3-23
- Tüpker, Rosemarie (2001a): Morphologisch orientierte Musiktherapie. In: Decker-Voigt, Hans-Helmut (Hg.): Schulen der Musiktherapie. München, Basel: Ernst Reinhard Verlag, 55-77
- Tüpker, Rosemarie (2001b): Musik bis ins hohe Alter. In: Tüpker, Rosemarie/ Wickel, Hans Hermann (Hg.): Musik bis ins hohe Alter. Fortführung, Neubeginn, Therapie. Münster: LIT-Verlag 2001, 6-19
- Tüpker, Rosemarie (2002a): Wo ist die Musik, wenn wir sie nicht hören. In: Oberhoff, Bernd (Hg.): Das Unbewusste in der Musik. Gießen: Psychosozial-Verlag, 75-102
- Tüpker, Rosemarie (2002b): Forschen oder Heilen. Kritische Bemerkungen zum herrschenden Forschungsparadigma. In: Petersen, Peter (Hg.) Forschungsmethoden künstlerischer Therapien. Stuttgart, Berlin: Mayer, 33-68
- Weymann, Eckhard (1990): Spielräume. In: Decker-Voigt, Hans-Helmut (Hg.): Musik und Kommunikation. Sonderreihe Tagungsbericht, Band 2. Lilienthal bei Bremen: Eres-Verlag, 86-97
- Weymann, Eckhard (1992): Spätere Versionen frühkindlicher Erfahrungen in der Musiktherapie. In: Spielen und Sprechen in der Musiktherapie. Materialien zur Musiktherapie. Heft 5. Zwesten, Steinfurt: Institut für Musiktherapie und Morphologie 1992, 43-55
- Weymann, Eckhard (1996): Improvisation. In: Decker-Voigt, Hans-Helmut/ Knill, Paolo/ Weymann, Eckhard (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Göttingen: Hogrefe, 133-137
- Weymann, Eckhard (2001): Warte auf nichts. In: Decker-Voigt, Hans-Helmut (Hg.): Schulen der Musiktherapie. München, Basel: Ernst Reinhard Verlag
- Wilheim, Joanna (1995): Unterwegs zur Geburt. Eine Brücke zwischen dem Biologischen und dem Psychischen. Heidelberg: Mattes-Verlag [Rio de Janeiro 1988]
- Winnicott, Donald W. (1993): Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta [London 1971]