

Von fremden Ländern und Menschen

Rezeptive Musiktherapie „Musikalische Reise“ in der psychodynamischen Psychiatrie

Of Foreign Lands and People

Receptive Music Therapy „Musical Journeys“ in Psychodynamic Psychiatry

Ingo Engelmann

Rezeptive Musiktherapie bietet in der psychodynamischen Klinikbehandlung deutscher sowie ausländischer psychiatrischer Patienten eine niedrighschwellige Möglichkeit, mit schwer erreichbaren Menschen in Kontakt zu kommen. Die Erfahrungen aus über fünfjähriger Gruppenarbeit mit dem „therapeutischen Hören“ werden an Beispielen erläutert und in einen theoretischen Rahmen gestellt. Schwerpunktthemen sind das Polaritätenpaar „fremd – vertraut“, die Rolle des Therapeuten in der rezeptiven Musiktherapie sowie Aspekte von Übertragung und Deutung.

Receptive music therapy in psychodynamic clinical treatment provides German, as well as foreign, psychiatric patients a low threshold opportunity in making contact with hard to reach people. The experiences from over five years of group work with “therapeutic listening” are exemplified and placed in a theoretical frame. Central themes are the polarities “foreign – familiar”, the role of the therapist in receptive music therapy, as well as the issues of transference and interpretation.

Zur Situation der rezeptiven Musiktherapie

Hören ist schwer. Wie kompliziert der Vorgang des Hörens ist, berichten in den letzten Jahren zunehmend auch Neuropsychologen bzw. -psychiater (z. B. Spitzer 2002). Sie kümmern sich derzeit noch mehr um basale neurophysiologische Vorgänge. Bei den Bedeutungen und dem Gehalt des Hörens, also bei den Entschlüsselungen, sind sie noch gar nicht recht angekommen. Die Einbettung des Gehörten in unsere seelische Matrix bleibt neurophysio- und psychologisch bisher weitgehend ungeklärt. „Hören ist schwer“ – das stammt aus dem Tibetanischen Totenbuch, einer Sammlung von Weisheiten, die Verstorbenen mit in die Grabstätte gegeben wurden. Das wirkliche Hören, so ist damit gemeint, geht über die akustische Wahrnehmung weit hinaus. Wirkliches Hören umfasst auch Verstehen und Deuten des Klangs für Gegenwart und Ewigkeit. Und damit kann „Hören“ auch eine therapeutische Dimension bezeichnen.

Man kann sich therapeutischen Aspekten des Hörens auch von anderer Seite nähern. Richard Hülsenbeck, einer der Väter des Dadaismus im Züricher Cabaret Voltaire zu Beginn des Ersten Weltkriegs, wurde später Psychoanalytiker und praktizierte lange in New York.

Wenn in den späten vierziger Jahren ein Analysand ihn fragte, wann denn die aufwändige psychoanalytische Behandlung nun zu Ende gehen könnte, baute Hülsenbeck seinen Plattenspieler im Analysezimmer auf und legte eine Platte des Doo-Whop-Quartetts „The Orioles“ auf: „It’s Too Soon To Know“. Was ist schon Zeit? hieß das, und: schaff Dir Deine Zeit selber. (Marcus 1989, 199)

Das war sicher keine Musiktherapie im engeren Sinne, es war ein ironisch-pädagogisierender Zugriff auf musikalisches Material im Rahmen einer psychoanalytischen Behandlung. Aber so oder so ähnlich hatte es oft angefangen mit der rezeptiven Musiktherapie: Musik wurde gehört, unsystematisch und subjektiv-intuitiv, und ins Verhältnis zu therapeutischen Prozessen gesetzt. Musiktherapeutisch wirksam wurde zunächst vorhandenes musikalisches Material, das waren früher „von Hand“ gespielte Kompositionen und später Tonträger mit klassischer und populärer Musik. Dann wurde ein entscheidender Schritt in die Entwicklung musiktherapeutischer Verfahren gemacht: das neue Instrumentarium der musiktherapeutischen Improvisation wurde seit Mitte des 20. Jahrhunderts immer weiter entwickelt und ausgearbeitet, mit der „aktiven“ Musiktherapie etablierte sich eine hochwirksame psychotherapeutische Methode. Im gleichen Maß nahm die Bedeutung der rezeptiven Vorgehensweisen ab (Gembris 1993).

Diese Tendenz leuchtet unmittelbar ein. Die Hörgewohnheiten haben sich im letzten Jahrhundert grundlegend gewandelt. Physiologisch imponiert der Boom der Hörerkrankungen durch Lärm am Arbeitsplatz, in der Lebensumwelt oder beim Musikkonsum (Rock-Konzerte, Kopfhörer usw.). Technologisch hat die Musikindustrie eine unvorstellbare Entwicklung durchlaufen. Mitte der sechziger Jahre hatte ich noch ein altes Röhrenradio, dessen magisches Auge lange Zeit brauchte, bis es hellgrün erstrahlte und die Funktionsfähigkeit des Geräts anzeigte. Dann hatte ich die Wahl zwischen Mittel- und Kurzwelle. Musikalisch hieß das: auf Mittelwelle samstags die Hitparade mit Manfred Sexauer oder auf Kurzwelle Radio Luxemburg mit Camillo Felgen und Frank Elstner, aber der Empfang der Kurzwelle war nur bei Dunkelheit ausreichend gut. Heute wähle ich zu Hause zwischen dreißig digitalen Radiosendern im Kabel und mehreren hundert Musiksendern im Internet. Musikalische Reize sind allerorten verfügbar und erreichen uns in der Warteschleife am Telefon (eine Art blechern scheppernder akustischer Geiselnahme), im Supermarkt und auf dem Bahnhof: in Hamburg hoffen die Verantwortlichen, mit klassischer Beschallung die Junkies fern zu halten („Die hören doch nur Punkmusik, bei Mozart bleiben sie weg“). Musik ist zum Hintergrund geworden und verliert in vielen Lebensbereichen immer mehr an Profil. Sie wirkt oft eher

wie ein Kokon als wie ein Gegenüber. Das macht sie gut nutzbar in Sparten mit kuscheligen Versprechungen (Meditations- und Wellnessmusik) wie auch in funktionellen medizinischen Bereichen (Schmerzbehandlung, Entspannungsinduktion). Musik wird häufig eingesetzt, um sich „dicht“ zu machen gegenüber unangenehmen Gefühlen, Selbstwertkrisen oder anderen Störungen und kann damit auf gewisse Weise den Charakter einer Droge annehmen.

Viele hören heute anders: von der physiologischen Verarbeitung her schlechter, von der psychologischen Verarbeitung her einförmiger und weniger differenziert im Umgang mit dem symbolischen Gehalt, und viele hören weniger in sich hinein. „Hören ist schwer“, da hat das Tibetische Totenbuch weiterhin recht. Vor allem sind wir nicht mehr daran gewöhnt, Stille zu hören. Rezeptive Musiktherapie kann von diesen Entwicklungen nicht unbeeinflusst bleiben. Bei dieser etwas lapidaren Feststellung drohte die Fachdiskussion lange stecken zu bleiben (Frank-Bleckwedel 1996). Die bloße Forderung nach einer „Kultur des Zuhörens“ (Gembris 1996) ließ offen, wie diese konkret hätte aussehen können. Währenddessen schreitet die Entwicklung praktischer Wege und theoretischer Modelle der aktiven Musiktherapie auf hohem Niveau fort. Einzelne ausgearbeitete rezeptive Nischen-Verfahren wie GIM und RMT (vgl. die z. B. die Beiträge von Geiger und Schwabe in Frohne-Hagemann 2004) können dieses Niveau halten, finden aber wenig Breitenwirkung. Verliert die Rezeptive Musiktherapie immer weiter an Boden? Hier wird es um einige Erfahrungen gehen, wie mit Rezeptiver Musiktherapie in der Psychiatrie der Weg des Hörens beschritten werden kann und damit der Boden für psychotherapeutische Prozesse geebnet wird.

Als wir Nenas Lied vom „Leuchtturm“ hören, muss Frau Schendel (Name geändert, IE) etwas weinen, weil sie an eine schmerzliche Liebesenttäuschung erinnert wird, und damals lief auch dieses Lied von Nena. In den darauffolgenden Tagen denkt sie über diese Situation in der „Musikalischen Reise“ viel nach, erzählt sie nächste Stunde: unvermutet springt sie eine eigene Erinnerung an, ausgelöst durch ein Lied, das einer ausgesucht hat, der gar nichts davon wissen kann, dass sie da eine Erinnerung mit dem Lied hat... Sollte sie misstrauischer sein? Vorsichtiger? Will sie sich besser schützen, oder ist das okay mit dem „Anspringen“? Eine andere Gruppenteilnehmerin fügte ihre eigenen Überlegungen hinzu: sie versucht hinzuhören, ohne sich automatisch mit dem Lied, dem Text oder der Bedeutung zu identifizieren. Sie grenzt sich also eher ab oder experimentiert damit.

In der nächsten Stunde hören wir zunächst drei Country-Songs aus den 60er Jahren, was zu einer gutgelaunten Plauder-Runde führt: Kennenlernen von Ehepartnern und Tanzstundenerfahrungen und was für Einfälle so kommen. Dann folgen zwei existenziell hochaufgeladene Country-Stücke, nicht so tanzstundenkompatibel, aber ich wage mich an diese Titel dann ran: „Don't give up“ mit Willie Nelson und Sinead O'Connor und hinterher „Hurt“ von Johnny Cash. Frau Schendel denkt

laut über dieses letzte Stück nach, das sie nicht kennt. Da zieht einer Bilanz, sagt sie, verzweifelte und unverstandene Momente liegen hinter ihm, und in der Weisheit des hohen Alters „startet er durch“. Das Stück hat der knorrige Christ Cash wenige Monate vor seinem Tod aufgenommen. Hinhören, ohne sich völlig zu identifizieren. Einige Wochen später zuckt Frau Schendel wieder zusammen, als wir „Only The Lonely“ von Roy Orbison hören. Solche Musik kennt sie von Familienfeiern, danach wurde getanzt. Es scheinen keine schönen Erinnerungen zu sein. Sie habe damit abgeschlossen, sagt sie, wenn so ein Lied im Radio komme, stelle sie es ab. Wissen, ohne verschlungen zu werden. Außerdem, sagt sie im Rausgehen, war das ihre letzte Stunde in der Gruppe. Schade, dass wir sie nicht verabschieden konnten, weil wir das gar nicht wussten. Manchmal sind Grenzen überraschend.

Rezeptive Musiktherapie in der Versorgungspsychiatrie

In psychiatrischen Versorgungseinrichtungen suchen wir niedrighschwellige Modifikationen bewährter psychotherapeutischer Vorgehensweisen, um auch dem spezifischen Personenkreis von Klienten und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen ein psychotherapeutisch fundiertes Angebot machen zu können. Psychiatriepatienten sind besonders ängstlich, besonders misstrauisch und haben besonders wenig konstruktive Erfahrungen damit, etwas für sich selbst zu tun. Ihre Abwehrstruktur ist besonders massiv und undurchdringlich, viele machen sich unerreichbar. Gleichzeitig haben sie ein feines Gespür dafür, wie sie Mitarbeitern und Therapeuten wirksam Gefühle wie Entwertung und Entmutigung induzieren können. Auf diese Weise behalten sie bedrohliche Situationen unter Kontrolle, ohne dass darüber ein Austausch entsteht.

Die heute überwiegend eingesetzte Aktive Musiktherapie ist im psychiatrischen Kontext niedrighschwellig und hochschwellig zugleich. Durch das flüchtige Medium Klang und die darin liegende besonders geartete Unverbindlichkeit bietet Musiktherapie eine niedrige Zugangsschwelle. Klang und Instrument stehen als Drittes zwischen Therapeut und Klient und helfen, eine schützende Distanz zu wahren und eine unbeabsichtigte Berührung des Kern-Selbst zu vermeiden. Gleichzeitig – und das stellt die Hochschwelligkeit her – ist das Geschehen hochpersönlich. Patienten ahnen, dass sie in der Improvisation erkennen, aber auch erkannt werden können. Zwischen Spiel und Ernst wird ständig gewechselt. Eigentlich kann man beides kaum noch unterscheiden, es sind Seiten derselben Medaille, es gehört eine hohe Kompetenz dazu, *wirklich* nur bedeutungslos „herumzuklimpern“. Das alles kann als extrem bedrohlich erlebt werden. Es gibt Patienten, die sich dieser Herausforderung stellen können: einige kommen zum Beispiel Woche um Woche in die Musiktherapie und rühren dann doch wieder eine ganze Stunde lang kein Instrument an. Sie hadern mit sich und der Therapie, und sie lernen sich in diesem Prozess besser kennen und ihre Ansprüche, ihre Ängste und ihre Biografie besser

verstehen (vielleicht auch akzeptieren). Für sie ist die Hochschwelligkeit eine Chance, wichtige Fortschritte machen zu können.

Aber es gibt viele Patienten, die mit dieser Schwelle überfordert sind und die wir mit aktiver Improvisation nicht da abholen können, wo sie stehen. Am deutlichsten wurde mir dies bei der Beschäftigung mit einer speziellen Patientengruppe, die mich dazu motivierte, ein Angebot rezeptiver Musiktherapie zu entwickeln (nicht nur für sie, aber sie waren der Anstoß). Das waren die Patienten aus anderen Ländern, denen wir in der Psychiatrie begegnen. Teilweise können wir uns mit ihnen kaum verständigen, weil sie erst wenige Wochen oder Monate im fremden Deutschland sind, teilweise sprechen sie auch nach dreißigjährigem Aufenthalt hier nur wenige Brocken deutsch. Ihr Leben in Deutschland ist eingewoben in die Familie und den Lebensraum mit den Nachbarn, die aus demselben Land kamen. Neben diesen sprachlosen Begegnungen können wir uns mit anderen Patienten zwar sprachlich ausreichend verständigen, aber wir wissen nicht genug, worüber wir eigentlich sprechen: Kulturen und Lebenserfahrungen unterscheiden sich so stark, dass die Worte nicht ausreichen, um wirkliches Verstehen zu ermöglichen.

So fand ich unter Migranten aus anderen Ländern immer wieder Patienten, deren Krankheitssymptome und Lebensgeschichte ich nur über einen Dolmetscher stockend erfahren konnte, und die mir so fremd blieben. Was ich erfuhr, konnte ich oft aufgrund mangelnder Kenntnisse über den kulturellen Hintergrund nicht verstehen. Wenn ich jemanden nicht verstehen kann, ist die Wahrscheinlichkeit deutlich größer, dass er mir Angst macht oder auf die Nerven geht. Beides sind keine guten Ausgangslagen für Therapie. Die Behandlungen waren schwer.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang der Hinweis darauf, was mit „Verstehen“ gemeint ist und was nicht. Es geht nicht um ein übergriffiges Sich-Angleichen: der irrije Anspruch, alles verstehen zu können, nimmt meinem Gegenüber seine Eigenart, seine Einzigartigkeit. Metzner spricht von der „Anerkennung des Fremden durch die Hervorhebung der eigenen Subjektivität“ (Metzner 2004, 35). Plog beschreibt den Prozess, in dem ich als Therapeut dem Anderen, Fremden die Erfahrung ermögliche, nicht allein zu sein. Dann kann „der Andere sich auf den Weg machen, sich verstehen zu wollen“ (Plog 1997, 47). Sie verweist auf Lévinas, der die Bedeutung der Differenz betont. Indifferent sein heißt gleich scheinen zu wollen, dabei aber eher gleichgültig zu sein. Different sein heißt den Unterschied anzuerkennen und zu wertschätzen. Verstehen bedeutet also, das Anders-Sein anzuerkennen und einen Umgang damit zu finden. Es geht nicht um eine fiktive Überwindung der Fremdheit, sondern um ihre Integration in eine ausgewogene Polarität von Fremdheit und Vertrautheit.

Patienten mit ausgeprägten Fremdheitserfahrungen oder Fremdheitserleben können nur schwer in psychotherapeutische Gruppen wie z. B. die aktive Musikthe-

rapie integriert werden. Das fremde Medium (instrumentale Improvisation) und die fremde Gruppe erhöhen den Grad ihrer Entfremdung zumindest zeitweise so stark, dass sie es nicht ertragen bzw. sich dem nicht aussetzen. Als eine Möglichkeit, Entfremdung zu reduzieren, kommt gestaltete Musik in Betracht: Musik aus der Heimat migrierter Patienten, Musik aus früheren Lebensabschnitten (Kinderlieder, Jugendkultur), affirmative Musik aus der Sparte „Himmelsmacht“, die den Alltag bestimmt. An diesem Punkt meiner Überlegungen angelangt, kaufte ich eine CD von André Rieu.

Ich vermutete, dass durch verschiedene musikalische Qualitäten eine abgestufte Erfahrung mit Fremdheit und Vertrautheit möglich wird. Verschiedene Musikstücke gemeinsam anzuhören wird dann zu einem homöopathischen Prinzip, bei dem die Potenz des eingesetzten Wirkstoffes (skaliert auf der Polaritätenskala „fremd/vertraut“) in kurzer Zeit erhöht oder verringert werden kann. Dieser Möglichkeit trug ich Rechnung, indem ich in jeder Stunde mehrere musikalische Stücke einsetzte, die sich zum Teil in ihrer Herkunft, Klangfarbe, Assoziationsmacht oder psychohistorischen Zuordnung sehr unterschieden. So gibt es immer wieder Themenstunden, die nur sehnsüchtige Musik enthalten oder Musik von J. S. Bach, den Beatles oder Musik mit Saxophon, und es gibt Patchwork-Stunden, in denen wir Stücke hören, die sich zunächst nur durch meine eigenen intuitiven Auswahlassoziationen verknüpfen. Ob es auch Verknüpfungen im Hörer gibt oder ob sich im Gespräch welche ergeben, bleibt der Stunde dann vorbehalten. Zu dem Thema „Musikauswahl“ komme ich noch etwas ausführlicher. Einige Stichworte zum Profil der Hör-Gruppe „Musikalische Reise“ sind in Abbildung 1 zusammengefasst.

Die Gruppe stellte sich dem Anspruch, eine niedrigschwellige Alternative für die früh gestörten Menschen in einer Psychiatrischen Klinik zu entwickeln. Geht das überhaupt? Metzner (2004) weist darauf hin, dass das subjektive Sich-In-Beziehung-Setzen zur Musik bei frühgestörten Patientinnen anderen Rahmenbedingungen unterliegt als bei Menschen mit einem ungestört entwickelten Symbolverständnis. Wenn aufgrund der stecken gebliebenen oder gebremsten Entwicklung Musik lediglich als extraindividuelle Verlängerung der Selbstpathologie realisiert werden kann, nicht aber als klingendes Gegenüber, kann rezeptiv-musiktherapeutisches Vorgehen leicht den Boden unter den Füßen verlieren. Musik wird dann anders, sozusagen konkretistischer gehört als reifere Patientinnen das können. Damit verbundene Verknüpfungen sind anders zu bewerten: nicht jede Einpassung des musikalisch-therapeutischen Geschehens in die eigene lebensgeschichtliche Matrix kann dann gleich als Übertragung angesehen werden. Aber so wie dem reiferen Beziehungserleben die entsprechenden Schritte in Kontingenzbildung und Symbolverständnis vorangehen, so gibt es auch etwas „vor“ dem reifen Hören, und das finde ich in der „Musikalischen Reise“.

Die Gruppe besteht aus Patienten, die entweder aufgrund von Sprache, Kultur und Herkunft oder aus Gründen der Persönlichkeit bzw. der Erkrankung für sich selbst und für uns Therapeuten schwer zugänglich sind. Mindestvoraussetzung zur Teilnahme ist eigentlich nur, dass sie da sind (was auch nicht immer klappt). Weder eine benennbare eigene Motivation oder Zielsetzung wird vorausgesetzt noch die Bereitschaft oder Fähigkeit, sich in der Gruppe zu äußern. Es gibt allerdings in der Gruppe das immer wiederkehrende Angebot, ins Gespräch zu kommen: Kommt Ihnen die Musik entgegen? Oder zieht sie Sie eher runter? Gibt es Einfälle, Träume, Bilder, Filme, die während des Musikhörens auftauchen? Wenn Sie ganz woanders sind – wo sind Sie, und dürfen wir Ihnen ein bisschen folgen? Wir schweigen, wenn sich keiner der Teilnehmer äußern mag, oder ich erzähle etwas über die Musik, erläutere, wie es zu der Auswahl gekommen ist, biete also eine Hörweise an, von der man sich distanzieren oder der man sich anschließen kann oder sie einfach links liegen lassen.

Abbildung 1: Steckbrief einer Gruppentherapie

Steckbrief einer Gruppentherapie	
Titel:	„Musikalische Reise“
Methode:	Rezeptive Musiktherapie, tiefenpsychologisch fundiert
Umfang:	Beginn Januar 2001, bisher ca. 320 Sitzungen
Teilnehmer:	Pro Jahr ca. 40, zuletzt durchschnittlich 6 Teilnehmer pro Sitzung (2004), pro Teilnehmer durchschnittlich 11 Sitzungen (Minimum: 1, Maximum 39), ca. 1/3 Migranten
Dauer:	60 Minuten, 2 x pro Woche
Ort:	Musiktherapieraum
Material:	Über 300 Musikstücke pro Jahr (2004: 338 – vier Musikstücke drei Mal, 27 zweimal, 272 einmal. Kategorien: europäische Klassik („E-Musik“) 91, Rock 96, Schlager 52, Weltmusik/Jazz/Crossover 99)
Leitung:	Musiktherapeut/Psychologischer Psychotherapeut
Stand: Januar 2005	

DJ Therapeut

Ich suche die Musik aus. Am Abend vor der nächsten Sitzung stehe ich zu Hause vor meinen ungefähr 1000 CDs mit Rock, Pop, Klassik, Jazz und Weltmusik und lasse Gedanken und Gefühle schweifen: Wer gehört derzeit zur Gruppe? Was war in der letzten Stunde? Was brauchen die Teilnehmer, wonach ist mir zumute?

Letzte Woche hat Herr Lonnschein erzählt, dass er derzeit zuhause beim Malen an der Staffelei gern Bach und Michael Jackson hört. Deswegen hören wir morgen als Intro „Man In The Mirror“ von Michael Jackson. Die Wahl des Musikers ist durch Herrn Lonnschein angeregt, den Titel suche ich aus: er ist sehr rhythmisch und ein guter Aufwärmer, finde ich. Ich bleibe beim Stichwort „Rhythmus“ hängen, assoziiere weiter und lande bei den Landsknechtstrommeln der Jahrmarkt Musiker „Wohlgemuth“ – einem Stück „Drum’n’Bass“ aus dem Jahr 1539. Innerlich immer noch beim Rhythmus, springe ich in eine Gegenwart, die ihre Wurzeln in vergangenen Traditionen betont: „Afrocelt“ ist eine Gruppe aus irischen und afrikanischen Musikern, die viel elektronisch programmierte Klangelemente verwenden, was so einen Techno-Touch ergibt, und das mit Dudelsack, Fiddle und Djembétrommeln kombinieren. Das keltische Moment ihrer Musik mit dem Dudelsack ergibt einen Abstecker zu den irischen Furey-Brüdern, deren irische Volksmusik auch schon mal einen Dudelsack enthält. Zurück zum Thema Rhythmus – der lebt ja von Stetigkeit und Wiederholung in der Bewegung, und das repetitive Moment von Rhythmus finde ich ausgeprägt in Kompositionen von Steve Reich. Die elektronische Klammer, die auch Afrocelt umfasst, reicht bis zu den Remixes von Steve-Reich-Kompositionen, die ja am Computer entstanden sind. Ich entscheide mich für den Remix von „Eight Lines“, den Howie B. gemacht hat. Die Komposition von Reich ist ursprünglich von der Gruppe „Bang On A Can“ aufgeführt worden, die wiederum elektronische Musik in klassischer Manier auf akustischen Instrumenten nachspielen. Von denen hatten wir in der „Musikalischen Reise“ vor zwei Wochen mal ein ganz meditatives Stück gehört. Es gibt also auf unterschiedlichen Ebenen sehr indirekte Zusammenhänge zwischen den Stücken, die ich in mir zu einem Stundenprogramm spinne und webe.

Ich wähle also intuitiv aus, was sich mir z. B. im Rahmen meiner Gegenübertragungswahrnehmungen musikalisch anbietet. So wie der Schwimmer die Grenze zwischen Luft und Nicht-Luft (d. h. Wasser) nutzt, um sich fortzubewegen, so nutze ich die Oszillation zwischen Therapeut und Hörer zur Gestaltung eines Prozesses. Genau wo Luft und Wasser zusammen treffen, ergibt sich in Gestalt des Wasserspiegels ein Bild. Wo meine Therapeuten-Seite (Reflektion des Gegenübertragungswebens) und meine Hörer-Subjektivität zusammen treffen, entsteht eine Auswahl, eine Entscheidung für eine bestimmte Musik. Nicht immer finde ich ein identifizierbares Gegenübertragungsmuster, oder ich finde auch mal keine musikalische Entsprechung. Dann muss ich meine Auswahl rationalisierend „ein-

fach so“ vornehmen, muss die Übertragungsleere überbrücken, indem ich einzelne Teilnehmer spiegelnd da abhole, wo sie stehen („joining“), Musik zur Pausenüberbrückung wähle, Wohlfühlen als (Not-)Lösung akzeptieren (warum sollen wir uns nicht einfach mal etwas Wunderschönes anhören?). Auf diese Weise gestalte ich eine Atmosphäre der ungerichteten Möglichkeit. Dabei handelt es sich um ein höchst empfindliches Unterfangen, einen Balanceakt: die Herstellung einer interessierten Verbindung, ohne gleichzeitig Vorherbestimmung oder Manipulation mit zu transportieren. Das ist eine Grundaufgabe jeder Psychotherapie. Sie ist auf dem Wege des gemeinsamen Hörens unter Führung des Therapeuten (die Gestaltung des Hör-Raums ist meine Aufgabe als „DJ Therapeut“) in der Rezeptiven Musiktherapie lösbar.

Die Musik kann ein Hilfsmittel sein, wenn die Begegnung mit den schweigsamen Menschen in der Gruppe nichts hergibt, wenn sie nichts hergeben mögen oder können. In „normalen“ Therapiegruppen könnte man in einer ähnlichen Situation schweigen, könnte sich dieses Schweigen entwickeln lassen und abwarten, was daraus wird. Das geht mit psychiatrischen Patienten in der Regel nicht, weil Schweigen das Ausmaß der verspürten Angst erhöht und sie wegbleiben: entweder aus der Gruppe oder aus der gemeinsamen Realität (d. h. sie werden möglicherweise psychotisch, wenn der Druck zu groß wird).

Ich entscheide in aller Regel, welche Musik ich in die Gruppe mitbringe. Dabei geht es nicht um meinen eigenen Musikgeschmack: in meinem Alltag höre ich nicht so oft André Rieu, James Last oder Cecilia Bartoli. Meine Jazz-CDs von Brad Mehldau oder Jim Hall hingegen bleiben fast immer zuhause. Aber es geht nicht ohne meinen Geschmack. Musik, die ich absolut nichtssagend finde, könnte ich in der „Musikalischen Reise“ nur ertragen, wenn es um das Thema „nichts sagen“ geht. Synthesizer-Klänge zu sogenannten entspannenden, meditativen Zwecken (oft zu erwerben in Ihrem örtlichen Baumarkt – da kann man sogar Klangbeispiele abrufen) machen mich aggressiv und das schadet der Gruppe. Ich persönlich finde: Musik soll einen Sinn oder eine Bedeutung mitbringen, anklingen lassen oder die Möglichkeit zum Sinn anbieten. Der Mensch lebt nicht vom Brot allein, und in diesem Sinn halte ich Musik für ein Lebensmittel. Welchen Sinn ein Musikstück anbietet oder welches Verständnis sich bei einem Teilnehmer der Gruppe einstellt, ist nicht so vorbestimmt wie die Vertreter der „Musikalischen Apotheke“ unterstellen. Es gibt Teilnehmer der „Musikalischen Reise“, die generell die Musik von Streichern ablehnen, oder die keine Frauenstimmen hören wollen. Es gibt sicher viele Musikwerke, die auf den Durchschnittshörer eine bestimmte Wirkung erzeugen. Das „Air“ von Bach ist für kaum einen Hörer ein aufwühlender Kracher, und der Radetzky-Marsch strahlt wenig Nachdenklichkeit aus. Aber generell bedarf jeder Hörprozess der beiden Zentralfaktoren: der Musik und ihrer Gestalt auf der einen Seite und auf der anderen des Hörers und seiner Subjektivität. Ich bringe nur die Musik mit. Die Hörer sind schon da und warten.

Ratlos war ich, als eine Teilnehmerin offensiv einforderte: „Spielen Sie doch mal Musik, die Sie gar nicht mögen!“. Für mich war das ein Koan im Zen-Geist, mit dem ich immer noch befasst bin.

Anfänglich diente es meiner eigenen Sicherheit, dass ich die ausgewählten drei oder vier Stücke schon bei der Planung zuhause in eine feste Reihenfolge brachte und von dieser Festlegung in der Regel nicht abwich. Inzwischen lege ich immer häufiger im Vorwege eher eine Richtung fest, ein Themen- oder Klangfeld. Dann suche ich dazu passende Stücke aus, meist mehr als in eine Stunde hineinpassen. Ich entscheide dann im Stundenverlauf, wie es jetzt weitergeht. Ich fühle mich dann in einem ganz positiv erlebten Sinn als Therapie-Disc-Jockey, als DJ. Mit einem Musikstück, das sich auf die Geschichte und Gegenwart der Gruppe oder einzelner Teilnehmer bezieht, stoße ich etwas an, erzeuge ich Schwingungen in der Therapiesitzung, stelle eine seelische Landschaft mit her. Dann reagiere ich auf das Zwischenprodukt, auf die rezeptive Innenarchitektur der Hörer, und wir kommen dann in einen gemeinsamen Prozess. Am Ende der Stunde versuche ich diesen Prozess so abzuschließen bzw. zu unterbrechen, dass die Teilnehmer ihre möglicherweise in diesem Prozess mehr oder weniger geöffneten inneren Fenster wieder schließen, wenn sie in den Alltag zurückkehren.

Die Stunde, über deren Vorbereitung ich weiter oben schon berichtet habe, lief etwas anders ab als geplant. Die ersten beiden Stücke (Michael Jackson und „Wohlgemuth“) waren okay. Das dritte Stück von Afrocelt gefiel mir selbst ausnehmend gut, es hatte power und groove. Aber schon während wir zuhörten, wurde mir etwas merkwürdig zumute. Ich zweifelte an meiner Musikauswahl: war das nicht etwas zu hektisch, würde die Abfolge nicht endgültig überfrachtet, wenn ich den Steve-Reich-Remix anschließen würde? Das Gespräch nach diesem Stück von Afrocelt zeigte mir, dass es wohl nicht nur die musikalischen Kriterien waren, sondern auch die persönliche Rezeption bei Teilnehmern, die ich gespürt und die mich beunruhigt hatten. Herr Lonnschein berichtete von seinem Bruder, der solche „Techno-Musik“ immer gehört habe und der das Sorgenkind der Familie war. Er wurde abhängig von harten Drogen und kam aus der Sucht nur schwer wieder heraus. Die ganze Familie hat darunter sehr gelitten. Er kann solche Musik nicht mehr hören, weil sich so eine Tragödie damit verbindet. Herr Müller hingegen ist auf diese Musik voll abgefahren. Das war sehr positiv, sagt er, und es sei ganz schlimm. Ich finde, dass das sehr widersprüchlich klingt. Für ihn ist Afrocelt eine „geile Mucke“, es sei „seine“ Musik, obwohl er diese Gruppe bisher nicht kannte. Er sitzt im Schneidersitz auf dem Stuhl, das sei eine gute Haltung zum Hören dieser Musik, meint er, und ergänzt, er sitze auch beim Rauchen immer so, das sei die einzige Droge, die er sich derzeit gönne. Eben hat er beim Zuhören den Satz „Dance the devil away“ gehört. Ich hingegen habe ein instrumentales Stück ganz ohne Text gehört. Der Teufel, erzählt er weiter, das sei er selbst. Das sei in der Psychose immer so gewesen. Und nun: weg mit ihm, dance the devil away...? Seine heftigen suizidalen Attacken

fallen mir ein, und ich frage, ob dieser Satz denn etwas Selbstzerstörerisches enthält. Dazu sagt er nichts, möchte aber gern mehr von dieser Musik hören. Dazu bin ich zu ängstlich, suche festeren Grund und spiele lieber die bodenständige Folklore von Eddie und Finbar Furey, und abschließend „Heal The World“ von Michael Jackson. Klar, das ist pathetisches Wunschdenken in diesem Song, heile die ganze Welt, therapeutischer Größenwahn, aber ich wünsche ja den Teilnehmern auch etwas Gutes, und es trifft nicht immer ein, so ist das mit dem Wunschdenken.

Ich biete den Teilnehmern immer wieder an, ein Stück von „ihrer“ Musik zum gemeinsamen Hören in der Gruppe auszusuchen und mitzubringen. Im Jahr kommt es nicht viel öfter als fünf, sechs Mal vor, dass von dem Angebot Gebrauch gemacht wird. Oft bringt dann jemand einen Pop-Song mit, der mich mal mehr, mal weniger anspricht, mal passt er in den Gruppenprozess, mal steht er ganz für sich. Manchmal wird auch von einem Teilnehmer ein klassisches Stück ausgesucht. Aber die Stellung des Stücks ist in den Prozess der Gruppe eher integriert, wenn ich als Therapeut die Musik aussuche. Die mitgebrachten Stücke der Teilnehmer bezeichnen häufiger ihren eigenen Prozess, der in die Gruppenatmosphäre mit eingeht. Da muss ich auf ein ausgewogenes Verhältnis achten. Durch meine therapeutische Distanz wird es möglich, dass die rezeptive Musiktherapie sich vom Wunschkonzert unterscheidet, das aus einer Aneinanderreihung von Einzelwünschen besteht und keinen Prozess kennt. Ein guter DJ schafft eine prozessorientierte Performance.

Übertragung

„Zwar du erschrakst ihm das Herz, doch ältere Schrecken stürzten in ihn bei dem berührenden Anstoß.“

(R. M. Rilke, Duineser Elegien)

Frau Storm redet wie ein Wasserfall. Beethoven hole sie aus jedem Tief, aber sie könne nun mal keine klassische Musik hören, wenn es ihr schlecht gehe (ja was denn nun?). In ihrer dritten Sitzung äußert sie den Wunsch, die Moldau von Smetana einmal in der Gruppe zu hören. In der nächsten Stunde habe ich die CD vergessen (?). Sie wiederholt den Wunsch. Die darauffolgende Stunde habe ich um die Moldau herum geplant: einen Slawischen Tanz von Dvorak, einen Ungarischen Tanz von Brahms. Aber die sonst eigentlich pünktliche Frau Storm fehlt, als die Stunde beginnt. Erst als die Moldau verklungen ist, kommt sie mit 25-minütiger Verspätung aus dem Tagesurlaub in ihrer Wohnung, sie hat sich verplant, das Taxi ist zu spät gekommen und dann wieder weggefahren und und und. Aber mit der Gruppe habe das alles nun wirklich überhaupt rein gar nichts zu tun. Wir streiten darüber, weil es mich auch ärgert, dass die Komposition der schön (für sie) geplanten Stunde so an ihr vorbeidrifftet. Sie sagt: „Jetzt antworte ich lieber nicht, was ich denke, das

verbietet mir meine gute Schule.“ Also – die Luft brennt. Nächste Stunde ist alles vergessen. Ich habe ihr zuliebe den Wunsch nach dem ersten Satz aus Beethovens Fünfter Symphonie aufgegriffen. Sie ist begeistert: was für eine wunderbare Akustik der Raum habe (ist mir so noch nicht aufgefallen), und sie wiederholt das von Stund an fast in jeder darauf folgenden Sitzung. Das Lob ist in dieser Form eher verzerrt, finde ich, und verstehe es zumindest zum Teil als Übertragungsbotschaft: ich bin angekommen, teilt Frau Storm mit, fühle mich hier jetzt sicher und vertraue mich der Therapie an.

Teilnehmer weisen immer wieder wie Frau Storm auf die gute Akustik des Raumes hin, loben die besondere Qualität der Stereoanlage oder sprechen allgemein davon, wie gut sich die Musik hier anhört. Diese oft unverhältnismäßig oder überzogen anmutenden Bewertungen enthalten Übertragungselemente, die in diesen Fällen auf eine *positive Behandlungsbeziehung* hindeuten. Genauso kann das Einschlafen in der Gruppe eine Übertragungsbotschaft sein (– oder ganz prosaisch Nebenwirkung einer hohen neuroleptischen Medikation). Als Übertragungsbotschaft könnte das Eindösen darauf hinweisen, dass sich ein Teilnehmer geborgen fühlt, aufgehoben, und die ängstlich-misstrauische Aufmerksamkeitsspannung des Alltags sinken lassen kann. Es kann aber auch als Versuch verstanden werden, sich abzuschotten und zu sichern gegen unberechenbare Außeneinflüsse, und dazu kann gerade Musik gehören. Es geht dann eher um Abwehr als um Übertragung. Im Einzelfall ist Übertragung von anderen psychischen Phänomenen sorgfältig zu differenzieren.

Wir hören als erstes Stück in dieser Stunde „El Condor pasa“ von Simon & Garfunkel. Frau Drews sagt gleich im Anschluss: „Mir geht es ganz schlecht“. Das kenne sie: es komme ganz plötzlich und unerklärlich, so sei das immer mit diesem Schlechthgehen. Am Wochenende war es zuhause auch gerade genauso, da ging es um die Familie und ihren Ehemann. Er hat ihr dann vorgeschlagen, sich abzulenken, es sei doch zum Beispiel noch vieles zu bügeln. Sie erzählt, dass die Krise heute anfing, als ich ungewohnterweise einige Minuten zu spät zur Gruppe kam. Die Teilnehmer waren alle schon da und warteten auf dem Flur vor dem Musiktherapieraum. Frau Storm sei alle naslang aufgestanden und habe um die Ecke geguckt, ob ich schon komme. Frau Drews wurde dabei ganz plötzlich und heftig unruhig. Es hat sie daran erinnert, wie sie selbst auf ihren Mann wartet, immer unruhiger wird, aufsteht und nach ihm sieht, und er kommt dann oft eine halbe Stunde oder mehr zu spät. Und jetzt geht es ihr in der Stunde ganz schlecht (und ich, so vermute ich, soll eigentlich für Abhilfe sorgen).

Die Unruhe beim Warten auf den Mann wird in Verbindung gesetzt zur Unruhe bei meiner Verspätung. Ehemann und ich als Therapeut geraten in einen Übertragungsraum, den Frau Drews herstellt. Vielleicht geht es sogar weiter bis zur *Vater-Übertragung* (ich denke an ihn als „Ur-Mann“ in ihrer Entwicklung), aber das weiß ich nicht. Sie hat nur hin und wieder eine Äußerung zu ihren Eltern ge-

macht. Überhaupt bleibt mir vieles unklar, denn ein Gespräch über diese Parallelen bleibt schnell stecken. Eine Deutung im Sinne der Erhellung biographischer Bedeutungen von Übertragungsphänomenen ist unmöglich. Ich kann mich handelnd in diesem Übertragungsraum bewegen, eher antwortend als deutend.

Immer wieder lösen Musikstücke Erinnerungen aus, die sich auf schöne oder belastende Erinnerungen in früheren Lebensabschnitten beziehen: da habe ich diese Musik auch gehört, oder: damals habe ich mich so gefühlt wie es mir jetzt geht, wenn ich diese Musik höre (strukturelle Übertragung).

Frau Fedorowa kann die von ihrem Landsmann Rimskij-Korsakow komponierte Musik Hummelflug nicht aushalten. Das kommt ihr so vor, als wenn eine Hummel in einem Marmeladenglas eingesperrt ist und immer so darin herumbrummt. Das Gefühl kenne sie, dann hilft nur noch sich wehzutun, sich zum Beispiel mit einer Nadel zu stechen, das sieht man dann hinterher nicht. Sie könne darüber kaum sprechen, weil sie keine Worte finden könne und dann jemanden braucht, der sie ohne Worte versteht. Manchmal spricht sie dann mit ihrem Kopfkissen. Eine andere Teilnehmerin ergänzt: Ich spreche dann manchmal mit meiner Katze. Mit dem etwas sehnsüchtigen Walzer Nr. 15 von Johannes Brahms klingt die Stunde passend aus.

Die Sehnsucht nach dem wortlosen Verständnis, das zu den wichtigsten Erfahrungen einer funktionierenden Eltern-Kind-Beziehung gehört, ist ein regressives Bedürfnis, und seine Erfüllung oder Verweigerung überträgt sich sowohl positiv als auch negativ auf die Musik. Übertragung heißt: die Hereinnahme einer (Beziehungs-) Erfahrung aus dem ursprünglichen Lebenskontext in die therapeutische Situation. Das kann die Beziehung zu einer wichtigen Person sein, ein Aspekt der Beziehung zu sich selbst oder die Art und Weise, wie man mit Beziehungen oder Konflikten umgegangen ist (strukturelle Übertragung: vgl. Ermann 1996). Eine Stimmung oder ein Erlebnismuster kann eine Verbindung zu einer bestimmten Lebensphase herstellen. Regressive Tendenzen sind verknüpft mit kindlichen Versorgungswünschen und frühen Abwehrmechanismen, sie können aber auch traumatische Erinnerungen berühren. Rezeptive Musiktherapie fördert die Beweglichkeit, mit der sich Menschen in regressive Prozesse hinein und wieder heraus begeben können. Darin ähnelt sie der aktiven Musiktherapie, der von Patienten eine Art „Fahrstuhlfunktion“ zugeschrieben wird, mit deren Hilfe sie an scheinbar vergessene oder verloren geglaubte Erinnerungen und Erfahrungen anknüpfen oder diese neu betrachten können (Engelmann 2000). Regressive Flexibilität bedeutet auch einen psychotherapeutischen Beitrag zur „Rehistorisierung der Persönlichkeit“, wie sie ursprünglich von Sozialpsychiatern für chronisch psychisch kranke Langzeitpatienten eingefordert worden war. Die überwiegend ambulant betreuten psychisch kranken Menschen, denen wir heute in der Psychiatrischen Klinik begegnen, leiden unter der Abschottung gegen die eigene Vergangenheit. Das hatte früher unter den Langzeitpatienten eine ganz materielle Beschaffenheit: so gab es

beispielsweise immer wieder Patienten ohne eigenen Personalausweis. Ihnen fehlte sozusagen die Identität. Heute ist die Vergangenheitslosigkeit eher immateriell, auf einer psychischen Ebene.

Wir finden dieses Phänomen auch besonders unter Migranten und speziell bei Patienten in der Psychiatrie nach Migration. Sie sind aus einer erlittenen Vergangenheit in eine verheißungsvolle Zukunft gegangen. Wenn es ihnen dann in der Gegenwart gewordenen Zukunft aber real schlecht geht, wollen sie mit „damals“ oft erst recht nichts mehr zu tun haben. Wir haben es dann immer mit Zuständen großer Fremdheit zu tun. Auch die Fokussierung auf die Anteile der Entfremdung, die die eigene Person betreffen und die eigene Geschichte, ist nie ganz zu trennen von der kulturellen Fremdheit im „Gastland“ oder der „neuen Heimat“. Ich fasse diese Phänomene als „kulturelle Übertragung“ zusammen.

Herr Ümit lebt schon seit 40 Jahren in Deutschland. Er hat längst die deutsche Staatsbürgerschaft (auch wenn der kleine, etwas rundliche Mann mit dem Schnurrbart äußerlich nach wie vor dem Bild eines Türken voll und ganz entspricht). Er ist einsam, depressiv, ratlos – auch darüber, was er in der rezeptiven Musiktherapie „Musikalische Reise“ soll. Aber wie immer tut er das, was der Arzt ihm rät, und so sitzt er in der Gruppe. In der zweiten Stunde sagt er: „In dem Stück wollte der Komponist etwas sagen – aber ich habe es nicht verstanden“. Das kleine Stück für Klavier heißt „Von fremden Ländern und Menschen“ aus den Kinderszenen von R. Schumann. Herr Ümit spricht ausdrücklich dieses Stück an, nicht die beiden anderen aus demselben Zyklus, die wir auch gehört haben („Fast zu ernst“ und „Der Dichter spricht“). Natürlich weiß er nicht, wie das von ihm angesprochene Stückchen heißt. Aber er hat zielgenau ein Stück „Fremdheit“ angesprochen. Es bleibt Herrn Ümits Spezialität, das Verstehen anzusprechen oder zu thematisieren. Er übernimmt Übersetzerfunktion für andere türkische Mitpatienten in der Gruppe. Immer wieder bemerkt er: „Dieses Lied konnte man nicht verstehen, weil es in einer fremden Sprache gesungen wurde.“ Oder: „Das zweite Lied war in deutsch, aber man konnte es nicht verstehen, weil es von einer Südamerikanerin gesungen wurde“ (Rosita Serrano). Verstehen ist erstmal für ihn eine Sache der Sprache, aber es geht darüber hinaus. Er sucht nach Verständnishilfen, nach Schubladen: „Das war ein Schlager.“ „Das war ein Walzer“ (zur Ouvertüre von Strauss' Fledermaus). „Das war Bonanza“ freut er sich, aber es war die Titelmelodie der Fernsehserie Dallas. Wie soll man etwas verstehen, was einem fremd geblieben ist? Er hat in Hamburg Gotteshäuser verschiedener Religionen aus Afrika, aus Asien und christliche Kirchen besucht. Wo gehört er hin? Bevor er in die Klinik kam, ist er monatelang so gut wie gar nicht mehr aus dem Bett gekommen. Kein Nachbar hat das zur Kenntnis genommen. In der Türkei, weiß er, wäre einer gekommen und hätte ihm einen Teller Suppe angeboten, man hätte sich gekümmert. Aber er kann sich nicht in die Türkei zurückziehen, dort ist er ein „Deutschländer“, gehört nicht dazu. Vielleicht, denkt er nach, wäre es ja möglich, ein halbes Jahr in der Türkei zu leben und ein halbes Jahr in Deutschland? Im Anschluss

an diese Überlegungen genießt er das Stück türkischer alter Musiktradition, das wir uns in der Gruppe anhören, das hören die jungen Leute auch in der Türkei heute ja gar nicht mehr, er ist damit aufgewachsen.

Deutung (oder nicht?)

*„...dass wir nicht sehr verlässlich zu Haus sind
in der gedeuteten Welt...“*

(R. M. Rilke, Duineser Elegien)

In der Psychoanalyse ist es eine hervorragende Aufgabe des Analytikers, das insbesondere in Übertragungsprozessen reaktivierte „Vergessen“ zu deuten: durch Herstellung der Verbindung zum damals Erlebten, oder vor allem zum Sinn des Erlebten und des Vergessens. Im Alltagswissen ist Deutung „Erschließung des zunächst Verborgenen durch Einsicht in den Zusammenhang von Ereignissen, Handlungen, Worten, Formeln und Kunstwerken. In der Tiefenpsychologie werden die nicht bewussten Motive erschlossen“ (Brockhaus 2001). Freud hatte es vorgezogen, statt von Deutung von „Konstruktion“ zu sprechen. Zweierlei sei Aufgabe des Analytikers: „Das Vergessen aus den Anzeichen, die es hinterlässt, zu erraten oder, richtiger ausgedrückt, zu konstruieren“, sowie herauszufinden „wie, wann und mit welchen Mitteln er seine Konstruktion dem Analysierten mitteilt“ (Freud 1937, 396). In der Musiktherapie können Äußerungen, die eine Deutung enthalten, im Gespräch vorkommen. Es kann auch musikalische Interventionen geben, die Deutungscharakter haben: eine klangliche Interaktion in der Improvisation, oder in der rezeptiven Musiktherapie die Auswahl eines Musikstückes bzw. einer Abfolge von Stücken.

Die Musikauswahl war bestimmt durch das Stichwort „Ballade“, das ein Teilnehmer ins Gespräch gebracht hatte. Es ging ihm um Rock-Balladen, und ich hatte einige Stücke ausgesucht, die im weiteren Sinne zu diesem Genre gehören. Zunächst ein Block von drei Songs: Free von der Lighthouse Family, Dreamer von Ozzy Osborne und It's Been A While von Staind. Die Teilnehmer waren heute mit vielen jeweils persönlichen Vorbehalten in die Gruppe gekommen – aber diese Lieder möbeln sie richtig auf. Gefühle von Befreiung und Weite werden beschrieben, Träume kommen ins Gespräch (und wie man sie kontrollieren könnte), die durchweg jüngeren Teilnehmer haben „ihre“ Musik gehört. Frau Zimmermann stellt ganz verlegen die Frage, ob ich wohl gleich ihre Lieblingsballade spielen werde, das fände sie zu und zu schön. Ich frage, um welches Stück es sich denn handle, und wir stellen fest, dass ich nicht einmal die Band kenne, um die es ihr geht (was für eine Ernüchterung!). Sie hatte es sich so erfüllend vorgestellt, verstanden zu werden, ohne ein Wort sagen zu müssen. Ich weise auf diesen Wunsch hin, verkneife mir aber den Zusatz, dass

dieser Wunsch sich in aller Regel zuerst an die eigenen Eltern wendet und sie mich damit in Vaterposition rückt.

Nach der insgesamt überaus lebhaften Gesprächsrunde spiele ich noch drei weitere Songs aus derselben Sparte: Limp Bizkit, Robbie Williams, Black Eyed Peas. Die Stimmung ist ganz anders jetzt, verschlossener. Die Gruppe schweigt, es gibt keinen Kommentar zu den Stücken, die Stunde schließt stumm.

Im Rückblick nach der Stunde habe ich den Eindruck, dass es zunächst den Bedürfnissen der Teilnehmer sehr entsprochen hat, sie da abzuholen, wo sie stehen. Sie hatten sich wahrgenommen und mit ihrer Musik ernst genommen gefühlt (nicht unwichtig: mir gefielen alle drei Titel sehr). Wünsche nach weiterem symbiotischen Verschmelzen standen im Raum, nach wortlosem Verstehen, na komm schon, mach weiter! Und ich hatte nicht weiter gemacht, sondern war stehen geblieben, hatte weiter diese kraftvoll-jugendliche Musik gespielt. Ich hätte (phantasiere ich) auch etwas von „meiner“ Musik anschließen können, oder Eltern-Musik der Jugend-Musik gegenüberstellen oder andere Erklärungen geben. Aber ich hatte jede musikalische Deutung verweigert. Das kam nicht gut an, enttäuschte oder wiederholte vielleicht auch resignativ verarbeitete Erfahrungen.

In der nächsten Stunde brachte Frau Zimmermann ihre Lieblings-Ballade von den „Blind Guardians“ selbst mit: deutsche Rock-Musik aus der Gothic-Ecke, der „Herr der Ringe“ ließ grüßen. Wir hörten das Stück an und es blieb ein schaler Beigeschmack übrig, ein Geschmack unerfüllter Wünsche, von denen nicht einmal klar war, ob sie wahrgenommen würden. Meine Antwort in dieser Stunde, über die ich lange nachgedacht hatte, fiel eher unpersönlich aus. Ich hatte den ersten Satz aus Mendelssohns Violinkonzert E-Dur ausgesucht, ein Stück mit einer anschiemig-samen Kantilene im Thema und energischer Rahmung durch das Orchester – ich fand ansprechend, dass sich das solistische Individuum und die orchestrale Gesellschaft so begegnen und unterstützen können, ohne ineinander aufzugehen (meine zurückhaltende Reaktion auf die verspürten Symbiosewünsche). Mehrere Teilnehmerinnen fanden die Musik aggressiv und übergriffig, fühlten sich von ihr verfolgt. Sie hatten also in diesem Konzert etwas gehört, was ich zuvor befürchtet hatte: wenn ich dem Wunsch nach Verschmelzung nachkomme, dann überschreite ich Grenzen, werde übergriffig, missbrauchend... Musikalisch gab es ein Zwischenspiel in der nächsten Stunde mit dem ersten Satz aus dem Konzert für Violoncello und Klavier von Claude Debussy (wir hörten die Originalversion und einen elektronischen Remix). Eine Stunde weiter griff ich den Prozess mit demselben Komponisten auf, Debussy, und wir hörten La Mer. Nach vorher eher dissoziativ „verdösten“ Stunden ist Frau Zimmermann hier wieder ganz wach und erzählt von Segel-Törns auf der Ostsee, Beziehungen innerhalb der Crew, schwere Anforderungen für sie, zur Zeit ist an Segeln nicht zu denken, zu viel Nähe. Die Stunde schließt mit einem von mir dafür mitgebrachten Song von Randy Newman: Sail Away. Ich hatte mit meiner Planung die Segel-Erzählungen von Frau Zimmermann vorweggeahnt.

Es war eine der letzten „musikalischen Reisen“, bei denen Frau Zimmermann dabei war, bevor sie wieder entlassen werden konnte. Wir hatten nach schweren Verwicklungen einen klaren Abschluss gefunden, bei dem klar war, dass es eine verstehende Nähe gibt, die aber nicht übergriffig wird. Damit waren wir sehr zufrieden. Eine verweigerte Deutung und dann doch so etwas wie eine kleine Konstruktion hatten letztendlich eine ermutigende Botschaft geben können.

Die Fallvignetten zeigen, wie Prozesse in der rezeptiven Musiktherapie ablaufen, die manchmal sehr fragmentiert oder bruchstückhaft bleiben. Es ist für die Teilnehmer der Gruppe nützlich zu erleben, wie man sich gemeinsam mit dem Therapeuten und anderen Gruppenteilnehmern diesen Phänomenen aussetzen. Darüber hinaus treten zahlreiche kleine Momente von Verlebendigung, Ent-Fremdung, Übertragung und Begegnung mit unbewussten Strukturen auf. Diese tiefenpsychologisch verstandene rezeptive Musiktherapie ist damit im psychiatrischen Behandlungsrahmen bedeutsam und erweist sich als wichtiger Baustein einer patientenorientierten Therapiekonzeption. Die Bewegung ist unter der Oberfläche von Abwehrverhalten oft nur mühsam zu erahnen, das kann die therapeutische Arbeit in dieser Gruppe so überaus anstrengend machen. Ohne die Musik wäre das gar nicht auszuhalten.

Literatur:

- Decker-Voigt, H. H., Knill, P., Weymann, E. (Hrsg.) (1996): Lexikon Musiktherapie. Göttingen
- Engelmann, I. (2000): Manchmal ein bestimmter Klang. Göttingen
- Ermann, B. (1996): Übertragung. Psychotherapeut 41, 119–127
- Frank-Bleckwedel, E. (1996): Rezeptive Musiktherapie. In Decker-Voigt e.a.
- Freud, S. (1937): Konstruktionen in der Analyse. Studienausgabe Frankfurt (2000) Ergänzungsband, 394–406
- Frohne-Hagemann, I. (Hrsg.) (2004): Rezeptive Musiktherapie. Theorie und Praxis. Wiesbaden
- Gembris, H. (1993): Zur Situation der rezeptiven Musiktherapie. Musiktherapeutische Umschau 14, 193–206
- Gembris, H. (1996): Rezeptionsforschung. In: Decker-Voigt e.a.
- Marcus, G. (1989): Lip Stick Traces. Von Dada bis Punk, Hamburg 1996
- Metzner, S. (2004): Einige Gedanken zur rezeptiven Musiktherapie aus psychoanalytischer Sicht. In Frohne-Hagemann (Hrsg.) (2004), 27–38
- Plog, U. (1997): Die Begegnung mit dem Anderen. die Psychotherapeutin 7, 45–50

Rilke, R. M. (1923): Duineser Elegien. Frankfurt 1974

Spitzer, M. (2002): Musik im Kopf. Stuttgart

Discographie einiger im Text erwähnter Musikstücke:

Afrocelt: Further in Time. Realworld Virgin 7243 8 10184 0 8

Bang On A Can: Music for Airplanes (Brian Eno). Point Music 536 847–2

Brahms, Johannes: Ungarische Tänze. Wiener Philharmoniker, Claudio Abbado. DG 410 615–2

Cash, Johnny: American IV: The Man Comes Around. American 063 339–2

Classical Comfort: New electronic perspectives on vintage masterpieces. Edel records-0133362ERE

College Rock(s): (feat. Nena: Leuchtturm) BMG 039 370–2

Debussy, Claude: Images. La Mer. Los Angeles Philharmonic, Esa-Pekka Salonen. Sony SK 62599

Dvorak, Antonin: Slawische Tänze. Cleveland Orchestra, George Szell. Sony SBK 48 161

Jackson, Michael: History. Past, Present and Future. Epic 4747092

Nelson, Willie: Across The Borderline. Columbia 472942–2

Newman, Randy: Lonely At The Top. Warner Brothers 2292 41126–2

Orbison, Roy: Gold. Disky Communications SI 998922

Orioles, The: Sing Their Greatest Hits. Collectables Records.

Reich, Steve: Reich Remixed, various artists. Nonesuch 795979552–2

Rimskij-Korsakov, Nicolaj: Hummelflug. Philharmonic Orchestra, Vladimir Ashkenazy. Decca 448 989–2

Smetana, Bedrich: Mein Vaterland. Royal Concertgebouw Orchestra, Antal Dorati. Philips 432 032–2

Turkey: The Rough Guide To The Music Of Turkey. RGNET 1057

Wolgemut Schauspieluden: Selbstverlag

Dr. phil. Ingo Engelmann, Psychologischer Psychotherapeut, Musiktherapeut (BVM), Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Bethesda Allgemeines Krankenhaus gGmbH-Bergedorf, Glindersweg 80, 21029 Hamburg, klangengel@t-online.de