

Jahrbuch Musiktherapie Music Therapy Annual

Band 2 (2006)
Schöpferisches Potential der
Musiktherapie vor dem
Hintergrund gegenwärtiger
Rahmenbedingungen

Vol. 2 Creative Potential and
Current Practice Settings

herausgegeben vom
Berufsverband
der Musiktherapeutinnen
und Musiktherapeuten in
Deutschland e. V. (BVM)

Reichert

Jahrbuch Musiktherapie
Music Therapy Annual

Berufsverband der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten
in Deutschland e. V. (BVM) (Hg./Ed.)

Jahrbuch Musiktherapie

Music Therapy Annual

Band 2 / 2006: Schöpferisches Potential der Musiktherapie vor dem
Hintergrund gegenwärtiger Rahmenbedingungen

Vol. 2 / 2006: Creative Potential and Current Practice Settings

zeitpunkt musik
Reichert Verlag Wiesbaden 2006

Herausgegeben von / edited by
Berufsverband der Musiktherapeutinnen
und Musiktherapeuten in Deutschland e. V. (BVM)

Redaktion: Anke Esch, Isabelle Frohne-Hagemann,
Susanne Landsiedel-Anders, Mary Laqua, Hanna Schirmer, Elisabeth Seitz

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Gedruckt auf säurefreiem Papier
(alterungsbeständig – pH 7, neutral)

© zeitpunkt Musik. Forum zeitpunkt
Dr. Ludwig Reichert Verlag Wiesbaden 2006
www.reichert-verlag.de
ISBN: 3-89500-488-9
ISSN: 978-3-89500-488-9
eISBN: 3-7520-0184-6
DOI: 10.29091/9783752001846

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung
des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen,
Mikroverfilmungen und die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.
Printed in Germany

Inhalt

Vorwort

Hanna Schirmer	7
----------------------	---

Beiträge

Musik auf Rädern GbR – ambulante Musiktherapie – Gründung und Etablierung eines Dienstleistungsunternehmens und Erfahrungen aus der musiktherapeutischen Arbeit mit alten Menschen Barbara Keller, Cornelia Klären, Ursula Pfefferle	9
Musiktherapeutische Methoden in der beruflichen Weiterbildung Pia Neiwert	35
The Background and Current Status of Education and Funding for Music Therapy Services in the United States Cynthia A. Briggs, Susan Bawell Weber	55
Fremdes im Eigenen, Eigenes im Fremden – Musiktherapie in Chile – Gedanken einer deutschen Musiktherapeutin im Ausland Susanne Bauer	67
Von fremden Ländern und Menschen – Rezeptive Musiktherapie „Musikalische Reise“ in der psychodynamischen Psychiatrie Ingo Engelmann	85
Die Zerdehnung des seelischen Augenblicks und der zerdehnte Musik-Augenblick am Beispiel psychosomatischer Patienten Shushanik Sukiasyan	103
Ein Experiment mit Folgen – Zur Dynamik einer musiktherapeutisch-schöpferischen Formlosigkeit Nicola Nawe	119

Forschungsarbeiten

Zur Wirksamkeit musiktherapeutischer Interventionen aus entwicklungsneurobiologischer Sicht Monika Nöcker-Ribaupierre, Gisela M. Lenz, Gerald Hüther	137
--	-----

Musiktherapie in Praxis, Forschung und Lehre Musiktherapeutische Habilitation an der Universität Dortmund Rosemarie Töpker.....	157
Zeitschriftenprofile – Adressen.....	181
Buchbesprechungen	185
Die Autoren	215
Register.....	219

Vorwort

Die Tätigkeit von MusiktherapeutInnen ist, wie wir wissen, vielfältig in bezug auf das Klientel, die Krankheitsbilder aber auch die Rahmenbedingungen, die durch klinikpolitische bzw. gesundheitspolitische Interessen gegeben sind. Hinzu kommen – zumindest gilt das für den deutschen Bereich – zunehmend Engpässe im Gesundheits- und Bildungswesen.

Unsere Fragestellung für dieses 2. Jahrbuch, das wir nun vorlegen, war: „Wie kommen MusiktherapeutInnen mit den immer schwieriger werdenden Gegebenheiten zurecht? Was gestaltet sich neu? Wie bewähren sich musiktherapeutische Konzepte, wie können sie weiterentwickelt und spezifiziert werden? Wie sieht die musiktherapeutische Berufswirklichkeit heute aus?“

So haben wir die scheinbar verschiedensten Arbeitsschwerpunkte in den Beiträgen zum Buchthema zusammengetragen. Barbara Keller, Cornelia Klären und Ursula Pfefferle aus Münster stellen die Gründung und Etablierung eines Dienstleistungsunternehmens „Musik auf Rädern Gbr“ vor und beschreiben exemplarisch 3 Fälle aus der Arbeit in einem Altenheim im Rahmen dieses Projektes. Die ebenso aus Münster stammende Autorin Pia Neiwert stellt die Verbindung von Musiktherapie und beruflicher Weiterbildung her und beschreibt einen Coachingverlauf mit musiktherapeutischen Methoden für den Existenzgründungsbe- reich. In beiden Artikeln wird die Möglichkeit aufgezeigt, der schwierigen Situation auf dem Arbeitsmarkt zu begegnen.

Die Autorinnen Cynthia A. Briggs und Susan Bawell Weber aus St. Louis, MO., USA, geben einen Überblick über die Berufsentwicklung und den gegenwärtigen Stand der musiktherapeutischen Ausbildung in den USA. Außerdem zeigen sie Finanzierungsformen für musiktherapeutische Dienste auf. Auch hier sind die Rahmengengebenheiten ausschlaggebend für die musiktherapeutische Entwicklung im Lande. Susanne Bauer aus Santiago de Chile setzt sich mit den Möglichkeiten von Anpassungsvorgängen verschiedener Kulturen, nämlich ihrer eigenen und der in Chile bestehenden Kultur, auseinander, und beschreibt ihre persönliche Entwicklung und den kulturellen Einfluss auf ihre Tätigkeit als Musiktherapeutin unter diesen fremden Bedingungen. Auch Ingo Engelmann beschäftigt sich in seiner Arbeit mit dem Thema „Fremdheit“. Er nimmt es zum Anlass, die musiktherapeutische Methode der Gruppenimprovisation für das von ihm beschriebene Klientel zu verlassen. An seiner Musiktherapiegruppe nehmen zunehmend Menschen teil, die nicht aus Deutschland stammen. Für sie und auch für andere schwer erreichbare psychiatrische Patienten setzt er die, wie er feststellt, „niederschwellige“ Methode der rezeptiven Musiktherapie ein.

Shushanik Sukiasyan aus Köln lenkt den Blick des Lesers in die Mikroperspektive: Hier wird ein Aspekt der morphologischen Psychologie (Wilhelm Salber u. a.), nämlich „die Zerdehnung des seelischen Augenblicks“ aufgegriffen, die therapeutischen Möglichkeiten einer solchen – eher philosophischen – Betrachtung

tung aufgezeigt und im weiteren auf die Anwendung von Musik in der Musiktherapie bezogen.

Einengende Möglichkeiten oder eingeengte Betrachtungen führen häufig zu Ausweitungen bzw. Ausbreitungen in anderen Bereichen – solche Phänomene kann man als kreatives Potenzial ansehen. Von daher wird die Reihe der Beiträge zum Buchthema von Nicola Nawe aus Hamburg beschlossen; in ihrem Artikel geht es um „Formen“ und „Umformen“. Die Autorin beschreibt die musiktherapeutischen Prozesse eines von ihr behandelten Kindes in einer integrativen Schule und gleichzeitig werden die durch die Therapie hervorgerufenen kreativen Prozesse verstehbar. Dabei führt sie die Begriffe des „Ungeformten im potentiellen Raum“ (Winnicott) mit der „Ausbreitung und Rekonstruktion psychischer Strukturen in der musiktherapeutischen Behandlung“ zusammen.

Die folgende Rubrik „Forschungsarbeiten“ beinhaltet Beiträge, die nicht unter dem Buchtitel zu subsumieren sind. Deshalb unterscheidet sich diese Bezeichnung von der Rubrik „Beiträge“, auch wenn im Teil der „Beiträge“ durchaus wissenschaftliches Arbeiten und Forschungsarbeiten vorgestellt werden können.

Es ist intendiert, in der Rubrik „Forschungsarbeiten“ Raum für Dissertationen, Forschungsprojekte u. ä. in verkürzter Form zur Verfügung zu stellen. Wir möchten unsere Kolleginnen und Kollegen ermutigen, diesen Raum für ihre Darstellungen zu nutzen und sich ggf. bei der Jahrbuch-Redaktion zu melden.

Diesmal können wir hier zwei Artikel vorlegen: Zunächst untersuchen Monika Nöcker-Ribaupierre, Gisela M. Lenz und Gerald Hüther aus entwicklungs-neurobiologischer Sicht die Wirksamkeit musiktherapeutischer Interventionen. Eine Reihe neurobiologischer Erkenntnisse im Zusammenhang mit auditiven Erfahrungen werden herangezogen, um von dieser Seite her die Wirksamkeit musiktherapeutischer Interventionen zu verstehen. Im Anschluss stellt Rosemarie Tüpker ihre kumulative Habilitation vor, eine Zusammenstellung von Schriften, die einen Zeitraum von mehr als 15 Jahren umschließen. Diese Schriften behandeln Themenbereiche aus der Musikpsychologie, aus Theorie und Praxeologie der Musiktherapie und Fragen zur musiktherapeutischen Lehre.

Mit der neuen Rubrik „Zeitschriftenprofile“ möchten wir internationalen musiktherapeutischen Zeitschriften die Möglichkeit geben, sich vorzustellen. Wir verbinden damit die Hoffnung auf einen Ort der Orientierung, gleichzeitig wünschen wir uns Öffnung nach außen und Austausch mit den Medien internationaler musiktherapeutischer Vereinigungen. Ein Anfang ist gemacht. Wir hoffen auf weitere Zusendungen für die nächsten Jahrbücher.

Die umfangreichen Buchrezensionen schließen wieder das Jahrbuch ab.

Juni 2006
Für die Redaktion
Hanna Schirmer

Beiträge

Musik auf Rädern GbR – ambulante Musiktherapie

Gründung und Etablierung eines Dienstleistungsunternehmens und Erfahrungen aus der musiktherapeutischen Arbeit mit alten Menschen

Music on Wheels – Outpatient Music Therapy

Creating and Establishing a Company Providing Services and Experiences with Music Therapy for Elderly People

Barbara Keller, Cornelia Klären, Ursula Pfefferle

In diesem Beitrag werden zunächst die verschiedenen Schritte des Weges in die Selbstständigkeit beschrieben und kritisch hinterfragt: Wie viel Flexibilität, „Kampfesgeist“ und Kompromissbereitschaft sind nötig und dürfen sein? Wie viel Entfaltungsspielraum bleibt? Wie und warum kann sich eine freiberufliche Musiktherapie in der momentanen gesundheitspolitischen Situation behaupten und in der Pflege-landschaft etablieren?

In einem zweiten Teil wird die praktische musiktherapeutische Arbeit mit alten Menschen vorgestellt. Das Team hat in mehrjähriger Berufspraxis ein eigenes Konzept entwickelt. In der Musiktherapie wird bewusst nicht auf eine musikalische oder sonst wie geartete Aktivierung und Strukturierung abgezielt. Das Grundprinzip ist eine wertschätzende und respektvolle Haltung gegenüber dem alten, dementen und/oder sterbenden Menschen. Anhand verschiedener Fallbeispiele soll deutlich werden, welche Chancen und Möglichkeiten für den Patienten – und auch für den Therapeuten – in einer solchen entwicklungs-offenen und methodisch flexiblen Haltung liegen.

The first part of this paper describes the different stages towards self-employment. It then critically questions to what degree flexibility, a “fighting spirit” and a give-and-take attitude are necessary and permitted. How much room for expansion remains? How and why can free-lance music therapy stand its ground in today’s health care politics and become established in the field of health care maintenance?

The second part of this study presents the practical work with music therapy for the elderly. Drawing from many years of professional practice, the team developed a

unique concept that intentionally does not base itself on musical or other forms of activating and rigidly structured interaction, but rather on a valued and respectful attitude toward elderly, dementia afflicted and/or dying persons. Several case studies clarify the prospects and possibilities for patients, as well as therapists, found in such a developmentally open and methodically flexible approach.

„Könnt ihr denn davon leben? Und wer zahlt das?“

Gründung und Etablierung eines Dienstleistungsunternehmens

Manchmal bedauern wir uns gegenseitig, mit der Selbständigkeit eine solch erklärungsbedürftige Berufsform gewählt zu haben – ist doch der Beruf des Musiktherapeuten an sich schon ständig zu umschreiben, bisweilen sogar zu rechtfertigen. Physiklehrer haben es da leichter. Doch nachdem die Existenzgründungsphase hinter uns liegt, nachdem sich die Berufseinsteiger-Aufgeregtheit langsam gelegt hat und sich nach und nach eine Berufsidentität bildet, stellen wir auch immer wieder fest, was für ein schönes und dankbares Arbeitsfeld die Musiktherapie ist, und dass die musiktherapeutische Selbständigkeit ein gangbarer und lohnenswerter Weg und damit vor allem aus finanzieller Sicht eine gute Alternative zu einer Planstelle ist.

Zunächst die Fakten: Unser Team besteht aus drei Personen, unser wöchentliches Arbeitspensum entspricht dem dreier Vollzeitstellen, wir haben keine Praxis, aber einen gemeinsamen Büroraum und bringen Musiktherapie dorthin, wo sie gewünscht wird. Die ursprüngliche Idee – erwachsen aus einer Diplomarbeit an der Universität Münster (Keller 2003) –, Musiktherapie zu pflegebedürftigen alten Menschen nach Hause zu bringen, hat sich inzwischen in verschiedener Hinsicht weiterentwickelt und dem Markt angepasst: Ein Großteil der Kunden der „Musik auf Rädern GbR“ sind nicht wie anfänglich gedacht Privatleute, sondern Altenpflegeeinrichtungen und Rehabilitationszentren; zu den Dienstleistungen gehört neben Einzel- und Gruppenmusiktherapie auch die regelmäßige Gestaltung von Jahreszeitenfesten, Tanztees, Wunschkonzerten usw. Gleichzeitig hat sich auch die Zielgruppe erweitert: Ein Kollege arbeitet nach gleichem Konzept am selben Ort mit behinderten Menschen, zwei weitere Kolleginnen mit Kindern und Jugendlichen (nähere Informationen unter www.musikaufraedern.de). Die Nachfrage nach Musiktherapie am Ort wächst – weil es ein Angebot gibt.

Warum funktioniert das Modell in dieser Zeit der knappen Kassen?

Auch als Musiktherapeuten können wir von der aktuellen gesundheitspolitischen Situation profitieren. Zwar werden allerorts Stellen eingespart und gestrichen, doch rückt damit die Notwendigkeit, Musiktherapie anzubieten, nicht aus dem Blickfeld. Es müssen neue Wege beschritten werden: Neue Wege, losgelöst aus der

Verankerung der frustrierenden Suche nach offiziellen Kostenträgern, denn das Aufspüren und Ausschöpfen der letzten verbliebenen Finanzierungsmöglichkeiten durch das staatliche Gesundheits- oder Sozialsystem wird immer schwieriger (vgl. Pleß-Adamczyk 2002); neue Wege, auch in dem Vertrauen auf die Prognosen der Sozialforscher (vgl. Miegl 2002)¹. Institutionen (von Kindergärten und Schulen bis hin zu Einrichtungen der Altenpflege) sind – das zeigt die Praxis – in der Lage, andere Möglichkeiten der Finanzierung zu erschließen. Dies wiederum steigert ihren Wettbewerbswert. Musiktherapeuten müssen ebendiese offensichtlichen Versorgungslücken im ambulanten Bereich aufspüren und sich so eigene Nischen schaffen. Damit ist hier jedoch nicht die Gründung einer musiktherapeutischen Praxis gemeint, um die es, wenn über ambulante Musiktherapie gesprochen oder geschrieben wird, in der Regel geht. Denn auch die Zahl der Praxen ist seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes und den damit einhergehenden Forderungen nach Approbation und Kassenzulassung zurückgegangen (vgl. Decker-Voigt/Frohne-Hagemann/Kächele/Metzner 2003).

Die gemeinten Nischen befinden sich vielmehr in der Dienstleistungsbranche. „Man muss lernen, in die Institutionen zu gehen und sich als Musiktherapeut nicht unter Wert zu *bewerben*, sondern einen *Service* anzubieten und diesen dann der Institution in Rechnung zu stellen.“ (Frohne-Hagemann in Decker-Voigt u. a. 2003) Wird die Musiktherapie zur Dienstleistung, wird sie – so erleben wir es und das ist unsere Prognose – gefragter denn je. Dies geschieht jedoch nicht von allein, sondern braucht Initiative. Doch wie viel Flexibilität, Kampfesgeist und Kompromissbereitschaft sind nötig und dürfen sein, um sich selbst eine oder mehrere Musiktherapeuten-Stellen zu schaffen? Wie viel Entfaltungsspielraum bleibt? Und ist die Qualität gesichert, wenn man in so existenzieller Hinsicht für die Erhaltung seiner Stelle verantwortlich ist? Eine Klärung dieser Fragen kann hier nur in Ansätzen versucht werden. Wir wollen in drei Schritten vorgehen: Es soll zunächst unser Weg in die Selbständigkeit umrissen werden, anschließend wagen wir ein Resümee über das, was eine Gründung ausmacht und begünstigen kann, und schließlich geben wir einen umfassenderen Einblick in die praktische Arbeit.

Selbständigkeit – vordergründig

Unsere Existenzgründung dauerte ein Jahr. Wir unterteilen sie in vier Phasen:

Von der Idee zu den ersten Schritten (Frühjahr 2003)

Die Idee ist geboren, ein Team findet sich zusammen. Betriebswirtschaftliche und rechtliche Fragen werden geklärt, erforderliche Versicherungen abgeschlossen. Über die Hochschule laden wir Vertreter der Pflegelandschaft in Münster zu einem „Runden Tisch“ ein, um gemeinsam über die Möglichkeiten und Grenzen der Idee nachzudenken. Wir erhalten ein durchweg positives Echo.

Akquise heißt die Devise (Sommer und Herbst 2003):

Wir entwickeln eine Angebotspalette aus „Bausteinen“ und „Paketen“. Das Angebot gilt es zu vermarkten. Wir lassen Flyer und Konzepte drucken, gestalten eine Homepage, bekleben unsere Autos, stehen mehrfach in der Zeitung und führen Gespräche mit Vertretern von ambulanten Pflegediensten und Einrichtungen der Altenpflege und –rehabilitation. Wir melden uns beim Finanzamt als Dienstleister an.

Die Räder rollen (Herbst 2003):

Erste Aufträge. Zuversicht. Allerdings auch immer wieder Absagen. Die Akquise geht weiter.

Die Nachfrage wächst – das Angebot erweitert sich (Winter 2003/2004):

Wir erhalten weitere Aufträge, zum Teil über Mund-zu-Mund-Propaganda. Neue Anfragen bringen uns auf neue Ideen. Wir passen unser Angebot nach und nach den Gegebenheiten an ².

Selbständigkeit – hintergründig

Vier Phasen, ein Kalenderjahr, drei Stellen. Ja, wir können davon leben. Werden wir gefragt, wie wir „das gemacht“ haben, so hilft eine Erläuterung der obigen Auflistung dem Fragenden nicht besonders viel weiter. Sie ist durchaus überschaubar und gut nachvollziehbar – aber eigentlich wenig eindrucksvoll. Was eine Gründung realistisch werden lässt, sind nicht die Wege zum Rechtsanwalt, zum Versicherungsberater, zum Finanzamt oder zum Buchhaltungsseminar der Regionalstelle „Frau und Beruf“ ³. Was eine Gründung realistisch werden lässt, ist das, was dahinter steht. Wir fassen es unter den folgenden drei Punkten zusammen:

Die „richtige“ Einstellung haben

Der Glaube, es zu schaffen und vor allem der Wille, es (auch nach Misserfolgen weiter) zu versuchen; Idealismus und Mut sind wohl die wichtigsten Voraussetzungen, die aus einer Existenzgründungsidee eine Existenzgründung werden lassen.

Unterstützung erfahren

Das Wissen, gehalten zu sein durch Familie oder Partner, das Gefühl, den steinigen Pfad im Team gemeinsam zu beschreiten, oder Rückhalt zu spüren durch die Anbindung an eine Ausbildungsstätte helfen ungemein. Manchmal mangelt es im beruflichen Alltag an Wertschätzung. Eine gute und qualifizierte Arbeit ist leichter möglich, wenn man Wertschätzung erfährt.

Sich mitbewegen

Dies ist in zweierlei Hinsicht gemeint: Flexibel sein, sich in die Nische einfügen, Ideen produzieren, improvisieren; in Gesprächen mit Geldgebern die therapeutische Fähigkeit nutzen, sich in die Gedanken- und Gefühlswelt des Gesprächspartners einzufühlen („mein Gegenüber hat vermutlich wenig fundierten Einblick, was die Musiktherapie leisten kann, außerdem hat mein Gegenüber zunächst kein Geld zur Verfügung, um Musiktherapie zu bezahlen“), und darauf sensibel reagieren. In der Akquise beharrlich sein.

Therapeutische Kompetenzen fließen in Betriebs- und Strukturplanungen mit ein und umgekehrt. Geht man davon aus, dass formale Gegebenheiten die therapeutische Arbeit beeinflussen, so ist die Notwendigkeit einer Balance zwischen strukturellen Erfordernissen und der Zielvorstellung unserer Arbeit festzustellen: Man möchte den alten Menschen in seiner Stille und Abschiedlichkeit begleiten. Gleichzeitig erfordert nicht zuletzt die Organisation der selbständigen Betriebsführung eine erhöhte Regsamkeit, die man so bewusst in den Therapiestunden loslassen will – oder darf. Ähnlich gegensätzlich wirkt das „auf Rädern“ sein: neben der Mobilität, die dem alten Menschen in seiner gewohnten Umgebung zugute kommt, erleben wir in den verschiedenen Einrichtungen, Kliniken oder Haushalten immer wechselnde Atmosphären und Lebenswelten und möchten dann, angekommen bei den auf uns Wartenden, gerade dieses Wechselhafte und Geschäftige abstreifen. Die beiden Pole wirken auf jeden anders, wir empfinden sie als unterschiedlich bereichernd oder belastend; letztendlich haben wir sie selbst auszugleichen.

Die verschiedenen Aufträge bringen es mit sich, dass wir jeweils nur wenige Stunden in einer Einrichtung arbeiten. Eine (regelmäßige) Teilnahme an Teamsitzungen ist daher nicht möglich, der Zeitaufwand wird in der Regel nicht vergütet. Im Team mitzugestalten, auf die Rahmenbedingungen der eigenen Arbeit einzuwirken, wird dadurch teilweise erschwert. Die Verhandlungen über den Raum, in dem die Musiktherapie stattfindet, über die Patienten, die daran teilnehmen und über die sonstigen Rahmenbedingungen führen wir stets mit der Leitung und mit dem Sozialen Dienst der Einrichtungen. In der alltäglichen praktischen Arbeit sind unsere Ansprechpartner dann in der Regel die Schwestern und Pfleger. Hier gilt es, sich eine gewisse Gelassenheit und Freude am Improvisieren in Bezug auf die Arbeitsbedingungen anzueignen und zu bewahren, und dem möglicherweise stockenden Informationsfluss und daraus resultierenden Veränderungen offen entgegenzutreten.

In gewissem Sinne haben wir einen Gaststatus. Wir sind eingeladen worden, mit unserer Musiktherapie die Heimbewohner zu bereichern, wir sind als Selbständige von unseren Auftraggebern nicht direkt abhängig, wir kommen und gehen und bringen eben „die Musik ins Haus“ – so steht es auf unseren Autos. Dieser Status hat neben dem Nachteil, dass man sich mit der einen oder anderen Gegebenheit zu

arrangieren hat, sehr viele Vorteile, die man wiederum an die Bewohner weitergeben kann. Nicht direkt in das System der Einrichtung eingebunden haben wir die Freiheit, gründlicher und intensiver den Blickwinkel der Bewohner einzunehmen. Wir können uns ohne eigene Anhängigkeiten in die Heimsituation einfühlen, am Erleben unserer Klienten teilnehmen und das Erleben verstehen und mittragen.

Darüber hinaus hilfreich, unverzichtbar und unserer Arbeit mit den Patienten in jeder Weise zuträglich sind der rege und enge Austausch untereinander, mit Praktikanten, das Dokumentieren der Therapien, gemeinsame Intervention und Supervision.

„Wir haben die Mauer weggetrommelt.“

Erfahrungen aus der musiktherapeutischen Arbeit mit alten Menschen

„Ich habe eine Aufgabe für Sie. Das ist eine große Aufgabe: Sie müssen mir helfen, das Verlorene wiederzufinden.“ Herr Huber⁴

„Gerade eben war ich tot, dann wieder lebendig, dann wieder tot. Ich weiß überhaupt nicht, was da los ist.“ Herr Naumann

„Wie geht es Ihnen heute?“ – „Nicht gut. Meine Mine ist so kalt.“ Frau Röder

„Ich möchte, dass alle Gefangenen frei gelassen werden!“ Herr Pieper

„Ich grübele nach, aber ich weiß nicht, über was.“ Frau Kleist

„Ich möchte hier mit ganzem Verstand sitzen!“ Frau Dahlmann

„Das alles ist jetzt ein glatter Fußboden.“ Frau Tenne

„Heute ist ein schweres Gewitter über mich gezogen.“ Herr Knemeyer

Diese Zitate tönen aus einer zerfallenen und unberechenbaren Welt und dokumentieren die teilweise verzweifelte Suche nach Halt und Hilfe. Durch die manchmal eigenwilligen und nahezu poetischen Formulierungen hindurch ist einerseits das Bemerkte der geistigen und anderen Verluste zu erkennen und andererseits der Versuch, das Alte wieder zu finden und einzufordern, es in der äußeren Welt einzuholen. Und die äußere Welt? Musiktherapie als eine äußere Welt möchte dem alten Menschen auf eine Weise begegnen, die ihn wieder Ganzheit erleben lässt, wenigstens für eine kurze Zeit. Mit ihren Instrumenten, Atmosphären und der Musik kann die Musiktherapie eine verbindende Funktion erfüllen, hineinführen in die Erlebniswelt des Patienten, sie kann Brücken bauen zwischen innen und außen, früher und heute und zwischen den teilnehmenden Spielern.

Die folgenden drei Schilderungen von Therapieverläufen entstammen der Arbeit in zwei Seniorenheimen und einer geriatrischen Rehabilitationsklinik. Es handelt sich um zwei Einzeltherapien und eine Gruppentherapie.

Frau Schäfer erlebt einen Abschied.

Eine Einzelmusiktherapie in einer geriatrischen Rehabilitationsklinik

Ursula Pfefferle

Frau Schäfer ist für vier Wochen Patientin in einer Klinik für geriatrische Rehabilitation. Ab der zweiten Woche erhält die Patientin Musiktherapie. Frau Schäfer ist 80 Jahre alt, sie hat vier Kinder, ist seit acht Monaten Witwe und hat in einem kaufmännischen Beruf gearbeitet.

Sie kommt mit der Diagnose „linksseitiger Hirninfarkt mit Aphasien und leicht-gradiger Hemiparese rechts; kardiopulmolare Einschränkung“ in die Rehabilitation. Als Ursache für den Hirninfarkt wird Vorhofflimmern angegeben. Zum Zeitpunkt des Infarkts war die Patientin zuhause. Ein plötzlicher Sprachverlust trat auf, die Patientin konnte nicht mehr aufstehen. Frau Schäfer wurde 12 Tage im Krankenhaus behandelt, bevor sie die Rehabilitation antrat.

Frau Schäfer erhält neben der Musiktherapie auch Ergotherapie und Sprachtherapie. Dem Ergotherapeuten gegenüber äußert sie, dass die Sprachdefizite ihr größtes Problem seien. Er berichtet, dass sich die Patientin bei Übungen des Gleichgewichts ängstlich zeige. Insgesamt befindet sich Frau Schäfer in einem akzeptablen körperlichen Zustand, die Folgen des Schlaganfalls wie ein leichtes Sprachdefizit und wenig beeinträchtigende Lähmungserscheinungen sind als moderat zu bewerten.

Als musiktherapeutischer Behandlungsauftrag für diese Patientin zeichnet sich bereits in der ersten Begegnung Trauerarbeit und Unterstützung der eigenen Kräfte ab. Die körperlichen Einbußen stehen auch für das Erleben der Patientin eher im Hintergrund. Sie ist emotional verletzt und sehr unsicher, ihr entgleitet der Überblick, sie hat Kummer. Dieser wiederum äußert sich auch im Somatischen, so denke ich bald nach unserem Kennenlernen. Neben der Trauer über den Tod des Ehemannes erschwert ein Mythos die Bewältigung der Situation: der verpasste Abschied von ihm. Als er in einem Krankenhaus starb, befand sich die Patientin bereits das erste Mal in derselben Rehabilitationsklinik wie momentan, um sich nach einer Operation zu regenerieren. Dadurch konnten sich die beiden Eheleute nicht noch einmal sehen. Die verlorene Gelegenheit liegt in der Seele von Frau Schäfer und erschwert zusätzlich die Verarbeitung; dazu tritt die eigene Erkrankung und vor allem der sorgenbereite Gedanke, wie das Leben nun zuhause weitergeht.

Erste Begegnung

Eine traurige kleine Frau.

Die Patientin sitzt am Fenster. Sie ist eine zart gebaute Dame mit heller Haut, eher klein, auch das Gesicht. Sie sieht sehr ebenmäßig und jung aus. Nun harrt sie der Dinge, die da kommen werden. Ich beginne mit dem Begrüßungslied, meine Praktikantin stimmt auf ihre unnachahmliche japanische Weise mit dem Glockenspiel und ihrem Gesang mit ein. Wir begrüßen die Patientin und geben ihr die Hand, sie wendet sich uns zu. Die Praktikantin bietet Frau Schäfer das Glockenspiel an, welches sie mit beiden Händen abwehrt. Ich bin über die Stärke der Geste kurz überrascht, bleibe jedoch bei diesem Gedanken nicht weiter. Im Nachhinein vermissem ich in der folgenden Erklärung Frau Schäfers die eben wahrnehmbare Energie. Sie erläutert, dass sie das Instrument nicht spielen könne. Sie habe im Gegensatz zu ihren vier Kindern nicht Musik gemacht. Die Patientin zählt das Alter ihrer Kinder auf. Ich äußere, dass sie sehr jung seien (und meine in Wirklichkeit, dass die Patientin jung wirkt). Auch auf diese Bemerkung reagiert Frau Schäfer in einer irritierenden Art. Sie schaut mich kurz an, so kurz, dass sich mein Erstaunen kaum in der Wahrnehmung verfestigen will. Etwas sehr Schmerzvolles, Resigniertes liegt in diesem Blick, und wieder geht der Augenblick vorüber, als habe es ihn nicht gegeben. Wir singen ein, zwei Weihnachtslieder. Die Patientin singt nicht mit, sie hört in sich gekehrt zu. Dazwischen Gespräch und Pausen. Die Pausen und ihre Stille werden wichtig – die Patientin erzählt mehrmals nach einigem Schweigen wesentliche Dinge, etwa vom erlittenen Schlaganfall. Während sie dabei zu Beginn noch nach Wörtern suchen muss und einige verwechselt (zum Beispiel Jahre sagt statt Tage), ist die leichte Aphasie später im Grunde nicht mehr festzustellen. Die Patientin spricht zwar langsam, aber das passt zum gesamten Erscheinungsbild. Während der ersten gesungenen Melodien fällt mir auf, dass Frau Schäfer aussieht, als würde sie anfangen zu weinen.

Die Atmosphäre der Stunde ist dicht, angenehm, friedlich, aber auch traurig, wobei Frau Schäfer vom schlimmen Verlust ihres Ehemannes erzählt, nachdem wir unseren Abschied eingeleitet haben. Wir haben bereits „Auf Wiedersehen, Frau Schäfer“ gesungen, ich stehe schon, als die Praktikantin Münsters Innenstadt erwähnt, in der man von zwei Kirchen Glockenspiele hören kann. Als der Name einer Münsteraner Innenstadtstraße genannt wird, fängt die Patientin an zu weinen. Sie könne nun nicht mehr mit ihrem Mann in die Stadt gehen. Ich setze mich wieder. Die Patientin erzählt, dass ihr Mann vor zwei Monaten gestorben sei, an Lungenkrebs. (Er ist vor acht Monaten gestorben.) Während dieser Zeit sei sie in der Klinik gewesen und habe sich nicht verabschieden können. Wir sollen sein Foto auf dem Nachttisch ansehen. Frau Schäfer sieht mich gespannt an, es ist wichtig, dass ich meinen Eindruck über ihren Mann nenne. Er sieht sehr nett und humorvoll aus. Ich denke, dass er ihr sicher einen Halt geboten hat. Frau Schäfer erzählt unter Tränen, dass viele junge Leute bei der Beerdigung geweint hätten. Ihr Mann sei Trainer im Sportverein gewesen.

Zweite Begegnung

Das Leid anhören. Trauern und Zeit haben.

Frau Schäfer fängt an, mir von ihrer Einsamkeit zu erzählen. Die Zimmernachbarin schaltet sich agil ein, sie beide zusammen hätten es doch auch nett und dann sei es doch nicht einsam. Frau Schäfer schaut mit ablehnendem Gesichtsausdruck auf, wendet sich dann aber schnell – den Einwurf nicht beantwortend – mir zu und fordert mich auf, etwas zu spielen. Diese Kommunikation ist aufschlussreich. Die Patientin teilt mir ihre Einsamkeit mit, sie möchte zunächst aber nicht weiter darüber reden. Gutgemeinte Aufmunterungen wehrt sie relativ aggressiv ab. Allmählich kann ich der Patientin immer mehr Zeit lassen. Sie erzählt wieder vom Tod ihres Mannes und wirkt auf mich sehr verzweifelt.

Dritte Begegnung

Stärke und Können.

Die Patientin sitzt aufrecht am Tisch, der am Fenster steht. Heute macht sie einen beschwingteren und präsenteren Eindruck als sonst. Vor ihr stehen Blumen, die wir bewundern. Sie erzählt, dass ihr Sohn ihr diese Blumen mitgebracht habe. Es geht eine Stärke von Frau Schäfer aus, auf die wir spiegelnd reagieren. Frau Schäfer ist in Erzähllaune. Sie rekapituliert ein wenig ihre Situation, aber doch gelassen und differenziert. Es gibt Gutes und Trauriges. Sie spielt ein bisschen auf einem Instrument, legt es dann aber beiseite. Ich sage ihr, wir hätten auf sie gehört und danach unser Spiel bestimmt, ob sie das denn bemerkt habe. Sie äußert sich dazu nicht weiter, erwähnt jedoch, dass sie eine bestimmte Krankheit habe, die dazu geführt habe, dass sie krumme Beine habe und klein sei. Ihr Mann aber habe immer gesagt, dass er eine kleine Frau haben wolle. Wir kommen auf den Mann zu sprechen. Die Patientin ist traurig, aber heute scheinen die Ereignisse etwas natürlicher zu sein und es gibt auch den Blick auf die Kinder, auf die hilfsbereite Nachbarin – auf ein Leben, das Frau Schäfer nun weiterführen wird. Der Verlust wirkt nicht mehr so erschlagend. Insgesamt verläuft diese Stunde sehr dicht, vertraut, mit einem gemeinsamen Spannungsbogen, mit dem Gefühl im Raum, dass so oder so der Lauf des Lebens sei. Ich empfinde die Patientin als weise und stark.

Vierte Begegnung

Frau Schäfer hat ihr eigenes Tempo und Humor.

Sie sitzt am Tisch, ich merke gleich, dass es der Patientin nicht so gut wie beim letzten Mal geht. Ich spüre in mir Enttäuschung. Erwartungen – ist das ein Thema? Und auch ein bisschen Ärger: Sie kann es doch! Sie muss es doch können! Ich

nehme die Patientin als jemanden wahr, der seine Kräfte unterschätzt bzw. sich aus mir unbekanntem Gründen in einer etwas kindlich-hilflosen Anmutung eingerichtet hat. Der Gedanke liegt nahe, dass dieses Erscheinungsbild gut zu einem aktiven, zupackenden Mann passt, der sich ausdrücklich eine „kleine Frau“ gewünscht hat. Plötzlich und ohne als ausreichend empfundene Vorbereitung und Verabschiedung, ja, auch ohne gefragt worden zu sein, findet sich Frau Schäfer in einer vollkommen veränderten Lebenssituation wieder. In Anbetracht ihres Bedürfnisses nach Bedenkzeit muss ihr alles Eingetretene fast wie eben passiert vorkommen. Ihr Selbstbild zeichnet sie als eine schwache Persönlichkeit. Ist es da ein Wunder, überfordert zu sein? Und ist es nicht verständlich, aufgeben zu wollen und den Körper „übernehmen“ zu lassen? Ich entschieße mich zu großer Zurückhaltung, um die Persönlichkeit meiner Patientin möglichst ohne meine Erwartungen und Einflüsse kennen zu lernen. Eine lustige Szene, und eine, die mich etwas über Geduld lehrt: Es klopft, niemand kommt herein. Frau Schäfer rafft sich auf und geht mit dem Rollator in einem höchst geringen Tempo zur Tür. Sie macht die Tür auf – ich denke, wer immer draußen stand, er muss weg sein. Das ist durchaus nicht der Fall. Eine sehr langsam und unverständlich redende Patientin wartet draußen und bringt die Zeitung für die Mitpatientin von Frau Schäfer. Bis das alles geklärt ist! Ich bin ungeduldig. Die Mitpatientin ist gerade auf der Toilette, was Frau Schäfer der Dame draußen ins Ohr schreit: „Die ist auf dem Klo!“. Langsam, mit der Zeitung auf dem Rollator, kommt die Patientin wieder an unseren Tisch. Sie lächelt und meint, „die spricht noch schlechter als ich!“. Frau Schäfer hat also auch eine spitzbübische Seite. Es kommt mir in den Sinn, dass sie innerlich von Unruhe geprägt ist; nicht an der Oberfläche, aber darunter. Etwas rumort in ihr hin und her.

Fünfte und letzte Begegnung

Gespräche. Der eigene weitere Weg.

Frau Schäfer erzählt uns über ihre bevorstehende Entlassung und dass sie von all den Therapien am heutigen Tage müde sei. Sie bietet uns Plätzchen an und sagt, wir sollen etwas spielen. Sie kommt mir heute geordnet und gesetzt, aber traurig vor. Die Zukunft bereitet ihr Sorgen. Als die Praktikantin ihr nochmals das Glockenspiel anbietet, lehnt sie es wieder so stark ab, dass man den Eindruck bekommen könnte, man habe von ihr etwas Schlimmes verlangt. Vielleicht ist hier ein Versuch zu erkennen, das seelische Gleichgewicht wiederzuerlangen: jedes Verlangen von außen abweisen, um die eigenen Wünsche besser zu hören. Oder nichts zu hören? – Frau Schäfer möchte unterhalten werden. Die Praktikantin und Cotherapeutin erzählt von japanischem Essen und bald wendet insbesondere die Zimmernachbarin das Thema wieder hin zu Krankheiten. Frau Schäfer hat zu dem Thema Essen auch nicht so viel zu sagen. Sie äußert sich kaum über sich; sie ist ein stiller Mensch mit eigenen Gedanken. Hilflosigkeit und Trauer sind in ihrem Gesicht zu lesen.

Nachgedanken

Wir sind traurig, als wir uns von Frau Schäfer verabschieden. Sie ist weiterhin unglücklich. Da sie eine so bedächtige Art hat und die Angewohnheit, wichtige Dinge unerwartet spät zu äußern, spüren wir, dass mehr Zeit und die Möglichkeit, Geduld zu haben, der Patientin noch etwas hätten helfen können. Unsere Gesellschaft und unsere Mitbringsel in Form von Erzählungen, Handlungen, Fragen und Musik haben der alten Dame zwar sicher gut getan und waren ihr angenehm. Dennoch blieben viele Dinge ungesagt und unangetastet, die vielleicht noch hervorgetreten wären und der Patientin dadurch Erleichterung verschafft hätten. Frau Schäfer bedarf eines warmen haltenden Grundes, den sie bisher immer bei ihrem Mann finden konnte. Nun fühlt sie sich dem weiteren Schicksal hilflos ausgeliefert. Sie kommt mit ihrem Klinikaufenthalt an den Ort zurück, den sie zeitlich mit dem Tod des Ehemannes in Verbindung bringt. Vielleicht wollte sie noch etwas nachholen. Ihr Gefühl lässt den Verlust des Ehemannes noch immer in drängender Aktualität spüren. Wir haben in der Musiktherapie das Bedürfnis nach Halt und Wärme vielleicht richtig erkannt, doch konnten wir es natürlich nicht ausreichend auffangen und auch zu wenig auf Perspektiven verweisen. Zudem hielt die Patientin immer eine gewisse Distanz aufrecht. Es bleibt die Hoffnung auf eine gute Zukunft für Frau Schäfer im Kreis ihrer Angehörigen.

Was ist das Ziel der Musiktherapie in einer geriatrischen Rehabilitationsklinik? In erster Linie orientiere ich mich am Gesamtrehabilitationsplan, der im interdisziplinären Team für den Patienten aufgestellt wird. Depressionsbehandlung, Bewegungsförderung, Aphasietherapie sind häufige Indikationen. Bei Schlaganfallpatienten geht es oftmals um Krankheitsbewältigung – die Verarbeitung tiefgreifender Lebensveränderungen. Parallel zu diesen möglichen Zielvorstellungen ist es mir in der Musiktherapie wichtig, Raum für die unerwartete, neue Begegnung freizuhalten, gerade neben prozessorientierten Therapievorgängen anderer Disziplinen eine „Freistelle“ für Beziehung, Humor, Musik und Anderes anzubieten. Nicht selten werde ich von meinen Patienten nicht als Therapeutin, sondern als „Besuch“ oder „Musikant“ wahrgenommen, was ich bisweilen bewusst einsetze. Ich strebe danach, in den Augenblicken gemeinsamen Gesprächs oder Musizierens etwas Neues entstehen zu lassen, eine Gemeinschaft, in der die Individualität und die Kompetenzen des alten Menschen im Mittelpunkt stehen und in einen Fluss geraten. Sehr hilfreich sind kompetente Praktikanten, die im gleichen Sinne an diesem Strom mitgestalten. Eine Stunde erlebe ich als erfüllend, wenn ein Wechselspiel der Personen entstanden ist, sich eine zauberhafte Stimmung eingestellt hat, ein emotionales Erlebnis Platz finden konnte. Es ist sehr wichtig, von den Patienten lernen zu wollen. Therapie heißt, gemeinsam das Leid anzuschauen, es zu betrachten, es zu fühlen. Wir können das körperliche Leid nicht verändern, aber wir können es annehmen. An diesen äußersten Punkten des Lebens geht es nicht primär um Gefühle, sondern um Mit-Sein. In diesen Zuspitzungen erleben wir dann einerseits das Ende der Machbarkeit, andererseits den Neubeginn von Verständnis und Geborgenheit.

„... in den Himmel hinein“ Eine Einzelmusiktherapie in einem Seniorenheim

Barbara Keller

Sie sitzt in einem blauen Ohrensessel, die Füße auf einem Schemel hochgelegt, mit einer weichen Decke bis unter die Arme zugedeckt. Ihre Haut ist durchscheinend; sie sieht alt aus und schwach. Das Zimmer ist etwas abgedunkelt, durch die zugezogenen dicken Vorhänge kommt mattes Licht herein. Das geschäftige Treiben auf dem Flur verstummt mit dem Schließen der Tür. Es ist Ruhe. Zeit ist hier egal. Ich stelle meinen Rucksack und meine Gitarre ab und gehe zu Frau Reinhardt. Wir kennen uns noch nicht. Ich sage meinen Namen und frage sie, ob ich mich ein wenig zu ihr gesellen darf. Sie nickt, sagt nichts. Ich nehme mir einen Stuhl und setze mich ihr schräg gegenüber. Nach einer kleinen Weile fühle ich wieder diese Ruhe.

Frau Reinhardt ist 85 Jahre alt. Sie ist in Berlin geboren und aufgewachsen, absolvierte dort eine Ausbildung zur Tänzerin. Als junge Erwachsene zog sie nach Dortmund, heiratete 1941 und bekam einen Sohn. Wenige Jahre später fiel ihr Mann im Krieg. Nach einigen Jahren heiratete sie wieder und bekam zwei weitere Söhne. Nach der Geburt des dritten Sohnes ließ sie sich scheiden und zog ihre Kinder allein auf, weil – so steht es in der Akte – ihr Mann „ungewohnt geizig“ war. Frau Reinhardt ist nach einer Hirnoperation fast blind; sie ist demenziell erkrankt; ihre weiteren Diagnosen lauten: „akute depressive Reaktion mit psychotischer Entgleisung, cerebrales Anfallsleiden, arterielle Hypertonie“. Sie ist ein zurückhaltender Mensch, wünscht keinen Kontakt zu anderen Bewohnern, ist daher oft allein und unzufrieden. Ihre Söhne besuchen sie regelmäßig. Sie hat große Mühe, ihre jetzige Situation zu begreifen und zu akzeptieren. Sie fühlt sich in der Lage, sich selbständig zu pflegen, wird während der Pflege, die sie nicht akzeptiert, oft ungehalten und ärgerlich. Frau Reinhardt verlässt ihr Zimmer nicht, an den Gruppenangeboten im Haus teilzunehmen lehnt sie ab.

Frau Reinhardt sagt nichts. Wie findet sie das, dass ich hier sitze? Wie findet sie, dass ich nichts sage? Ich weiß einiges über sie, auch die verblichenen Bilder an den Wänden verraten einzelne Mosaiksteine ihres langen und erfüllten Lebens: Fotos einer jungen Tänzerin, einer jungen Frau mit einem Säugling, das Bild eines jungen Soldaten, darüber ein alter Stadtplan von Berlin-Karlshorst, in den Regalen Gedichtbände, Romane, Lexika. Etwas zu sagen erscheint mir sehr schwierig, jeder Gesprächsansatz, den ich mir erdenke, erscheint mir nicht passend, zu flach, zu schmal. Ich warte, vielleicht sagt sie etwas, und spüre noch einmal der Atmosphäre in diesem Zimmer nach.

Frau Reinhardt hat die Augen leicht geschlossen, ab und zu blinzelt sie. Sie bewegt sich kaum, manchmal wendet sie den Kopf in meine Richtung und wieder zurück. Nach etwa zwanzig Minuten, in denen ich schweigend bei ihr sitze, sagt

sie: „So“ und lehnt sich mit dem Oberkörper vor, mir entgegen. Das „So“ empfinde ich als Schlusspunkt, als Aufforderung, zu gehen. Ich sage auch „So“, stehe auf und reiche ihr die Hand zum Abschied. Sie ergreift sie wortlos. Ich sage, dass ich sie bald wieder besuchen werde, und frage, ob es ihr recht sei; sie nickt.

Unsere zweite Begegnung verläuft zu Beginn ähnlich. „Darf ich mich ein bisschen zu Ihnen gesellen?“ „Mmmh.“ Dann längeres Schweigen. Trotz des „Bitte nicht stören“-Schildchens an der Türklinke kommt nach einiger Zeit eine Schwester herein und verkündet vergnügt, dass sie nicht stören wolle, aber schnell eine Flasche Mineralwasser reinbringen wolle, es sei ja sehr warm draußen, heute sei so viel los, schön, dass Besuch da sei, jetzt müsse sie sich aber beeilen, es warteten so viele. Als wir wieder alleine sind, muss ich lachen und sage zu Frau Reinhardt, dass die Schwester ganz schön viel zu sagen hatte. Frau Reinhardt lächelt. „Etwas zu sagen haben“ – es entwickelt sich ein Gespräch darüber. Sie habe viel erlebt, sagt Frau Reinhardt, viel Schlimmes. Ich bin überrascht über ihre Direktheit. „Ich werde immer weniger.“ Ich stimme ihr zu. Wie sich das wohl anfühlt, weniger zu werden? „Kein schönes Gefühl!“ sage ich etwas unbeholfen. „Nein, kein schönes Gefühl“, sagt Frau Reinhardt. Sie scheint sich zu öffnen.

In den nächsten gemeinsamen Stunden in ihrem Zimmer gewinnt sie zunehmend Freude am Erzählen. Frau Reinhardt berichtet aus ihrer frühen Jugend, besonders aus der Zeit, in der sie tanzte: am liebsten mit Heinrich, „der war mein Schwarm“, in einem Schuppen in Karlshorst, immer am Wochenende, Tango und Walzer. Sie braucht viel Zeit zum Erzählen und wiederholt sich oft. Ihre Augen sind dabei weit geöffnet und nach oben gerichtet, gelegentlich lächelt sie. Manchmal lässt sie andere Themen einfließen und nicht immer gibt es einen roten Faden, einige Male baut sie mich in ihre damalige Lebenswelt mit ein: „den kennst du doch“, oder „da musst du mal mit hinkommen“, manchmal schweigen wir. In der sechsten Sitzung setze ich zum ersten Mal die Gitarre ein. Bis dahin hatte ich sie (und andere kleinere Instrumente) zwar immer dabeigehabt, aber keinen geeigneten Zeitpunkt gefunden, sie „ins Spiel“ zu bringen. In eine längere Schweigephase summe und spiele ich das Lied „Ich tanze mit dir in den Himmel hinein“, Frau Reinhardt bewegt die Arme wiegend im Takt – sie tanzt. Das Singen, Spielen und Tanzen dieses Liedes entwickelt sich in den folgenden Wochen zu einem Ritual, jedoch ist dies das bis hierhin einzige musikalische Element. Verschiedene Zupf- und Schlaginstrumente, die ich ihr nach und nach anbiete, lehnt sie relativ bestimmt ab, ohne sie überhaupt auszuprobieren; dies kann auf ihre starke Seheinträchtigung und damit verbundene Unsicherheit im Umgang mit unbekanntem Gegenständen zurückzuführen sein, möglicherweise ist es aber auch eine in dem beginnenden Stadium der Demenz erfahrungsgemäß übliche Ablehnung des Instrumentariums und des freien Improvisierens.

Frau Reinhardt kommt wegen eines Harnwegsinfekts, der sie stark schwächt, ins Krankenhaus. Nach zweiwöchigem Aufenthalt kehrt sie in deutlich verändertem Zustand zurück ins Seniorenheim. Ich treffe sie nicht wie gewohnt in ihrem Ohrensessel an, sondern im Bett liegend. Sie wirkt verstört und kraftlos, murmelt

vor sich hin. Wir kommen ins Gespräch, es ist mühsamer als sonst, ihr zu folgen, nachzuvollziehen, was sich in ihr bewegen mag. Was sie sagt, kommt mir vor wie eine durcheinander geratene Blattsammlung. Sie spricht über ihren ersten Ehemann, dazwischen tauchen immer wieder andere Personen und Fragmente von Begebenheiten oder Erlebnissen auf, zuweilen weint sie. Als Hauptmotiv erkenne ich die Trauer über den so frühen Verlust des von ihr sehr geliebten Mannes. Über ihren eigenen Tod spricht sie reflektiert und erstaunlich klar. Sie sagt, dass sie nicht mehr leben könne und wolle. „Es ist jetzt vorbei.“

Eine der folgenden Sitzungen bewegt mich sehr. Ich habe das Gefühl, dass Frau Reinhardt in dieser Stunde in meiner Anwesenheit stirbt. Ganz zart und leise singe ich das Lied „In einem kühlen Grunde, da geht ein Mühlenrad“. Am Ende, bei der Zeile „... ich möcht' am liebsten sterben, dann wär's auf einmal still“, seufzt sie laut. Ich begleite ihre Atmung und gelange schließlich zu dem Lied „Ich tanze mit dir in den Himmel hinein“, was in diesem Moment eine neue Dimension gewinnt, wenn man den Himmel als den Ort zu begreifen versucht, in den die Sterbende sich wünscht. Es ist eine sehr friedliche Atmosphäre, Frau Reinhardt hat ganz offensichtlich mit dem Leben abgeschlossen und liegt zum Sterben bereit. Ich betrachte die alte Frau, sie trägt ein weißes Nachthemd, ab und zu seufzt sie, ihre Augen sind geschlossen. Mein Blick fällt immer wieder auf die pulsierende Halsschlagader, gut sichtbar auf der blassen durchscheinenden Haut. Sehr bewusst verabschiede ich mich am Ende dieser Stunde von Frau Reinhardt und fühle, es ist gut.

In der nächsten Woche besuche ich sie wieder, ihr Zustand ist unverändert. Wieder begleite ich ihren offensichtlichen Abschied, bin dabei innerlich ruhiger. Die Begegnung bleibt nahezu wortlos. Frau Reinhardt schläft überwiegend, manchmal schlägt sie ein wenig die Augen auf. Die Musik, die ich für sie spiele, ist zart und leise, eine Begleitung. Ich begleite die Stille.

Aber das Sterben will Frau Reinhardt nicht gelingen. Nach einigen Wochen hat sich ihr Zustand stabilisiert und der Körper kommt wieder langsam zu Kräften, doch verliert sie zunehmend ihre Sprache. Die Worte, die sie sagen möchte, zerfallen. Für die Musiktherapie beginnt damit eine neue Phase: die Patientin nutzt nun die Instrumente als Ausdrucksmöglichkeit, wir improvisieren lange und viel. Die Musik ist geprägt von Pausen und Neuanfängen. Frau Reinhardt scheint immer wieder abzuschweifen, sich zu verlieren und schließlich innezuhalten – doch beginnt sie stets und unermüdlich von neuem, gleich ihrer momentanen Lebenssituation.

Das Ende der Musiktherapie kommt plötzlich. Frau Reinhardt hat innerhalb einer Woche zwei Schlaganfälle und stirbt kurz darauf im Krankenhaus.

„Spiel’ doch was auf deiner Geige“ Eine musiktherapeutische Gruppe im Seniorenheim

Cornelia Klären

Die Gruppe besteht seit knapp zweieinhalb Jahren und wird vom Seniorenheim finanziert. An der Gruppe nehmen zurzeit neun Damen teil, die – neben weiteren Erkrankungen – demenziell erkrankt sind. Die fortgeschrittene Demenz macht eine Teilnahme an anderen Gruppenangeboten des Seniorenheims schwierig, wodurch Isolierung droht.

Die besondere Atmosphäre dieser Gruppenmusiktherapie beruht auf dem Umstand, dass die Teilnehmerinnen insgesamt sehr schwach und bedürftig sind, und auch darin, dass sie in der Gruppe verbleiben können, solange sie es wünschen. Eine Veränderung der Gruppenstruktur vollzieht sich erst dann, wenn eine Bewohnerin bettlägerig wird oder stirbt.

10 Uhr

Da es keinen Musiktherapieraum gibt, wird ein Aufenthaltsraum genutzt, der gleichzeitig als Wohn- und Esszimmer für die Bewohner dieses Wohnbereichs dient. Zuerst wird der Raum vorbereitet: Tische werden beiseite gerückt, ein Stuhlkreis gestellt, die Instrumente ausgepackt.

Ich begrüße Frau Siebert (95 Jahre), die seit dem Frühstück hier sitzt und allein und verloren wirkt. *An Frau Siebert fällt mir immer wieder eine gewisse Kargheit auf, die ich mit ihrem Leben in der ehemaligen DDR in Verbindung bringe. Sie äußert in der Musiktherapie keine Wünsche, und ich vermute, dass sie dies auch früher nicht getan hat – eine bescheidene Frau, die sich wenig in ihrem Leben gegönnt, vielmehr hart gearbeitet hat. Frau Siebert hört sehr schlecht und wirkt oft abwesend, in ihrer eigenen Welt versunken. Geht Frau Siebert über den Flur, so hört man sie schon von weitem, da sie leise stöhnt – ah...ah, dazu das Klacken, wenn ihr Stock den Boden berührt.* Ich setze mich neben Frau Siebert und halte ihre Hand, die wie so oft sehr kalt ist. Sie kommentiert dies: „Schön warm“. Nach einer Weile legt sich ihre spürbare Unruhe ein wenig – ein kurzes Gespräch entspinnt sich.

10.20 Uhr

Ein Stockwerk höher höre ich Frau Griewe (94 Jahre) laut schimpfen. *Frau Griewe hat als junge Frau in einer Schneiderei gearbeitet, wo sie bei einem Arbeitsunfall einige Glieder zweier Finger einbüßte. Sie trägt kein Gebiss, wodurch ihre Sprache schlecht verständlich ist.* Für gewöhnlich sitzt sie in einem der Wohnzimmer,

doch wurde sie heute aufgrund ihrer großen Unruhe auf den Flur geschoben. Es stimmt mich traurig, Frau Griewe, die klein und dünn in ihrem Rollstuhl sitzt, gestikulieren und sehr emotional mit unsichtbaren Personen sprechen zu sehen. Meine Frage, ob sie mit „zur Musik“ möchte, bejaht sie. Ich bin überrascht, dass ich in ihre Szene vordringen konnte. Gelingt dies nicht so deutlich, so versuche ich, durch ein Lied oder eine vokale Improvisation mit ihr Kontakt aufzunehmen. Meist lässt sich Frau Griewe auf die Musik ein, singt mit, und zeigt mir so, dass sie von der Musiktherapie profitieren kann.

Im Aufenthaltsraum begegne ich Frau Tenne (83 Jahre). *Frau Tenne hat viel Sinn für Humor und für Wortspielereien. Sie unterhält sich gerne und konfabuliert: Sie springt in Gesprächen ohne erkennbaren roten Faden von Thema zu Thema. Zeigt es sich durch eine unpassende Antwort, dass man ihr nicht folgen konnte, wird sie ungehalten und ärgerlich.* Frau Tenne wischt geschäftig über das Tischchen ihres Rollstuhls. Ich suche Augenkontakt und begrüße sie. Sie lächelt. Es entsteht ein Dialog über mancherlei Missstände, die Frau Tenne entdeckt hat. Sie schimpft und beschwert sich. Diese könnten mit viel Engagement möglicherweise behoben werden – so verbleiben wir, erst danach können wir besprechen, ob sie an der Musiktherapie heute teilnehmen möchte.

Gegenüber von ihr ist der Platz von Frau Rose (95 Jahre). *Sie ist eine ruhige, zierliche Person. Frau Rose sitzt mit gesenktem Kopf und gefalteten Händen an ihrem Tisch. Sie strahlt Willensstärke und Leidenschaft aus. Sie kann sich sowohl ihrer Freude als auch ihrer Traurigkeit hingeben und diese musikalisch hörbar machen.* Wie so oft teilt sie mir wortlos über Kopfschütteln bzw. Nicken mit, ob sie mitkommen möchte. Sie lächelt, stemmt sich langsam von ihrem Stuhl hoch und zertt energisch an ihrem Rollator.

Unten angekommen begegnen wir Frau Lohse (83 Jahre). *Frau Lohse hat früher den Haushalt ihres Bruders, eines Pfarrers, geführt. Sie ist den anderen Gruppenmitgliedern gegenüber sehr aufmerksam und kommentiert deren Verhalten.* Sie hat wie immer die Messe besucht, die in der kleinen Hauskapelle abgehalten wird. Frau Lohse wirkt erfüllt und zufrieden – sie lächelt, ja, die Messe sei sehr schön gewesen. Sie setzt sich auf ihren Platz neben Frau Siebert und begrüßt sie.

Frau Gast (87 Jahre) kommt herein und setzt sich auf ihren Platz, ohne die anderen anzusprechen. *Frau Gast lebte lange Zeit auf der Straße, ein hartes und entbehrungsreiches Leben, das man ihr ansieht. Sie bewegt sich in einem sehr geringen Radius auf dem Wohnbereich und zieht eine Begrenztheit vor, die deutlich im Gegensatz steht zur räumlichen Weite ihres früheren Lebens. Als Einzelgängerin und nicht geübt im Aufrechterhalten sozialer Kontakte, hat sie es besonders schwer, sich an den Tagesablauf im Seniorenheim anzupassen. Von ihrer Ecke aus beobachtet sie das Geschehen sehr aufmerksam, wirkt zugleich jedoch teilnahmslos, da sie wenig Mimik zeigt.*

Frau Althoff (88 Jahre) und Frau Salfeld (95 Jahre) waren in der Messe und werden von einem Zivildienstleistenden zur Musiktherapie gebracht. *Frau Althoff wird von ihrem Sohn als eine reservierte Frau beschrieben, die auch früher nur sehr*

wenige Bekannte hatte. Sie ist stets in Sorge, nicht alle wichtige Dinge, wie z. B. ihre Handtasche bei sich zu haben. Ich erlebe Frau Althoff als einsam, als eingeschränkt durch ihr ein Leben lang gepflegtes Verhalten, sehr vorsichtig auf andere zuzugehen oder deren Gesellschaft für unwichtig zu halten. Dadurch schein ich immer wieder auf eine kleine Hürde im Kontakt mit ihr zu stoßen. Überwinde ich diese, so erlebe ich eine warmherzige und interessierte Person. Frau Althoff hat die Augen geschlossen und scheint tief zu schlafen. Sanft berühre ich ihre Hand und flüstere ihr eine Begrüßung ins Ohr.

Frau Salfeld sitzt kerzengerade in ihrem Rollstuhl. Sie wirkt stets äußerst korrekt und ein wenig unnahbar. Ohne ihr Gebiss und aufgrund einer verwaschenen Sprache ist Frau Salfeld schwer zu verstehen. Abhängig von der Tagesbefindlichkeit spricht Frau Salfeld mehr und singt mit. Ich berühre ihre gefalteten Hände – wir schauen uns an. In Frau Salfelds Blick blitzt ein Erkennen auf.

Es fehlt noch Frau Gerding (91 Jahre), die ich nun abhole. Auf dem Tisch vor Frau Gerding sitzt ein Teddybär, den sie fortwährend streichelt. Sie ist sehr freundlich, eine heitere Person, die unvermittelt und sehr ansteckend zu lachen beginnen kann. Sie ist sehr kommunikativ, hat allerdings ihre Sprache nahezu gänzlich verloren. Der dunkle Flur ängstigt Frau Gerding ebenso wie ein zu schnelles Schieben ihres Rollstuhls.

10.50 Uhr

Endlich sind alle im Raum versammelt. Die Teilnehmerinnen sitzen an ihren Plätzen so, wie ich sie zurückgelassen habe. Es herrscht eine Stille, die leer und bedrückend wirkt – wie so oft, wenn die Bewohner unter sich sind. Die Lebendigkeit, die in den Begegnungen beim Abholen zu spüren war, scheint weit entfernt zu sein. Die Stille lastet schwer.

Ich begrüße die Gruppe und singe für jede das Begrüßungslied, ein Ritual, das auch den stark dementen Teilnehmerinnen vertraut ist. Manche singen enthusiastisch mit, andere genießen den Moment und hören zu oder lassen so ihren Schlaf begleiten.

Ich bin bei Frau Griewe angelangt, die immer noch schimpft. Sie lässt sich durch das Begrüßungslied aus ihrer anstrengenden Szene reißen und singt auf Ton-silbe („titataaa titataaa“) mit. Das Lied verklingt, aber Frau Griewe singt weiter – eine Melodie, die ich allerdings nicht kenne. Ich begleite sie, improvisiere mit Stimme und Gitarre. Die Improvisation wandelt sich, wird rhythmischer, dann wieder ruhig fließend. Frau Griewes Gesicht und Körper entspannen sich.

Ich beende die Begrüßungsrunde. Neben mir sitzt Frau Rose. Sie hat den Kopf meist gesenkt, blickt aber immer wieder interessiert auf. Noch hat sie keinen Wunsch geäußert, doch ich habe das Gefühl, dass sie heute dazu in der Lage sein könnte. Frau Rose vermag zu sprechen, tut dies in der Musiktherapie aber nicht. Vor ihr kniend frage ich, ob wir nun eher etwas singen oder mit den Instrumenten musizieren sollen. Frau Rose atmet tief und sagt langsam und mit hauchiger Stimme:

„In-schtru-men-te“. Ich bin überrascht, freue mich und biete ihr die Chimes an. Sie nickt zustimmend, sagt noch einmal „In-schtru-men-te“ und beginnt unmittelbar, die goldenen Stäbe durch ihre Finger gleiten zu lassen.

Ich gehe nun mit dem Korb voller Instrumente von Teilnehmerin zu Teilnehmerin. Manch eine hat ein Lieblingsinstrument, das regelmäßig gespielt wird, andere probieren verschiedene Instrumente, wechseln auch innerhalb der Stunde das Instrument. Frau Gast hat ein Lieblingsinstrument, ein Energy-Chime, gespielt mit einem kleinen Holzschlegel. Anfangs wollte Frau Gast kein Instrument ausprobieren – mittlerweile spielt und singt sie mit. Kaum hat sie es in der Hand, beginnt sie zu spielen. Bing...bing...bing. Unermüdlich, unaufhörlich – mit einer gewissen Penetranz durchdringt dieser eine Ton den Raum. Vielleicht ist es ihr irgendwann möglich, ein anderes Instrument zu wählen, und trotzdem das Gefühl zu haben, gehört zu werden. Ich fühle mich daran erinnert, wie sich Frau Gast die Teilnahme an der Musiktherapiegruppe erkämpft hat. So blieb sie eines Tages trotz meiner Bitte, sich für die Dauer der Musiktherapie ein anderes Plätzchen zu suchen, beharrlich auf ihrem Stuhl sitzen. Sie wolle bleiben, störe doch auch nicht. Dieser Wortwechsel wiederholte sich vor der nächsten Stunde. Obwohl die Gruppe mit acht Teilnehmern bereits geschlossen war, wurde für mich deutlich, dass dieses Engagement von Frau Gast etwas ganz Besonderes für sie ist.

Die Instrumente sind verteilt, doch es entsteht keine gemeinsame Improvisation. Vereinzelt erklingt Klopfen und Rappeln. Ich gehe zu Frau Tenne, die ein Holzagogo bearbeitet. „Da ssss-timmt etwas nicht“, meint sie, da sich der Griff nicht lösen will. Ich nehme mir eine Handtrommel und einen Schlegel und versuche, Frau Tenne in ein musikalisches Gespräch über den unflexiblen Holzgriff einzubeziehen. Dies gelingt für einen Moment. Neben ihr sitzt Frau Salfeld. Ihr Lieblingsinstrument ist zurzeit der Holzfrosch. Sie fühlt und begreift das glatte Holz wie einen Handschmeichler. Auch mit ihr entsteht eine kleine musikalische Episode.

„Spiel’ doch ’was auf deiner Geige“ – ein Satz, den Frau Lohse immer wieder an mich richtet. Sie singt gerne und genießt es, wenn in der Gruppe musiziert wird. Frau Lohse hat ein starkes Bedürfnis nach Struktur. Es lässt sie ungeduldig werden, wenn zu lange „nichts passiert“. Sie schlägt auf Nachfrage ein Volkslied vor, das gemeinsam gesungen wird, begleitet von der Gitarre (der so genannten „Geige“). *Am Brunnen vor dem Tore*. Ein weiteres Volkslied schließt sich an: *Auf der Lüneburger Heide*. Ich knie mich vor Frau Lohse und spiele dabei Gitarre. Frau Siebert singt ebenfalls mit, ein wenig versetzt, da sie aufgrund ihrer Schwerhörigkeit der Melodie nicht ganz folgen kann. Bei der nächsten Strophe wechsle ich den Ort und bin bei Frau Althoff. Sie hat die Augen geschlossen, den Schellenkranz fest in den Händen. Sie singe zu ihr hin – sie nimmt das Lied nun noch deutlicher wahr und singt ihrerseits mit. Frau Althoff kennt alle Strophen des Liedes. Am Ende der letzten Strophe öffnet sie die Augen. Ein langer Blick, ein leises Lächeln.

„Einmal hin, einmal her...“ – ich summe die Melodie des Liedes. Sie wird von einigen Teilnehmern erkannt. Man summt und singt. *Liebe Schwester, tanz’*

mit mir. Ich lege die Gitarre beiseite und bitte Frau Siebert um diesen Tanz. Sie zögert einen Augenblick, legt dann aber ihren Stock aus der Hand. So tanzen wir in der Mitte des Kreises, begleitet durch verschiedene Instrumente und das Singen der übrigen Teilnehmerinnen. Frau Siebert selbst fühlt sich nun sicher. Auf einem Ton wiederholt sie „Einmal hin, einmal her...“. Ihr Stöhnlaut, der zu ihr gehört, scheint für den Moment vergessen. Der Tanz ist zu Ende. Frau Siebert wundert sich über sich selbst: „So was!“

11.30 Uhr

Vor dem Raum wird es geschäftiger, gleich gibt es Mittagessen. Ich kündige das Ende der heutigen Stunde an und verabschiede mich von allen Teilnehmerinnen einzeln mit dem vertrauten Abschiedslied.

Danach begleite ich jede zum Mittagessen auf die verschiedenen Wohnbereiche und dokumentiere die heutige Gruppenmusiktherapie.

Konzeptuelle Überlegungen

Durch unsere Ausbildung an der Universität Münster orientieren wir uns an psychoanalytischen und morphologischen Theorien (vgl. Tüpker 1996). Unser Menschenbild finden wir in den humanistischen Psychologien wieder, in denen die freie Entwicklung und Selbstbestimmung des Menschen konstituiert wird (vgl. Speck 1998, 242 f.). Als Therapeutinnen möchten wir förderliche Veränderungen begleiten und dabei stets vom Eigenen des Klienten ausgehen, ihm nicht ein Ziel vorlegen.

Aus einer validierenden Grundhaltung (Feil 2002, Kitwood 2004, Böhm 2005) heraus ist ein wichtiger Bestandteil unserer Arbeit – sofern der Patient bereit dazu ist – die musikalische Improvisation. Hierzu gibt es zunächst zweierlei Bemerkenswertes:

Zum einen die Erfahrung, dass demente Patienten, die ein Musikinstrument zu spielen anfangs ablehnten, sich nach vielen Wochen oder Monaten musiktherapeutischer Behandlung der Improvisation ganz und gar öffnen und sie als eine Interaktionsform nutzen können. Während die Fähigkeit zu musikalischer Formenbildung abnimmt – parallel zu den Abbauprozessen der Sprache (vgl. Aldridge 2000, 130), entfaltet sich eine gewisse Experimentierfreude, Zwänge gehen verloren, Grenzen werden überschritten.

Zum anderen ist es die Erkenntnis, dass Patienten mit einer fortgeschrittenen Demenz, deren kognitive Fähigkeiten stark beeinträchtigt sind, musikalisch-kognitive Leistungen vollbringen, beispielsweise das Kurzzeit-Erinnern von selbst erdachten Rhythmen oder selbst erfundenen Liedern. Musik dient demnach nicht allein als Kommunikationsmedium für Erinnerung und Lebensrückblick. Eine vergleichende psychologische Untersuchung der Improvisationen von demen-

ziell Erkrankten (Schütt 2005) belegt sehr eindrücklich, dass auch schwer demente Menschen in der Lage sind, in der Musik Gefühle, Gedanken und insbesondere ihr Erleben ausdrücken zu können.

Nicht selten machen wir aber auch die Erfahrung, dass die mitgebrachten Instrumente rigoros abgelehnt werden („*Ach nein, bin ich denn jetzt im Kindergarten gelandet?*“ „*Verschonen Sie mich damit!*“ „*Das kriege ich sowieso nicht hin.*“). Solche Aussagen finden sich überwiegend in einem frühen Stadium der Demenz. Im Alltag erlebt der Patient zunehmend deutlicher den Verlust früherer, verlässlicher Strukturen. Er verlangt nach Orientierung und ist dankbar für Struktur – Struktur, die ihm verloren gegangen ist und die er vermisst; etwas, an dem er sich festhalten kann, denn „das alles ist jetzt ein glatter Fußboden“. Freie Improvisation ist hier nicht gefragt und nicht gewünscht, denn jeder Tag ist aufs Neue voll von Improvisationen. In einer späteren Phase der Demenz aber können durchstrukturierte Angebote nach und nach nicht mehr angenommen werden, sie werden nicht verstanden, als überflüssig empfunden oder nicht wahrgenommen, weil sie nicht in die Erlebniswelt des Patienten vordringen. Zusammenhänge sind nicht mehr erfahrbar, sinnhafte Beziehungen gehen verloren, das Leben ist bestimmt von Merkwürdigem und Unstimmigkeiten. Es erfordert ein Sich-Einlassen, eine gewisse Risikobereitschaft und Kreativität, sich selbst – als Gegenüber und Begleiter des demenziell Erkrankten – von dem Wunsch nach Struktur zu lösen, sich dem fragmentarischen Erleben anzunähern und dem Patienten mit ähnlichen „Löchern“ zu begegnen, die seine Wahrnehmung bestimmen. Und es erfordert ein genaues Hinhören und Hinsehen, ihn in seiner Erlebniswelt aufzusuchen, in der mit dem Glockenspiel-Schlegel und dem Tamburin der Grünkohleintopf zubereitet wird, in der die große Kallebasse ein in den Armen gewiegter Säugling ist, in der aus der Rassel das Pökelsalz geschüttelt wird, in der mit dem Regenstab Pflanzen gegossen werden. Und plötzlich trifft man sich irgendwie und irgendwo, man erkennt sich, es gibt eine momentane kurze oder auch längere Schwingung.

Auch das Singen von Liedern erleben wir als ein Therapieelement mit großem Bedeutungsgehalt. Wie von Sonntag u. a. (2005) beschrieben, entsteht die Betonung darauf oftmals von allein und geht nicht vom Therapeuten aus. Hauptgrund hierfür ist in erster Linie, dass die Generation der heute alten Menschen insbesondere in der Kindheit und im Jugendalter umfangreiche Erfahrungen mit Liedern und mit Singen machen konnte. Diese Erfahrungen sind zumeist emotional geprägt oder durch sehr häufige Wiederholungen automatisiert und sind nicht vergessen – auch nicht mit Ausbruch einer demenziellen Erkrankung (vgl. Muthesius 1999, 2 ff.). Das Singen funktioniert, der Patient muss sich nicht anstrengen, kann loslassen und ist doch mittendrin.

Auch hier erfordert es einen gewissen Einfallsreichtum und ebenso eine gute Kenntnis des Repertoires (Volkslieder, Heimatlieder, alte Schlager usw.), die Potentiale des Singens und der Lieder für die therapeutischen Prozesse auszuschöpfen.

Die therapeutische Beziehung

In erster Linie ist es wichtig, Voraussetzungen für das Zustandekommen einer therapeutischen Beziehung zu schaffen. Neben dem schützenden Setting, das in seiner Regelmäßigkeit und Ritualisierung real Halt und Sicherheit vermittelt, gehört dazu vor allem jedes Mal neu die Bereitschaft, sich auf den alten Menschen einzulassen und sich speziell von allgemeinen Zielsetzungen wie Effektivität, Schnelligkeit, Struktur und anderen gesellschaftlichen Geboten frei zu machen. Die Fallbeispiele zeigen, dass Elemente in den Vordergrund rücken, die man getrost als Werte bezeichnen kann: Zeit, Geduld, Neugier, Behutsamkeit, Unvoreingenommenheit, Humor. Nicht zuletzt daher entsteht in unserer Arbeit oft das Gefühl, beschenkt zu werden und von den vielfältigen Biographien zu lernen.

Übertragungskonstellationen mit Klienten im hohen Alter verdienen besondere Beachtung, da in ihnen andere Wege beschritten werden als mit Klienten, die weniger Jahre vom Alter der Behandelnden entfernt sind. Die umgekehrte Eltern-Kind-Übertragung oder sogar Großeltern-Enkel-Übertragung (vgl. Heuft et.al 2000, 228) schafft oft einen plötzlichen, natürlichen Zugang; die Wege werden kürzer. Möglicherweise spielen hier noch generationseigene Anschauungen eine Rolle: vom jüngeren Menschen werden in der Regel positive, respektvolle, unterstützende Haltungen dem alten Menschen gegenüber erwartet. Unsere Klienten verhalten sich meist arglos und offen uns gegenüber, so dass sich der Beziehungsaufbau oft eigentlich mühelos vollzieht. Was passiert in der Beziehung? Die psychotherapeutischen Aufgaben (vgl. Tüpker 2001, 11 ff.) wechseln sich mit anderen, konkreteren Diensten ab. Da reicht man Getränke, legt eine wärmende Hand oder Strickjacke um die Schulter, stimmt in den Ruf nach der Schwester ein, bietet Unterhaltung, macht einen Spaß, schafft insgesamt eine bewahrende Atmosphäre. Oft ist der Wunsch zu spüren, mütterliche Geborgenheit zu erfahren, und zu dem Bedürfnis nach Geruhsamkeit tritt gerade im Seniorenheim auch die Freude am Tun in einer Gruppe, „dass etwas los ist“. Die therapeutische Beziehung ist das Kernstück der Musiktherapie mit alten Menschen. Sie bildet die Basis, auf welcher die unterschiedlichen musikalischen und anderen Elemente in freier Zusammenstellung Platz finden.

Therapieverläufe

Am Beginn einer Musiktherapie stellt sich üblicherweise die Frage nach dem Behandlungsauftrag. Ziel ist hier, gemeinsam mit dem Klienten eine Absprache über den Inhalt der Begegnung zu treffen. In der Arbeit mit demenziell Erkrankten macht eine Umsetzung dieser Forderung allerdings ein höheres Maß an Einfühlung, Geduld und Zeit nötig, um aus Mimik, Gestik und Sprache die Bedürfnisse und Wünsche zu erkennen (Specht-Tomann u. a. 2003, Schützendorf u. a. 1991).

Jeder (alte) Mensch steht vor der Aufgabe, die Begrenztheit des menschlichen Lebens zu akzeptieren und sich mit der eigenen Biographie zu „arrangieren“.

Werden diese und andere Aufgaben der psychosozialen Phasen nicht befriedigend gelöst, kann eine verdeckte oder offene Verzweiflung zutage treten (Erikson 1966). Not und Verzweiflung können sich verstärken durch das Wahrnehmen des Verlustes von Halt gebender Struktur, von Identität. Hier kann die Musiktherapie vom Klienten als Raum erfahren werden, in dem er sich äußern, sich ausprobieren kann und in dem ihm geantwortet wird. Unser musiktherapeutisches Handeln zielt auf ein Mitgehen und Verstehen des – verbal und nonverbal – geschilderten Leides.

Neben dem Behandlungsauftrag des Klienten sind auch die Ansprüche und Forderungen des Umfeldes an die Musiktherapie zu bedenken. Die Dauer oder auch nur das Zustandekommen einer Therapie steht in engem Zusammenhang damit, wer die Kosten der Therapie trägt. Hier unterscheidet sich die vom Klinikarzt verordnete oder von einem multidisziplinären Team beschlossene Musiktherapie von einer privat finanzierten: Die Inhalte der Arbeit müssen den zahlenden Angehörigen sinnvoll erscheinen – bei einer psychotherapeutischen Ausrichtung ist dies nicht immer unproblematisch.

Für das Gelingen einer musiktherapeutischen Begegnung ist es nötig, an Entwicklung zu glauben, das Potential und nicht die Defizite zu sehen (vgl. Tüpker 2001). Unsere Haltung den Klienten gegenüber beruht auf Akzeptanz der Eigenarten des Einzelnen, seiner Persönlichkeit, seinem Umgang mit Krankheit und bevorstehendem Lebensende. Entgegen dem Bild der Stagnation und des Erstarrens, das häufig in Zusammenhang mit demenziell Erkrankten gebracht wird, erleben wir in Therapieverläufen viele kleine und große Veränderungen im Verhalten des Klienten wie in der therapeutischen Beziehung. Diese Veränderungen gilt es immer wieder wahrzunehmen und wertzuschätzen.

Wir begleiten den Klienten und begegnen dem Therapieverlauf offen, Flexibilität ist in verschiedener Hinsicht gefragt: Die Einzelmusiktherapie oder der Einzelkontakt in der Gruppe kann zeitlich sehr variieren, Musik kann – muss aber nicht notwendigerweise – zum Einsatz kommen, die gemeinsame Zeit kann auch mit einem Gespräch oder Schweigen gefüllt sein. Aufgrund des Sprachzerfalls, der veränderten Bedeutung von Sprache, spielt die vom Musiktherapeuten geschaffene Atmosphäre eine umso größere Rolle (vgl. Weymann 2005).

So erleben wir täglich, bei den Dementen „bekannt“ zu sein; doch meist sind nicht wir als Musiktherapeutinnen vertraut, sondern die Atmosphäre der Musiktherapie löst ein Wiedererkennen aus („Guten Morgen, Frau Krause.“ „Guten Morgen, Freundin.“). Sie vermittelt Geborgenheit, etwas Nahes und Vertrautes, der frühen Mutter-Kind-Beziehung gleich – etwas, das auch die verschiedenen Methoden der musikalischen Resonanz leisten können (vgl. Dehm-Gauwerky 1997).

Das Ende der Therapie

Hier ist das Ende einer Therapieeinheit von dem Ende der gesamten Therapie zu unterscheiden. Auf beiden Ebenen kommt es zumeist zu einem guten Schluss in

dem Sinne, dass sich eine geschlossene oder halboffene Gestalt bildet. Die wichtigsten Inhalte der Therapieeinheit können in einer kurzen Reflexion erscheinen, in einem Lied, in einem Wort oder auch im Unausgesprochenen, in einem Gesichtsausdruck oder in einer Geste verborgen. Die Begegnung ist (für heute) beendet, der Blick richtet sich nun einerseits auf das Erlebte, andererseits auf die kommenden Ereignisse. Manchmal ist es schwer, einen Übergang von der besonderen Atmosphäre der Musiktherapie in die weitergehende Struktur der Institution zu finden. Es hängt mit der Art der Musiktherapie zusammen, dass sie immer ein wenig anders ist, herausfällt. Die Regie für die gemeinsame Zeit liegt bei den Patienten, mit dem Ende der Therapie wird ihnen die Regie wieder genommen. In den Seniorenheimen trifft man sich in ein paar Tagen wieder und knüpft weiter an der Beziehung. Das Ende der mehrstündigen Therapie in der Klinik wird dagegen als ein endgültiger Abschied gestaltet. Das geht auch in das Abschiedslied mit ein, statt „Auf Wiedersehen, bis zum nächsten Mal“ singen wir „Leben Sie wohl, ade“. Was bleibt von alledem? In den konstanten Gruppen und Therapien entstehen dauernde Beziehungen, die Vertrautheit wächst. Wir fragen oft nach früheren Erlebnissen und können weitere Erzählungen zusammenfügen und zu einem reichhaltigen Bild verbinden. Aus diesem Wissen heraus verstehen wir auch manche Bedeutungen besser. In den Kliniktherapien greift die Vergänglichkeit der Begegnung in die Beziehung ein. Die Begegnung wird ein Konzentrat, es gibt einen Fokus. Die Haltung, dass man das Leben eines erheblich Älteren streift, ihn zum Sich Öffnen bringt und dabei selbst viel lernen kann, gibt der Begegnung einen sehr menschlichen und geistigen Aspekt.

Emergenz

Unser Arbeitsmodell unterscheidet sich in verschiedener Hinsicht von dem einer Planstelle. Die beiden offenkundigsten Unterschiede, nämlich in verschiedenen Einrichtungen zu arbeiten und als Team zu dritt selbständig zu sein, bergen vorher nicht gehante Chancen und Möglichkeiten, gleichzeitig stoßen wir aber immer auch auf Hindernisse und an Grenzen.

Jede Einrichtung, jedes Teammitglied, jeder Auftrag, jeder Therapieprozess usw. ist ein Subsystem. Durch das Zusammenwirken der Subsysteme erscheinen und entstehen Phänomene auf der Makroebene des Systems – in der Systemtheorie „Emergenz“ genannt (vgl. Stephan 2001, 123 ff.). Diese Phänomene, also die neu auftauchenden Eigenschaften des Ganzen, lassen sich nicht aus seinen Teilen erklären⁵. Sie in unserem Falle zu beschreiben und zu hinterfragen, wäre ein interessantes, aber für diesen Artikel zu umfassendes Thema, doch sie wirken auf uns, auf unsere Patienten, und auf die therapeutische Arbeit.

Literatur:

- Aldridge, Gudrun (2000): Improvisation als Assessment zur Ermittlung von Potentialen im Frühstadium der Alzheimer-Krankheit durch musikalische Analyse. In: Aldridge, David (Hrsg.) (2000): Musiktherapie in der Behandlung von Demenz. Norderstedt
- Böhm, Erwin (2005): Alte verstehen. Grundlagen und Praxis der Pflegediagnose. Bonn
- Decker-Voigt, Hans-Helmut; Frohne-Hagemann, Isabelle; Kächele, H.; Metzner, Susanne (2003): Ambulante Musiktherapie – Ein fiktives Gespräch mit Decker-Voigt, Frohne-Hagemann, Kächele, Metzner. Musiktherapeutische Umschau, Bd. 24, 53–59, Göttingen
- Dehm-Gauwerky, Barbara (1997): Übergänge. Tod und Sterben in der Musiktherapie mit Dementen. In: Musiktherapeutische Umschau, Bd. 18, 103–113, Göttingen
- Feil, Naomi (2002): Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. München
- Heuft, G., Kruse, A., Radebold, H. (2000): Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. München, Basel
- Keller, Barbara (2003): Musik auf Rädern Ambulante Musiktherapie in der Alten- und Krankenpflege. Diplomarbeit, Zusatzstudiengang Musiktherapie Universität Münster
- Kitwood, Tom (2004): Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern
- Miegel, Meinhard (2002): Die deformierte Gesellschaft. Wie die Deutschen ihre Wirklichkeit verdrängen. Propyläen Verlag, München
- Muthesius, Dorothea (1999): Musik und Biographie. Lieder und Singen im Lebenslauf. Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie, Berlin
- Pleiß-Adamczyk, Heino (2002): Das Netzwerk ambulant und freiberuflich tätiger Musiktherapeuten. Musiktherapeutische Umschau, Bd. 23, Göttingen, 334–335
- Schütt, Marion (2005): Auf der Suche nach den verlorenen Klängen. Vergleichende psychologische Untersuchung der Improvisationen von demenziell Erkrankten. Diplomarbeit, Zusatzstudiengang Musiktherapie Universität Münster
- Schützendorf, Erich/Wallrafen-Dreisow, Helmut (1991/2004): In Ruhe verrückt werden dürfen. Für ein anderes Denken in der Altenpflege. Frankfurt am Main
- Sonntag, Jan-Peter, Hennings, Ute, Schmidt, Hans-Ulrich, Müller-Thomsen, Thomas (2005): Vom Suchen und Finden – musiktherapeutische Handlungsformen und deren Beobachtung in einer prozessorientiert geführten ambulanten Gruppenmusiktherapie bei Patienten mit Alzheimer Demenz. In: Jahrbuch Musiktherapie, Band 1, BVM (Hg.), Wiesbaden

- Specht-Tomann, Monika; Tropper, Doris (2000): *Hilfreiche Gespräche und heilsame Berührungen im Pflegealltag*, Berlin
- Speck, Otto (1998): *System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung*. München, Basel
- Stephan, Achim (2001): *Emergenz in kognitionsfähigen Systemen*. In: Michael Pauen, Gerhard Roth (Hrsg.): *Neurowissenschaften und Philosophie*. München
- Tüpker, Rosemarie (1996): *Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie*. Münster
- Tüpker, Rosemarie, Wickel, Hans-Hermann (Hrsg.) (2001): *Musik bis ins hohe Alter. Fortführung, Neubeginn, Therapie*. Münster
- Wagner, Christoph (2005): *Freiberuflich ambulante Musiktherapie in Deutschland – Juristische und berufspolitische Hinweise*. *Musiktherapeutische Umschau*, Bd. 26, Göttingen, 1–4
- Weymann, Eckhard (2005): *Atmosphäre – ein Grundbegriff für die Musiktherapie*. *Musiktherapeutische Umschau*, Bd. 26, Göttingen, 3

Anmerkungen

- ¹ Der Sozialforscher Meinhard Miegel schreibt dazu: „Von der Vielzahl der auf dem Markt nachgefragten Dienste werden Gesundheits- und Pflegedienste einen singulären Rang einnehmen. Diese Entwicklung ist in einer Bevölkerung zwangsläufig, die zum einen in körperlichem Wohlbefinden und körperlicher Attraktivität einen gut Teil ihres Daseinszwecks sieht und zum anderen binnen einer Generation zu einem Zehntel aus über Achtzigjährigen bestehen wird, von denen viele Hunderttausend älter als neunzig und viele Zehntausend älter als hundert Jahre sein werden und rund eine Million an Altersdemenz leidet. Je höher in einer solchen Bevölkerung der Versorgungsgrad mit materiellen Gütern gestiegen ist, desto mehr wird sie für derartige Dienste aufwenden. Den Bemühungen der Politik, die Kosten für Krankheit und Pflege zu „deckeln“, werden daher stets nur vorübergehende Erfolge beschieden sein.“ (Miegel 2002, 77)
- ² Hierzu ein Beispiel: In unserem Angebot für Einrichtungen der Altenpflege ist zunächst der Baustein „Einzelmusiktherapie“ vorgesehen. Doch merken wir sehr bald, dass kein Verantwortlicher guten Gewissens für wenige einzelne Patienten Einzelmusiktherapie bezahlen kann und darf. Wir benennen diesen Baustein um in „Ausschwärmen“, was bedeutet, dass der Musiktherapeut in wechselndem Rhythmus einzelne Patienten der Einrichtung besucht, die er nach eigenem Ermessen auswählt, weil sie in der Gruppenmusiktherapie „zu kurz gekommen“ sind oder gar nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können.
- ³ Wir verweisen an dieser Stelle auf Wagner 2005 MU, der in sehr übersichtlicher Weise praktische Tipps für eine freiberufliche musiktherapeutische Arbeit vermittelt.
- ⁴ Alle hier angegebenen Namen sind geändert.
- ⁵ geht zurück auf Christian Freiherr von Ehrenfels (1890): „Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile.“

Barbara Keller, Schmale Straße 27, 48149 Münster, b.keller@musikaufraedern.de

Cornelia Klären, Gronowskistraße 69, 48161 Münster,
c.klaeren@musikaufraedern.de

Ursula Pfefferle, Scheibenstraße 96, 48153, u.pfefferle@musikaufraedern.de

Musiktherapeutische Methoden in der beruflichen Weiterbildung

Music Therapy in Advanced Vocational Training

Pia Neiwert

Der Einsatz von musiktherapeutischen Methoden in der beruflichen Weiterbildung stellt eine neue und nur in ersten Ansätzen erforschte Arbeitsform dar. Vor dem Hintergrund einer umfassend verstandenen Weiterbildung, die neben der Förderung fachlicher Fähigkeiten ebenso Wert auf die persönliche Entfaltung Einzelner legt, lässt sich die Verbindung von Musiktherapie und beruflicher Weiterbildung begründen. Durch die Darstellung eines Coachingverlaufes mit musiktherapeutischen Methoden für den Existenzgründungsbereich wird beispielhaft eine Möglichkeit der praktischen Umsetzung aufgezeigt.

The use of music therapy methods in advanced vocational training presents a newly developed field of work in initial stages of research. Against the background of comprehensive vocational in-service training, which places equal value on the advancement of vocational skills as well as the personal development of each individual, a relationship is drawn between music therapy and professional continuing education. This study presents the practical application of a coaching process using music therapy methods during business set-up.

Können die vielfältigen Methoden, Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Musiktherapie, die im klinischen Rahmen wirkungsvoll zum Einsatz kommen, auch für Menschen außerhalb von Klinik, Krankheit oder psycho-sozialem Kontext eine Bereicherung darstellen? Ist es möglich, und wenn ja, wie, Arbeitsmethoden aus der Musiktherapie in den Beratungs-, Trainings- und Coachingbereich der beruflichen Weiterbildung zu übertragen? Diese beiden Fragen begleiteten mich seit Beginn meines Doppel-Studiums der Musiktherapie und der Erwachsenenbildung/Weiterbildung. Im Rahmen meiner Diplomarbeit mündete die Auseinandersetzung mit der beruflichen Weiterbildung auf der einen sowie mit Arbeitsweisen der Musiktherapie auf der anderen Seite schließlich in die Konzeption und Durchführung eines Coaching-Angebots mit musiktherapeutischen Methoden für den Existenzgründungsbereich. In diesem Beitrag möchte ich zunächst einige meiner grundsätzlichen Überlegungen darstellen, bevor ich im nachfolgenden Teil auf die Arbeit mit einer Gruppe von Existenzgründerinnen näher eingehe und abschließend Ergebnisse aus der Evaluation dieses Projekts wiedergebe.

Berufliche Weiterbildung

Berufliche Weiterbildung hat in unserem Bildungssystem einen zunehmend zentralen Stellenwert eingenommen. Die in einer Erstausbildung erworbenen Qualifikationen sind durch gesellschaftliche, wirtschaftliche und arbeitsorganisatorische Entwicklungen immer schnelleren Wandlungen und Erneuerungen unterworfen. So rückt an die Stelle einer Berufsausbildung, die auf eine in ihren Grundzügen festgelegte Berufsrolle vorbereitet, die Notwendigkeit eines veränderten Umgangs mit der eigenen beruflichen Identität. Die beständige Anforderung an Einzelne, sich neues Wissen und Können anzueignen sowie sich fortwährend wandelnden Arbeitsstrukturen anzupassen, führt zu einer Ausweitung der Funktion von beruflicher Weiterbildung (Arnold 1999).

Berufliche Weiterbildung bezeichnet alle Formen berufsbezogenen Lernens nach dem Abschluss einer ersten berufsqualifizierenden Ausbildung oder, falls kein berufsqualifizierender Abschluss erworben wurde, jegliche Art der Weiterqualifizierung nach dem Eintritt in die Erwerbstätigkeit (vgl. Pirzer 2000). Stand ursprünglich der Erwerb neuer fachlicher Fähigkeiten im Vordergrund, wird seit mehreren Jahren der beruflichen Weiterbildung aufgrund des gesteigerten Interesses an Fähigkeiten wie Sozialkompetenz, Flexibilität oder Teamkompetenz ein ausgedehnter Charakter zugeschrieben. Mittlerweile zählen die Qualifikationen, mit deren Hilfe es möglich ist, selbstständig Handlungsstrategien für neue und unerwartete Anforderungen zu entwickeln und sich neues Wissen anzueignen (Handlungs- und Methodenkompetenz), mit einzelnen MitarbeiterInnen sowie in Teams konstruktiv zusammenarbeiten und kommunizieren zu können (Soziale Kompetenz) sowie die Selbstwahrnehmung zu fördern und mit Emotionen bewusst umzugehen (Personale Kompetenz) mit zum Kern beruflichen Handelns (Lang 2000).

Beratung und Coaching in der beruflichen Weiterbildung

In etwa zeitgleich mit der Tendenz, soziale, personale und problemlösende Kompetenzen als wichtigen Faktor für erfolgreiches berufliches Handeln in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu rücken, hat sich – zunächst vor allem in Wirtschaftsbetrieben – ein Beratungsverfahren etabliert, das in besonderem Maße, neben einer Begleitung bei fachlichen Problemen, auf die Einbeziehung persönlicher Schwierigkeiten und Potenziale im Verlauf eines Beratungsprozesses ausgerichtet ist: Coaching.

Während sich Kompetenzen wie Fachwissen, Rhetorik, Präsentationstechniken und methodische Fertigkeiten in entsprechenden Seminaren der beruflichen Weiterbildung relativ leicht aneignen und trainieren lassen, sieht dies im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung wesentlich komplexer aus. Da in diesem Feld eine

Vielzahl an Einstellungen, Fähigkeiten und Persönlichkeitsmerkmalen von Bedeutung sind und sowohl innere Haltungen wie auch äußeres Verhalten miteinbezogen werden, ist die Fassbarkeit von Eigenschaften wie Flexibilität, Kreativität, Innovation, Intuition, Kritikfähigkeit, Selbstwahrnehmung und Motivation vielschichtig und oft nur in Ansätzen möglich. Gefühle wahrzunehmen, Einstellungen zu erkennen und das eigene Verhalten nach persönlichen Wünschen auszurichten sind grundlegende persönliche Kompetenzen, die es den Einzelnen ermöglichen, selbstbestimmt Veränderungsprozesse während beruflicher Konflikt- und Wandlungsphasen zu durchleben. Diese Fähigkeiten lassen sich jedoch im Gegensatz zu anderen Qualifikationen nicht einfach trainieren, sondern können nur „bewusst gemacht und gefördert werden – vorausgesetzt der Betreffende ist dazu bereit“ (Huck-Schade 2003, 10).

Veranstaltungen, die von ihrer Grundausrichtung her mit vordefinierten Lernzielen arbeiten und einen übenden Charakter aufweisen, sind für die individuelle Auseinandersetzung mit persönlichen Herausforderungen, die das berufliche Handeln betreffen, nur bedingt sinnvoll. Im Gegensatz dazu sind Beratung bzw. Coaching Verfahren, in denen es darum geht, in einen offenen Dialog und gegenseitigen Austausch einzutreten und im Prozess zu einer Klärung persönlicher Anliegen zu gelangen: „Ein Coach kann genau genommen nichts beibringen, sondern muss Bedingungen schaffen, die seinen Klienten veranlassen, selber die erforderlichen Entscheidungen zu treffen und Handlungen einzuleiten“ (Rauen 2000, 46).

Auch wenn „in der Fachwelt immer noch um die Klärung des Begriffs gerungen [wird]“ (Aichner/Heilinger 2002, 31) und es keine allgemein anerkannte Beschreibung und Definition des Terminus „Coaching“ gibt, lassen sich doch einige grundsätzlich übereinstimmende Tendenzen ausmachen. Ein grundlegendes Ziel von Coaching ist die Hilfe zur Selbsthilfe und zur Selbstverantwortung bei beruflichen Veränderungsprozessen. Vorhandenes Potenzial soll dabei bewusst gemacht und neue Wahlmöglichkeiten erkannt werden, damit sich insgesamt die Wahrnehmungsfähigkeit, das eigene Erleben und Verhalten erweitern kann. Zur Beschreibung und Eingrenzung von Coaching lassen sich nach Rauen folgende Charakteristika nennen:

- „Coaching ist ein *interaktiver, personenzentrierter Beratungs- und Betreuungsprozess*, der berufliche und private Inhalte umfassen kann (individuelle Beratung auf der Prozessebene).
- Coaching findet auf der Basis einer tragfähigen und durch gegenseitige Akzeptanz und Vertrauen gekennzeichneten, *freiwillig* gewünschten *Beratungsbeziehung* statt.
- Coaching zielt immer auf eine (auch präventive) Förderung von *Selbstreflexion* [...] und *-wahrnehmung, Bewusstsein* und *Verantwortung*, um so Hilfe zur Selbsthilfe zu geben.

- Coaching arbeitet mit transparenten Interventionen und erlaubt keine manipulativen Techniken, da ein derartiges Vorgehen der Förderung von Bewusstsein prinzipiell entgegenstehen würde.
- Coaching setzt ein ausgearbeitetes *Coaching-Konzept* voraus, welches das Vorgehen des Coachs erklärt und festlegt, welche Interventionen und Methoden der Coach verwendet, wie angestrebte Prozesse ablaufen können und welche Wirkzusammenhänge zu berücksichtigen sind. Zudem sollte das Konzept dem Gecoachten soweit transparent gemacht werden, dass Manipulationen ausgeschlossen werden können.
- Coaching findet in *mehreren* Sitzungen statt und ist *zeitlich* begrenzt.
- Coaching richtet sich an eine *bestimmte* Person (Gruppen-Coaching: für eine *genau definierte Gruppe* von Personen) mit Führungsverantwortung oder Managementaufgaben.
- Coaching wird praktiziert durch Beraterinnen und Berater mit *psychologischen und betriebswirtschaftlichen Kenntnissen* sowie *praktischer Erfahrung* bezüglich der Anliegen des oder der Gecoachten (um die Situation fundiert einschätzen und qualifiziert beraten zu können)“ (Rauen 2000, 43).

Coaching mit dem Ziel der Förderung beruflicher Selbstgestaltungspotenziale wird angefragt von Menschen, „die in unterschiedlichen Organisationstypen und auf unterschiedlichen Hierarchiestufen mit Managementaufgaben betraut sind“ (Schreyögg 2003, 3). Hierzu zählen MitarbeiterInnen aus den Bereichen wirtschaftlicher, sozialer und staatlicher Institutionen ebenso wie UnternehmerInnen und FreiberuflerInnen.

Kreativ-künstlerische Methoden in der beruflichen Weiterbildung

Im Rahmen eines Diskussionsbeitrags des Landesinstituts für Qualifizierung in NRW zum Entwicklungsfeld arbeitswelt- und berufsbezogener Weiterbildung wird auf die Bedeutung hingewiesen, die personale und soziale Fähigkeiten in der momentanen und zukünftigen Berufsrolle einnehmen: „Es besteht ein großer Bedarf, neben den Fach- und Methoden- auch Sozialkompetenz zu vermitteln“ (Landesinstitut für Qualifizierung 2002, 35). Soziale Kompetenzen werden im Lebensverlauf erworben. Durch Praxiserfahrungen, Selbstreflexion, Selbsterfahrung und Feedback innerhalb einer Gruppe können sie weiter entwickelt und gefördert werden. Als Hinweis darauf, welcher Einsatz von Methoden in der beruflichen Weiterbildung denkbar und sinnvoll ist, um eine solche Entwicklung und Förderung zu ermöglichen, nennt die Entwicklungsgruppe des Landesinstituts folgenden Aspekt: „Die Methoden aus den Bereichen der Kulturellen Bildung, z. B. dem bildnerischen Gestalten, dem Theater, dem Tanz und der Musik fördern die Schlüsselqualifikationen und die Kreativität und können im beruflichen oder wirtschaftlichen Kontext eingesetzt werden“ (ebd., 35).

Im Unterschied zur kulturellen Bildung werden in der berufsbezogenen Weiterbildung kreativ-künstlerische Medien prozessorientiert eingesetzt. Nicht das fertige Produkt steht im Vordergrund, sondern die verfeinerte Wahrnehmung der eigenen Person und die Auseinandersetzung mit der Gruppe sind die Ziele. Kreativ-künstlerische Methoden können potenziell in den verschiedenen Veranstaltungsformen beruflicher Weiterbildung (Seminar, Training, Beratung, Coaching) als Erweiterung zu verbalen Kommunikations- und Erlebensformen eingesetzt werden. Im Einzelnen ist u. a. eine Auseinandersetzung mit folgenden Themen denkbar:

- „Teamfähigkeit
- Kommunikation, verbal und nonverbal
- Innovationsfähigkeit
- Mobilisierung der Ressourcen
- Kunst der Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Umgang mit Stresssituationen
- Findung von neuen Ideen
- Kooperationsbereitschaft
- Problemlösungen
- Prozessorientiertes Arbeiten
- Zielorientiertes Arbeiten“ (ebd., 85).

Das, was für die berufliche Weiterbildung ein neues Arbeitsfeld darstellt, nämlich die Verbindung von Kreativität, künstlerischer Tätigkeit und psychologischen Erkenntnissen zur Verbesserung der Lebensqualität und zur persönlichen Entwicklung, wird bereits seit mehreren Jahrzehnten in den künstlerischen Therapien praktiziert. Die hier gemachten Erfahrungen und erarbeiteten Konzepte können sich in modifizierter Form im außertherapeutischen Bereich nutzen lassen, um die Bewusstheit für einschränkende Erlebens- und Erfahrungsprozesse zu erweitern und um experimentell neue Verhaltensweisen auszuprobieren. Gerade wenn die Ebene der Übermittlung von sachlichen Informationen verlassen wird und es um persönliche Erfahrungen oder Probleme geht, bietet die Arbeitsweise mit kreativ-künstlerischen Methoden, die im Bereich der Psychotherapien entwickelt worden sind, die Möglichkeit, Anliegen mit sprachlich noch nicht fassbarem Charakter zu bearbeiten und dadurch einem anschließenden verbalen Dialog zugänglich zu machen. Auf den Coaching-Bereich übertragen erläutert Schreyögg:

„Materialmedien [dienen] der Übermittlung von Botschaften, die der Klient selbst noch nicht bündig zu artikulieren vermag [...]. In vielen [...] Fällen bringen Klienten sehr unbestimmte Gefühle von Unbehaglichkeit am Arbeitsplatz oder diffuse Eindrücke von persönlichen Einbrüchen ins Coaching ein. Der Umgang mit Medien erlaubt dann oft eine erste Manifestation diffusen Unbehagens oder diffuser Eindrücke, die dem Coach als prärationale Phänomene übermittelt werden“ (Schreyögg 2003, 289).

Im aktiven Kontakt mit verschiedenen Medien und Materialien, sich selbst und der Gruppe, kann eine Beziehung zu Gedanken, inneren Barrieren und Gefühlen wie Angst, Neugier und Freude entstehen. Neue Lösungsmöglichkeiten können sich zeigen und festgefahrene Vorstellungen, wie etwas sein soll oder zu machen ist, können hinterfragt werden. Durch den Einsatz kreativ-künstlerischer Mittel in Veranstaltungen der beruflichen Weiterbildung ergibt sich so die Chance, den persönlichen wie den gruppenbezogenen Hintergrund zu erweitern und andere als die sonst gewohnten Ausdrucks- und Verhaltensweisen im experimentellen Rahmen zu erproben (Huck-Schade 2001).

Musiktherapeutische Methoden in der beruflichen Weiterbildung

Das Feld der Musiktherapie verfügt heute über einen beträchtlichen Reichtum an bewährten Methoden, praktischen Erfahrungen und fundierter Theorie. Auch wenn dieses Wissen und Können zum überwiegenden Teil im klinischen bzw. heilpädagogischen Kontext entwickelt worden ist, kann es sich lohnen, die musiktherapeutischen „Wirkweisen“ auch auf umfassendere Ebenen und Netzwerke zu übertragen, wie Pavlicevic in ihrem Buch „Groups in Music“ (2003) beispielhaft beschreibt: Im Verlauf der neunziger Jahre bemerkte sie, dass sie neben ihrer „eigentlichen“ Tätigkeit als Musiktherapeutin in Südafrika verstärkt von Gruppen angefragt wurde, die keine Musiktherapie wollten, sie aber für die Leitung von Gruppen engagierten, aufgrund ihres musiktherapeutischen Hintergrunds. In verschiedensten Institutionen arbeitete Pavlicevic so mit Menschen, Gruppen und Teams zusammen, die von ihr erwarteten, sie durch musikalische Gruppenprozesse zu führen, aber letztendlich mit dem „nicht-musikalischen“ Ziel, ihre Team-Arbeit zu verbessern, Stress abzubauen oder Konflikte zu lösen. Auf Grundlage eines erweiterten Verständnisses musiktherapeutischer Arbeit resümiert sie:

„Music therapy training and practice is not only about working with disabled, disordered or diseased groups of people, but working with music in a specific way, with all kinds of people, old and young, highly able and healthy and ordered, as well as with those who are socially marginalized, exiled from their countries, and invisible in social life“ (Pavlicevic 2003, 26).

Auch wenn die Tätigkeit von MusiktherapeutInnen im Feld der beruflichen Weiterbildung ein Anliegen ist, das sich nur langsam auf breiterer Basis umsetzen lassen wird, weil entsprechende Fähigkeiten, Erfahrungen und Kontakte sich erst allmählich entwickeln müssen: Sich flexibel und mit einem großen Methodenrepertoire auf unterschiedliche Anforderungen einzustellen, gehört zum Handwerkszeug vieler MusiktherapeutInnen. Denn gleichgültig ob es in einer Gruppe zunächst „nur um den Spaß“ an der Musik geht, entstehende Gruppenprozesse psychologisch „aufgefangen“ werden müssen oder von den Teilnehmenden von Anfang an

eine vor allem auf Selbsterfahrung angelegte Ausrichtung gewünscht wird, bietet die Musiktherapie vor allem durch das Mittel der Improvisation ein breites Spektrum an Arbeits- und Anpassungsmöglichkeiten.

In einer Welt, in der der „flexible Mensch“ ein „improvisiertes Leben“ lebt (Weymann 2004, 11 f.), könnte die Methode der musikalischen Improvisation, die nicht an spezifische Voraussetzungen gebunden, sondern jedem und jeder spontan zugänglich ist, als strukturiertes Übungsfeld für die „nötigen“ Improvisationen in Beruf und Alltag dienen. Um Burnout, Sucht, Isolation und anderen Erscheinungen von Überforderung und Orientierungslosigkeit präventiv entgegenzuwirken, geht es um das Erlernen und Erproben eines „spielerischen Umgangs mit dem Unvorhersehbaren“ (Kühn 1993, 63). In einer anfangs scheinbaren Unordnung müssen herkömmliche Verhaltensmuster aufgegeben werden, wodurch neue Konstellationen entstehen können. Ziel ist die Fähigkeit zur aktiven und lebensfördernden Gestaltung der eigenen Berufs- und Alltagsrealität.

Die Musiktherapie bietet eine Arbeitsweise, die nicht nur ernst und schmerzhaft ist, sondern vor allem auch anregend, befreiend und beziehungsfördernd wirken kann. Denn letztlich geht es für jeden Menschen darum, das volle Potenzial der eigenen Lebenskraft zu nutzen, sich „lebendig“ zu fühlen und sich schöpferisch zu entfalten und in diesem Sinne zur eigenen und gesellschaftlichen Gesundheit beizutragen. Timmermann merkt in diesem Zusammenhang an:

„Wenn wir jedoch mit unserer musiktherapeutischen Arbeit in die Gesellschaft hineinwirken wollen, müssen wir möglicherweise dahin gehen, wo wir die Menschen erreichen, denen mit unseren Methoden zu helfen ist, und unsere Arbeitsweisen dementsprechend überdenken. Hier eröffnet sich ein Bereich, der Engagement lohnt, wenn wir langfristig über den Topfrand der ‚Reparaturwerkstätten‘ hinausschauen, wenn wir Prävention und psychosoziale Hygiene beziehungsweise Seelsorge wirklich ernst nehmen.“ (Timmermann 2003, 51)

Für die berufliche Weiterbildung entsprechend modifizierte musiktherapeutische Angebote und Methoden könnten so bei professionellem und bewusstem Einsatz die „Spürsamkeit“ der Einzelnen für sich selbst, die eigenen Bedürfnisse und die anderer Menschen erhöhen und langfristig zur Verbesserung der Lebensqualität von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im beruflichen Alltag beitragen.

Coaching für Existenzgründerinnen mit musiktherapeutischen Methoden

Während eines intensiven mehrmonatigen Praktikums in der Beratungsstelle Frauen & Beruf, einer Einrichtung, die Frauen in beruflichen Belangen unterstützt, stellte ich erste konzeptionelle Überlegungen für ein Coaching mit musiktherapeu-

tischen Methoden für die Zielgruppe der Existenzgründerinnen an. Schließlich erhielt ich die Möglichkeit, das Projekt als reguläre Veranstaltung der Beratungsstelle mit einer Klein-Gruppe durchzuführen. Das Angebot beinhaltete fünf jeweils dreistündige Termine, verteilt auf einen Zeitraum von acht Wochen.

Um in die Rolle einer Unternehmerin hineinzuwachsen braucht es oft Zeit und Mut: Selbstsicher auftreten, Banken von der eigenen Gründungs idee überzeugen, Mitarbeiterinnen einstellen, mit Kunden verhandeln und in öffentlichen Vorträgen das eigene Angebot präsentieren, sind Verhaltensweisen, die viele Frauen während ihrer bisherigen Berufspraxis nicht oder nicht ausreichend geübt haben. Veranstaltungen und Beratungen, die für die Phase einer Existenzgründung angeboten werden, beziehen sich zum größten Teil auf die Übermittlung von wirtschafts-relevanten und rechtlichen Informationen und die Aneignung von Kenntnissen in Bereichen wie Buchführung und Marketing. So wichtig fachliches Know-how auch ist, nach den Erfahrungen der Karriereberaterin Astrid Hochbahn darf folgender Punkt nicht übersehen werden: „Das Eigentliche spielt sich im Inneren der Gründerin ab. Viele Frauen wünschen sich eine emotionale Unterstützung und brauchen einen letzten Schubs, um sagen zu können: ‚Ja, ich traue mir das zu‘“ (mündliche Information).

Mit dem Angebot eines Coachings zur Potenzialentwicklung für Existenzgründerinnen soll dieser Bedarf aufgegriffen werden. Durch kreativ-künstlerische Erkenntnismethoden lernen die Teilnehmerinnen konstruktive Möglichkeiten kennen, eigene Gefühle, Ansichten und Ziele spielerisch zu erforschen. Vor allem musikalische Improvisationen, aber auch freie Stimm- und Bewegungsarbeit, dienen als Medien im Vergewisserungsprozess vor einer möglichen Existenzgründung. Vorher unbewusste Wünsche und Lösungsmöglichkeiten können in Form von inneren Bildern und Gedanken ins Bewusstsein gelangen und durch experimentelles Probehandeln im musikalisch-improvisierenden Ausdruck ein Stück weit der Realität näher gebracht werden.

Das Coaching ist an Frauen gerichtet, die sich vor einer eventuellen Existenzgründung befinden, aber noch schwanken und sich fragen: „Soll ich es wirklich wagen?“ und an Frauen, die mit den allerersten Ideen spielen und überlegen, ob die Existenzgründung überhaupt eine Alternative für sie darstellen würde.

Die musikalische Improvisation mit Instrumenten oder der eigenen Stimme ist die Kernmethode des Coachings und wird in jeder Sitzung mindestens einmal angewendet. Durch diese Kontinuität vergrößert sich die Sicherheit im Umgang mit dem freien Spiel und die Teilnehmerinnen können sich mehr und mehr auf die gleichzeitig ablaufenden inneren Gefühle, Ideen, Bilder und Prozesse sowie die Interaktionen innerhalb der Gruppe konzentrieren. Ein anschließendes Gespräch zum Transfer der Erfahrungen gehört immer dazu. Dem Gespräch vor- oder nachgeschaltet können andere Methoden, wie eine Konkretisierung durch Schreiben,

eine Körper- und Bewegungserfahrung oder die Umsetzung einer wesentlichen Erkenntnis in ein gemaltes Bild sein. Solche intermedialen Übertragungen können – sparsam und bei Bedarf eingesetzt – zu verstärkter Integration und größerer Klarheit führen (siehe Rogers 2001, Knill 1992).

Jeder Termin beginnt mit einer Gesprächsrunde, in der die Teilnehmerinnen Gelegenheit haben zu berichten, an welchem Punkt sie gerade stehen, wie es ihnen geht und wie sich die Erfahrungen und Erkenntnisse seit dem letzten Mal weiter entwickelt haben. Die Frauen lernen sich auf diese Weise untereinander kennen, erfahren, dass die anderen möglicherweise ähnliche Gedanken, Befürchtungen und Ziele haben und können sich untereinander vernetzen. Jeder der fünf Termine steht unter einem Thema:

- Meine Unternehmens-Idee: Motivation und Vision
- a) Stimme; b) Stärken und Fähigkeiten
- Überzeugen – Überzeugt sein
- Blockaden und Ängste
- Selbstbestimmung (siehe zur Relevanz dieser Themen: Franks 2000)

Die Arbeitsweise während des gesamten Coachingverlaufes ist prozessorientiert angelegt. Auch wenn für jeden Termin eine themenspezifische Grundlage als Ausgangspunkt für eine gemeinsame Auseinandersetzung in der Gruppe mit besonderen Aspekten, die eine Existenzgründung betreffen, geplant ist, sind die Teilnehmerinnen durch das nicht festlegende Medium der musikalischen Improvisation frei darin, ihren individuellen Impulsen und Schwerpunkten zu folgen. Ausschlaggebend ist, dass die Leiterin dem Prozess der Klientinnen/Teilnehmerinnen folgt, und deshalb der Einsatz von vorher geplanten Inhalten immer nur Impulse und Anregungen darstellen sollen, die jederzeit variiert, weggelassen oder durch für die Teilnehmerinnen als relevant formulierte Themen und Bedürfnisse ersetzt werden können/müssen.

Zusammenfassend lassen sich folgende konzeptionelle Grundlagen für die praktische Durchführung dieses kreativ-künstlerischen Coachings für Existenzgründerinnen nennen:

Anliegen und Ziele:

- Das Coaching soll als Begleitung für den Prozess der Vergewisserung vor einer Existenzgründung dienen
- Durch das Coaching soll ein ergebnisoffener Raum angeboten werden, der den Teilnehmerinnen die Gelegenheit gibt, sich ohne Druck mit der Frage einer möglichen Existenzgründung auseinander zu setzen
- Vermittlung von Stärkung und Ermutigung in Bezug auf eine tatsächliche Gründung

Methodische Bausteine:

- Themen-Impulse als kognitiver Ausgangspunkt für eine Auseinandersetzung mit persönlichen Themen, die die Existenzgründung betreffen
- Selbsterfahrungsanteile durch musikalische Improvisationen, anschließende Gespräche über die gemachten Erfahrungen und eine Übertragung der gewonnenen Einsichten auf konkrete Berufs- und Alltagssituationen
- Übungsbezogene Anteile durch musikalische Spielanleitungen, wie zum Beispiel sich musikalisch vor den anderen zu präsentieren oder ein Verkaufsgespräch musikalisch umzusetzen
- Medienwechsel: Einbeziehung von Bewegung/Körpererfahrung, schriftlicher Konkretisierung, Malen etc.

Praxisphase

Aus dem Verlauf der Praxisphase möchte ich beispielhaft den vierten Termin ausführlicher beschreiben. Die vier Existenzgründerinnen sind hier bereits zu einer sich gegenseitig intensiv unterstützenden Gruppe zusammengewachsen. An diesem Nachmittag soll es um die Themen „Was hindert mich? – Blockaden und Ängste in Bezug auf eine Existenzgründung“ und „Wettbewerb – Überzeugen/Überzeugt sein“ gehen:

Frau Sonntag (alle Namen und persönlichen Daten sind geändert) beginnt die Sitzung, indem sie darum bittet, Rückmeldungen zu ihrem Flyer-Text, den sie im Verlauf der letzten Woche aufgesetzt hat, zu bekommen. Die Frauen hören aufmerksam zu und sagen, was ihnen gut gefällt und welche Sätze/Einzelheiten bei ihnen nicht so gut ankommen.

Danach beginnt die eigentliche Eingangsrunde:

Frau Dierichs:

- Ich habe viel Gutes mitgenommen aus der letzten Stunde. Ich bin mir jetzt klarer darüber, welche Richtung ich mit meinem Dienstleistungsangebot einschlagen will und wie ich einen größeren Kreis von Kundinnen und Kunden ansprechen kann.

Frau Sander:

- Ich habe mir viele Gedanken um meine Mutter gemacht in der letzten Woche und konnte mich deshalb nicht der Weiterentwicklung meines Existenzgründungsvorhabens widmen. Mittlerweile zeichnet sich jedoch eine Lösung ab. Eine Operation könnte meiner Mutter helfen.

Sie bedankt sich bei den anderen Frauen für die Rückmeldung aus der vorletzten Stunde zu ihrer Improvisation. Dies bezog sich darauf, doch den Vater und den

Bruder anzusprechen, sich ebenfalls um die Mutter zu kümmern, so dass nicht alle Aufgaben automatisch an ihr hängen bleiben und sie wieder Zeit findet, sich um ihre eigenen Belange zu kümmern. Es entwickelt sich eine Diskussion, in der die Teilnehmerinnen Frau Sander darin bestärken, tatsächlich entsprechende Schritte zu unternehmen.

Frau Brandt:

- Nach der letzten Sitzung ist es abends zur Aussprache gekommen zwischen meinem Mann und mir bezüglich unserer Teamgründung. Das hat vieles geklärt. Es wird jetzt alles konkreter. Wir planen unsere Gründung für Ende dieses Jahres.

Frau Sonntag:

Sie fühlt sich viel sicherer seit dem „Durchhänger“ letzte Woche. Sie ist sich ihrer Stärken und Fähigkeiten wieder bewusst. Sie arbeitet viel und ganz konkret auf ihre Gründung in 3 Wochen hin.

Nach Abschluss dieser Gesprächsrunde soll der Einstieg in das sehr persönliche Thema „Blockaden und Ängste“ durch eine musikalische Improvisation gefunden werden. Die Frauen erhalten dazu die Vorgabe: Denken Sie sich eine Person, eine aktuelle oder aus Ihrer Vergangenheit, die am meisten etwas dagegen hat, dass Sie sich selbstständig machen. Und dann spielen Sie diese Person.

Die Improvisation:

Ein lautes, heftiges, fast gewaltsames Spiel: Gehämmerte schnelle Tonfolgen in den tiefen Lagen des Klaviers. Ein relativ gleichförmiger Rhythmus auf der Djembe. Im rasenden Tempo wird mit dem Griff eines Schlägels wieder und wieder gegen zwei Stäbe der Chimes geschlagen. Dosierte, aber zielsichere Schläge, die zwischen einer Pauke und einem Becken hin und her wechseln. Die Musik klingt aufwühlend, wie rasend und teils übermächtig.

In der Stille nach der Improvisation schlage ich den Frauen vor, sich bereitliegende Stifte und Papier zu nehmen und ein Bild davon zu malen, wie sie sich jetzt fühlen. Alle Teilnehmerinnen malen.

Das nachfolgende Gespräch:

Frau Dierichs: Klavier

- Während des Spiels habe ich gespürt, wie ich gegen meine übermächtige Mutter keine Chance habe. Ich habe für kurze Zeit einige vorsichtige hohe Töne gespielt, diese sind aber sofort durch die tiefen überstülpenden Töne, die meine Mutter dargestellt haben, überdeckt worden.

Gemalt hat Frau Dierichs sich als Punkt in die Mitte des Blattes. Ein dicker Ring und Verstrebungen um den Punkt stellen die Mutter dar. Dreiecke am äußeren Blattrand weisen auf Einflüsse von außen hin, die aber durch den dicken Ring der Mutter nie zu ihr vordringen konnten. Sie berichtet, dass auch jetzt noch die alten Gefühle von Einengung und Nicht-Frei-Sein sie in ihrer Selbstständigkeit behindern.

Frau Sander: Pauke und Becken

- Ich habe meinen Vater, gegen den ich mich immer ohnmächtig gefühlt habe, auf der Pauke gespielt. Auf das Becken habe ich erst geschlagen, als ich meine eigene Kraft gespürt habe, mich gegen meinen Vater aufzulehnen.

Ihr Bild besteht aus verschiedenen Symbolen: Blitz und Donner dafür, wie sie ihren Vater als Kind wahrgenommen hat. Ein Stern für den Glauben an ihre eigenen Fähigkeiten und ein Herz dafür, sich selbst und ihr Herz spüren zu können. Das Herz ist so klein, dass die anderen Frauen es nur schwer erkennen können. Frau Sonntag steht spontan auf, greift sich zwei rote Ölkreiden, legt sie auf Frau Sanders Bild und sagt: „Wenn es wirklich so ist, dass du dein Herz spüren kannst, dann male das Herz so groß, dass wir es sehen können.“ Fast andächtig greift Frau Sander zu einem der Stifte und malt ein Herz, das mindestens viermal so groß ist wie die anderen Symbole. Ihr Gesicht fängt an zu strahlen und sie sagt: „Das ist ein richtig gutes Gefühl!“

Frau Brandt: Djembe

- Zunächst fiel mir gar keine Person ein, die mich im besonderen Maße kritisieren würde. Auf einmal aber kam mir meine Schwester in den Sinn.

Schon früher hätte diese ihr nie richtig zugehört oder abwertende Dinge zu ihr gesagt. So auch, als sie ihr letztens von ihrer Idee zur Selbstständigkeit erzählte. Die Bemerkung der Schwester lautete: „Wer will denn so was kaufen?“. Bevor Frau Brandt eine Entgegnung einfiel, hatte die Schwester sich umgedreht und war gegangen. Frau Brandt fühlt sich in solchen Situationen wütend. Aber ein Kloß im Hals verhindert, dass sie sich verbal zur Wehr setzen kann. Auf der Djembe hätte sie den Rhythmus von „Wer kauft denn das, wer kauft denn das?“ und anschließend von „Halt die Klappe, halt die Klappe!“ gespielt. Gemalt hat sie ihre große Schwester, wie sie ihr die Hand auf den Kopf legt und sich gleichzeitig selbstverliebt im Spiegel betrachtet. Sie selbst hat Frau Brandt sehr klein, mit schlaff herunterhängenden Armen, einem dicken Balken auf Halshöhe und mit nicht sichtbaren Füßen, die im Boden oder im Wasser verschwinden, gemalt. Für ihre Sprachlosigkeit fällt ihr der Begriff „Paff“ ein, der verdeutlichen soll, dass sie es so nicht mehr ertragen kann. Sie berichtet, wie sie sich in einigen Situationen – auch auf der Arbeit – entblößt fühlt und dann einfach nicht mehr prompt und angemessen reagieren kann. Sie wünscht sich, diese Sprachlosigkeit loszuwerden. Auf meine Frage, ob sie eine Idee

hätte, was ihr dabei helfen könnte, schalten sich die anderen Frauen ein und berichten von ähnlichen Erfahrungen. Gemeinsam mit mir erarbeitet die Gruppe, dass es in einem ersten Schritt darum geht, das Muster zu erkennen und sich dann in der jeweiligen Situation der eigenen Gefühle bewusst zu sein: Denn wenn ich bei mir bin und mich selbst spüren kann, wird es auch leichter möglich, angemessen auf Angriffe von außen zu reagieren.

Frau Sonntag: Chimes

- Mir fiel es total schwer, mir ein Instrument auszusuchen. Selbst der Gong klingt noch zu schön für meine Mutter!

Ihr Spiel auf den Chimes hat das vollkommene Unverständnis ihrer eigenen Mutter ihr gegenüber ausgedrückt. Sie malt sich als Strichmännchen umrahmt von einem Kreis: Ihr Schutzkreis, in den sie sich aus Angst vor Verletzungen zurückzieht, der aber ganz weit weg von der normalen Welt ist. Immer wenn sie sich bedroht fühlt, auch heute noch, zieht sie sich dahin zurück. „Hoffentlich passiert mir das nicht in meiner Selbstständigkeit!“, fällt ihr auf einmal ein. Im Gespräch mit mir wird ihr bewusst, dass es auch einen Teil in ihr gibt, der gelernt hat, sehr gut auf sich selbst aufzupassen und dass sie, wenn es um ihre Arbeit geht, diesen Teil einsetzt.

Diese Einheit hat die Teilnehmerinnen und mich sehr bewegt. Alle Frauen haben sich sehr geöffnet und ihre Verletzlichkeit aber auch ihr großes Potenzial gezeigt. Schön, dass sie sich in der Gruppe so sicher fühlen, dass dies möglich ist. Zu Beginn des Termins habe ich überlegt, ob es angemessen ist, diese tiefgehende Arbeit an den „Introjekten“ anzuleiten oder ob ich auf einer etwas unverbindlicheren Ebene bleiben soll mit einer Fragestellung, wie: „Was sind die schwierigsten Erwartungen, die an Ihre Person als Existenzgründerin gestellt werden?“. Für diese Gruppe zu diesem Zeitpunkt scheint eine durchdringende und intensive Arbeitform zu dem Thema „Blockaden, Ängste und Existenzgründung“ jedoch richtig und sinnvoll gewesen zu sein. Wichtig ist bei einer solch therapienahen Methode, sich genügend Zeit für die Aufarbeitung und Einordnung zu lassen.

Nach der Pause leite ich über zu dem Thema: Wettbewerb – Überzeugen/Überzeugt sein. Ich frage die Frauen, was ihnen spontan zum Thema „Wettbewerb“ einfällt und schreibe am Flipchart mit:

- Alleinstellungsmerkmal
- Konkurrenz
- Abhebung
- Preispolitik
- Marktvolumen
- Nicht gegeneinander sondern miteinander

- Die eigenen Qualitäten hervorheben
- Angst
- Unsicherheit
- Kreativität
- Vertrauen
- Marktbeobachtung
- Flexibilität
- Trends verfolgen
- Als Person gefordert sein

Nach einer Diskussion, in der es um die Frage geht, wie es möglich ist, erfolgreich zu sein und im Wettbewerb zu bestehen, ohne sich selbst dabei zu verlieren, schlage ich eine Improvisation zu dem Thema „Überzeugen – Überzeugt sein“ vor. Diese Improvisation soll in Form eines „Probierhandelns“ erfolgen. Dies bedeutet, dass eine Teilnehmerin über eine konkrete Problemsituation aus ihrem Berufsalltag berichtet und diese Konstellation dann musikalisch-improvisatorisch umgesetzt wird.

Frau Sonntag meldet sich. Sie möchte versierter in Verkaufsgesprächen handeln können. Sie beschreibt mehrere Situationen, in denen sie sich unsicher gefühlt hat. Als Instrument für sich selbst sucht sie das Xylophon aus. Die drei anderen Frauen sollen mitspielen und sich ihr Instrument selbst auswählen. Frau Sonntag verteilt entsprechende Rollen an die Frauen:

1. Eine Kundin, die nur kaufen will, wenn es ganz billig ist (Pauke)
2. Eine Kundin, die gar nicht weiß, was sie eigentlich will (Bassschlitztrommel)
3. Eine starke Mitbewerberin und Konkurrentin (Djembe)

Improvisation: Verkaufsgespräche
Das nachfolgende Gespräch:

Frau Sonntag freut sich, dass es ihr die ganze Zeit über gelungen ist, bei sich zu bleiben und die Konkurrentin gar nicht als Herausforderung erlebt hat. Frau Die-richs in Rolle 2 meldet zurück, dass sie dies stark gespürt und sehr überzeugend gefunden habe. Frau Sander in Rolle 1 merkt an: „Ich habe auch gemerkt, dass du ganz bei dir bist und dass du Spaß an der Arbeit hast. Aber ich habe mich mit meinen Bedürfnissen als Kundin damit nicht ganz ernst genommen gefühlt. Ich hätte mir in meiner Rolle noch mehr Überzeugungsarbeit von dir gewünscht und dass du mehr eingehst auf mich.“ Dies wird länger diskutiert und stellt für Frau Sonntag eine interessante Erkenntnis dar. Zum Schluss nimmt sie, so sagt sie, beide Sichtweisen mit nach Hause, ohne sie sofort auf einen Nenner bringen zu müssen:

1. Das Gefühl bei sich zu bleiben und sich damit wohl zu fühlen. (Ihr Eindruck während der Improvisation war, dass sie die Frau in Rolle 2 auch mit mehr Aufmerksamkeit nicht zum Kauf hätte überzeugen können.)

2. Frau Sanders Empfinden, dass auf sie als Kundin nicht ausreichend eingegangen wurde.

Abschluss:

Die Frauen beginnen Hypothesen anzustellen und sich Gedanken zu machen im Sinne von „Was wäre, wenn du nicht ..., sondern ... gespielt hättest?“. Ich greife ein und bestehe darauf, das jeweilige Erleben in den Rollen stehen zu lassen, auch wenn es sich nicht (sofort) miteinander vereinbaren lässt. Beim Verlassen des Raumes legt Frau Brandt mir ihr gemaltes Bild auf den Tisch und sagt: „Dies lasse ich hier. Sie können damit machen, was sie wollen. Ich möchte das Alte endlich hinter mir zurück lassen.“

Vor der übungszentrierten Improvisation „Verkaufsgespräche“ habe ich mich gefragt, ob ein solch konkretes Thema in Form eines musikalischen Rollenspiels die Teilnehmerinnen auch ebenso konkret weiter bringen kann. Da jedoch in Verkaufsgesprächen, genau wie bei allen anderen Gesprächsformen, die Art des Kontakts zwischen Verkäuferin und Kundin ein ausschlaggebendes Kriterium für Erfolg oder Misserfolg darstellt, die emotionalen Schwingungen also eine wichtige Rolle spielen, scheint gerade die musikalische Improvisation, in der Atmosphärisches in besonderem Maße zum Ausdruck kommen kann, grundlegende Einsichten in das eigene Verhalten zu ermöglichen.

Evaluation

Zur Evaluation des Projekts habe ich nach Abschluss des letzten Termins eine detaillierte schriftliche Befragung durchgeführt. Der eingesetzte Fragebogen (in Anlehnung an Tüpker 2001) umfasste insgesamt 19 nummerierte Fragen, die teils qualitativ und teils quantitativ ausgerichtet waren. Die (in verkürzter Form dargestellten) Ergebnisse beziehen sich ausschließlich auf die beschriebene Coaching-Gruppe mit 4 Teilnehmerinnen. Sie sind von daher nicht als repräsentativ anzusehen. Die Auswertung soll beispielhaft demonstrieren, wie ein „kreativ-künstlerisches“ Angebot in der beruflichen Weiterbildung evaluiert werden kann. Die Ergebnisse werden in qualitativer Form dargestellt, wodurch das Erleben der Teilnehmerinnen in Bezug auf den Coaching-Verlauf herausgearbeitet werden soll. Durch das Material, das von jeder einzelnen Teilnehmerin vorliegt, lassen sich durch eine qualitativ-interpretierende Vorgehensweise erste Antworten zu der Fragestellung ableiten, ob der Einsatz von musiktherapeutischen Methoden in der beruflichen Weiterbildung sinnvoll sein und vor allem auch „funktionieren“ kann.

Ergebnisse

Was motiviert Existenzgründerinnen sich für ein Coaching-Angebot mit kreativ-künstlerischen Methoden anzumelden, wollte ich von den Teilnehmerinnen wissen. Die Antworten:

- Um mich weiterzuentwickeln.
- Ich stecke gerade in der Gründungsphase und hatte vor dem Seminar das Gefühl: Es geht nur schleppend weiter. Ich verspürte den Wunsch nach Unterstützung. Ich hatte die Erwartung, hier könnten meine Gedanken wieder in Fluss kommen.
- Blockaden die bearbeitet werden wollen. Durchweg kreativ sein zu können.
- Ich wollte mich durch nichtverbale Medien noch mehr mit meiner Existenzgründung auseinandersetzen, da ich glaubte, meinen Fähigkeiten noch mehr auf die Spur zu kommen. Zum anderen auf nonverbale Weise meine Ängste u. Befürchtungen anzuschauen.

Die anschließende Frage lautete: „Haben sich ihre Erwartungen erfüllt, sind sie enttäuscht worden, haben sie sich verändert?“ Darauf antworteten die Teilnehmerinnen:

- Meine Erwartungen haben sich mehr als erfüllt
- Das Seminar war eine Bereicherung für mich. Ich selber spiele kein Instrument und war beeindruckt, dass ich mich durch Instrumente ausdrücken und entspannen kann.
- [...] Ich bin erfreut über das was war. Erwartungen haben sich z. T. erfüllt. Das Unerfüllte liegt jedoch in meiner Person begründet [...].
- Meine Erwartungen haben sich sehr erfüllt. Ich habe Ausdrucksformen gefunden, von denen ich nicht wusste, dass sie mir helfen, zu mir zu finden. Der Kurs hat mich in meinem Findungsprozess sehr bestärkt. Ich habe eine vertrauensvolle Atmosphäre erlebt, die mich eingeladen hat, mich verbal und nonverbal zu öffnen.

Die Aussagen weisen darauf hin, dass Wünsche der Existenzgründerinnen nach Unterstützung, Weiterentwicklung, Bearbeitung von Blockaden und Ängsten, Kreativität und In-Fluss-Kommen sich – unter anderem auch durch den musikalisch-improvisatorischen Ausdruck – realisieren konnten.

Aus den Antworten auf die Frage, welche Bedeutung die Beschäftigung mit den einzelnen Themen (z. B. Vision, Meine Stimme, Stärken und Fähigkeiten) für die Teilnehmerinnen hatte, wird deutlich, dass für jede Frau ganz unterschiedliches im Vordergrund stand. Interessant ist, dass insgesamt gesehen, jedem der 8 von mir vorgegebenen Themen mindestens einmal eine wichtige Bedeutung beigemessen wird. Während zum Beispiel eine Frau sich in der Vergangenheit schon ausgiebig mit ihren „Stärken und Fähigkeiten“ beschäftigt hat, äußern sich andere Frauen zu diesem Themenbereich mit den Worten:

- habe ich noch mehr kennengelernt; waren sehr wichtig
- [...] Die Bedeutung ist groß, ich bin weiter gekommen, erkenne mich besser, glaube an mich!

Als zusätzliches, von mir nicht abgefragtes Thema, das die Teilnehmerinnen als persönlich wichtig empfunden haben, nennen drei der Frauen die Rückmeldungen dazu, wie sie von den anderen wahrgenommen wurden. Dies deutet darauf hin, dass gerade der persönliche Austausch und die Ermutigung innerhalb einer Gruppe für Existenzgründerinnen, die als selbstständig Tätige zum großen Teil auf sich allein gestellt sind, eine sinnvolle Form der persönlichen Auseinandersetzung während der Gründungsphase darstellt.

Instrumente, die den Frauen besonders wichtig waren, sind:

- Trommel: Kann mich damit am besten ausdrücken. Entspricht meinem Temperament. Direkter Kontakt mit den Händen.
- Leier: beruhigend; Ocean Drum: Gute Ausdrucksmöglichkeit meiner Situation, PN] [...] aber auch das Xylophon.
- Klavier: Mit diesem Instrument konnte ich meine Gefühle am klarsten ausdrücken.
- Chimes: Entsprechend vom Klang her meiner Stimmungslage. Durch mehrere Stäbe zum Anschlagen konnte ich meine ungewisse Situation noch mehr ausdrücken. Konnte meine gegenwärtige Stimmungslage durch aktives Tun ausdrücken. Alles um mich herum vergessen.

Das Spiel auf den Instrumenten hat den Frauen eine nonverbale Ausdrucksmöglichkeit für die eigenen Gefühle, Stimmungslagen und Unsicherheiten geboten. In den Beschreibungen von konkreten Improvisationen wird noch stärker deutlich, welche Bedeutungskraft das freie musikalische Spiel für die einzelnen Frauen hatte:

- Wir erhielten die Aufgabe uns vorzustellen, wie unsere Räumlichkeiten in der Selbstständigkeit aussehen würden, z. B. ob ein Schreibtisch darin stehen sollte. Während der Improvisation spielte ich auf der Schlitztrommel. Nach Aufgabenstellung hatte ich permanent einen gläsernen Schreibtisch vor Augen (Assoziation zu dem einer Freundin, der mir gut gefiel). Dieser Schreibtisch stand in einem von Bäumen verdunkelten Zimmer. Ich war sehr beunruhigt, da ich glaubte, dass in dem dunklen und abseits gelegenen Raum keine Klienten kommen würden. – Das Schlagen auf das Instrument wirkte lange Zeit disharmonisch auf mich, bis ich Töne fand, die mir Sicherheit gaben und ich letztendlich zu mir fand und somit auch den Frieden in mir.
- Vibrierende Holzbank: chaotisches wildes Durcheinander – dumpfe eintönige langsame Tonfolge – harmonisches Spiel entspricht meinem jetzigen Zustand: viele Ideen, besessenes Arbeiten, Chaos im Kopf, energetisches Ungleichgewicht – es folgte die Depression – der Wunsch ist innere Ruhe + Ausgeglichenheit.

Zwei der Teilnehmerinnen bejahen die Frage, ob die einzelnen Termine des Coachings Auswirkungen auf ihren Existenzgründungs-Prozess hatten:

- Vorstellungen wurden konkreter. Entwicklung in der Person und in der Tätigkeit.
- Ich stehe stabiler, kann mit Schwankungen, Selbstzweifeln natürlicher und sicherer umgehen. Mein Bezug zu mir selbst ist allg. natürlicher, sicherer, stabiler, schöner geworden.

Die beiden anderen Frauen geben an:

- Manchmal beobachtete ich bei mir, dass Rückmeldungen von Kursteilnehmerinnen mich in der darauffolgenden Woche zum Nachdenken brachten, so dass mir bewusst wurde, welche Priorität die Existenzgründung für mich hat. Manchmal konnte ich keine Auswirkungen bei mir beobachten.
- Ich weiß es nicht. Es hat mich allgemein bereichert und auf lange Sicht gesehen wirkt es sich sicherlich auf meine persönliche Entwicklung aus. Dazu gehört letztlich auch der Gründungsprozess.

Besonders wichtig in Bezug auf die von mir in der Konzeptionsphase des Coachings formulierten Annahmen ist die folgende Frage: „Nach Ihren persönlichen Erfahrungen der letzten Wochen: In wieweit empfinden Sie ein Angebot, das mit kreativen Erkenntnis-Methoden (insbesondere der musikalischen Improvisation) arbeitet, als hilfreich für den persönlichen Prozess während der Existenzgründung?“. Die Antworten der Teilnehmerinnen lauten:

- Ich halte das Angebot für sehr wichtig. Auf diese Weise kann ich mich mit bestimmten Fragestellungen durch aktives Tun in entspannter und strukturierter Atmosphäre auseinandersetzen.
- Es hilft loszulassen und einen klaren Kopf zu bekommen. Das ist wichtig für die Gründung, vor allem, wenn man blockiert ist und nicht weiterkommt.
- Besonders hilfreich u. wichtig. Es ist sehr leicht darüber mit sich in Kontakt zu treten, sich zu fühlen, sehen und verstehen.
- Richtig gut! Insbesondere die Musik. Impro gibt die Möglichkeit mich auszudrücken, was mit Worten vielleicht nicht so zum Ausdruck käme.

Nachfolgend haben alle Teilnehmerinnen das Feld zu der Aussage angekreuzt: „Das Kreative Coaching ist/war für mich ein hilfreicher Bestandteil meines Existenzgründungs-Prozesses.“

Auch wenn die hier vorgestellten Ergebnisse zunächst nur für eine Gruppe von Teilnehmerinnen gelten, ist doch an diesem Beispiel deutlich geworden, dass der Einsatz von musiktherapeutischen Methoden eine ganz besondere Art des Ausdrucks und der Auseinandersetzung mit beruflich-persönlichen Themen ermöglichen kann. Ob das Angebot in dieser Form auch für weitere Gruppen von Existenzgründerinnen und, weiter gedacht, auch für Angehörige anderer Berufsgruppen als

Bereicherung für berufliches Handeln erfahren werden kann, müssen zukünftige Projekte dieser Art zeigen.

Abschließende Bemerkungen

Der Einsatz von musiktherapeutischen Methoden in der beruflichen Weiterbildung ist momentan noch eine vergleichsweise neue Arbeitsform. Aber gerade vor dem Hintergrund einer ganzheitlich verstandenen Weiterbildung, die neben der Förderung von fachlichen Fähigkeiten ebenso Wert auf die persönliche Entfaltung der und des Einzelnen legt, lässt sich die Verbindung von Musiktherapie und beruflicher Weiterbildung begründen. Die in diesem Beitrag skizzierten veränderten Anforderungen im Arbeitsleben lassen die Schlussfolgerung zu, dass auf veränderte berufliche Anforderungen mit einer ebenfalls veränderten Weiterbildung reagiert werden muss. In all den Bereichen beruflicher Weiterbildung, in denen die Akkumulation von Wissen und fachlichen Fähigkeiten nicht ausreicht, um Möglichkeiten zur Bewältigung von komplexen Aufgaben aufzuzeigen, sondern „kreativ-improvisatorisches“ Können gefragt ist, könnte die Anwendung von Methoden aus der Musiktherapie eine Bereicherung an wirkungsvollen Arbeitsformen darstellen.

Literatur:

- Aichner, Martina/Heilinger, Anneliese (2002): Spieglein, Spieglein an der Wand, wer oder was ist besser, professioneller, höher bezahlt und insgesamt attraktiver.
In: Angelika Strauß/Peter Awecker (Hrsg.): Coaching. Innsbruck, Studienverlag. 29–43
- Arnold, Rolf (1999): Weiterbildung und Beruf. In: Rudolf Tippelt (Hrsg.): Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung. Opladen, Leske + Budrich. 245–256
- Franks, Lynne (2000): Weiblich Wirtschaften – Der kreative Weg zu Selbständigkeit und geschäftlichem Erfolg. München, Riemann
- Huck-Schade, Johanna Maria (2003): Soft Skills auf der Spur. Soziale Kompetenzen: weiche Fähigkeiten – harte Fakten. Weinheim, Beltz
- Dies. (2001): Neue kreative Wege im Seminar – Ein Methodenbuch für den ideenreichen Einsatz von Materialien. Weinheim, Beltz
- Knill, Paolo J. (1992): Ausdruckstherapie – Künstlerischer Ausdruck in Therapie und Erziehung als intermediale Methode. Lilienthal, Eres
- Kühn, Manfred (1993): Musik gegen den Alltag. Zur Bewältigung von Krisen und Konflikten in sozialen Berufen. In: *Zs. f. Sozialtherapie*, 6/7, 56–63

- Landesinstitut für Qualifizierung NRW (Hrsg.) (2002): Arbeitswelt- und berufsbezogene Weiterbildung – Ein Diskussionsbeitrag zu einem neuen Entwicklungsfeld. Bönen, Verl. f. Schule u. Weiterbildung
- Lang, Rudolf (2000): Schlüsselqualifikationen. Handlungs- und Methodenkompetenz, Personale und Soziale Kompetenz. München, dtv
- Pavlicevic, Mercédèdes (2003): Groups in Music. Strategies from Music Therapy. Jessica Kingsley, London
- Pirzer, Alexandra (2000): Staatliche Förderung der beruflichen Weiterbildung – Ziele, Maßnahmen und Zweckmäßigkeit. Hohengehren, Schneider
- Rauen, Christopher (2000): Varianten des Coachings im Personalentwicklungsbereich. In: Ders. (Hrsg.): Handbuch Coaching. Göttingen, Hogrefe, 41–67
- Rogers, Natalie (2001): The Creative Connection – Expressive Arts as Healing. Ross-on-Wye, PCCS Books
- Schreyögg, Astrid (2003): Coaching – Eine Einführung für Praxis und Ausbildung. Frankfurt, Campus
- Timmermann, Tonius (2003): Musiktherapeutische Selbsterfahrung – Plädoyer für eine moderne Form von Seelsorge in der säkularen Gesellschaft. Musiktherapeutische Umschau 24, 1., 4–52
- Tüpker, Rosemarie (2001): Musiktherapeutische Konzepte mit alten Menschen. In: Rosemarie Tüpker/Hans Hermann Wickel (Hrsg.): Musik bis ins hohe Alter – Fortführung, Neubeginn, Therapie. Münster, 87–142
- Weymann, Eckhard (2004): Zwischentöne. Psychologische Untersuchungen zur musikalischen Improvisation. Gießen, Psychosozial

Pia Neiwert, Twenteweg 49, 48161 Münster, neiwert@gmx.de

The Background and Current Status of Education and Funding for Music Therapy Services in the United States

Geschichtlicher Hintergrund und gegenwärtiger Status der Ausbildung sowie die Finanzierung musiktherapeutischer Dienste in den USA

Cynthia A. Briggs, Susan Bawell Weber, St. Louis, MO., USA

In Memory of Dr. Rosalie Rebollo Pratt

Music therapy in the United States has existed as a profession since 1950. "The American Music Therapy Association" currently reports a membership of over 3500 members. This paper will examine a short background of the profession, education and entrance level requirements for music therapists and current means of financial reimbursement. Future trends for the music therapy profession will also be discussed.

In den USA existiert die Musiktherapie seit 1950 als ein akademischer Beruf. Die „American Music Therapy Association“ umfasst gegenwärtig mehr als 3500 Mitglieder. Dieser Beitrag gibt einen kurzen Einblick in den Beruf, die Ausbildung und die Zugangsvoraussetzungen für Musiktherapeutin, sowie in die gegenwärtigen Finanzierungsformen. Ebenso werden Zukunftsperspektiven für den musiktherapeutischen Beruf diskutiert.

Professional History

After many starts and stops in the first half of the twentieth century (Schmidt Peters 1987), the first curriculum was developed in 1944 to train music therapists at what is now Michigan State University. The first didactic and laboratory course was taught at the university of Kansas in 1946 (Schneider, Unkefer, & Gaston, 1968). In 1950, the National Association for Music Therapy was formed, bringing the profession into the modern era (Solomon 1982). In 1971, a second national organization was established soon taking the name, American Association for Music Therapy (www.musictherapy.org). Both groups helped to establish curriculum for degree programs, published journals giving voice to research, and in general helped elevate music therapy to a more professional level and develop employment opportunities.

In the early 1980's, the need for objective and credible certification was recognized, which was hoped would "have a positive effect on employment practices and reimbursement possibilities" (Certification Board for Music Therapists 1983, 6). The Certification Board for Music Therapists (CBMT) was established for this purpose and the first certification examination was administered in 1985. The purpose of CBMT board certification is to provide an objective national standard that could serve as a measure of professionalism by interested agencies, groups, and individuals.

In 1998, The National Association for Music Therapy and the American Association for Music Therapy merged into one organization, the American Music Therapy Association (AMTA). AMTA is committed to the advancement of education, training, professional standards, credentials, and research in support of the music therapy profession (www.musictherapy.org). In addition, AMTA publishes two professional journals, *The Journal of Music Therapy* and *Music Therapy Perspectives*.

Educational Requirements

Professional requirements include a bachelor's degree or higher in music therapy from an AMTA-affiliated university program. AMTA has developed Professional Competencies that are organized into three main areas: musical foundations, clinical foundations, and music therapy (AMTA Member Source Book 2005). In addition, 1200 hours of clinical training are required, including a supervised internship of at least 900 hours. Graduate degrees focus on advanced clinical practice and research. Some universities are now offering doctoral degrees in music therapy including, Florida State University, New York University, Lesley University, Temple University, University of Kansas, and the University of Iowa.

In order to qualify for professional practice, graduates must pass the CBMT exam and receive national board certification, obtaining the credential Music Therapist – Board Certified (MT-BC) (www.musictherapy.org).

History of Reimbursement

In the 1950s, most music therapists were employed by adult psychiatric institutions. As the value of music in the treatment of handicapped children was recognized, more and more music therapists began to work with the mentally challenged. (Lathom 1980). The therapists were reimbursed by the institution hiring them.

Music therapy gradually became recognized as a viable adjunct in other types of settings such as hospitals, broad-based special education, geriatric centers, nursing

homes, prisons and substance abuse centers. In the 1970s, music therapists began to go into private practice and contract their services to agencies and individuals (Michel 1976).

During the 1980s, music therapists also began to be involved in the MusicMedicine movement, using music during medical interventions in the hospital setting (Spintge & Droh 1992). Many of these projects were financed through grant funding.

The 1990s showed a steady increase in the number of music therapists who were self-employed. Third party reimbursement became available to music therapists on a case-by-case basis and reimbursement under Medicare Partial Hospitalization Programs was implemented in 1995. Another area of rapid growth in the 1990s was in the provision of music therapy services within a special education context, where state and federal education funds provided payment.

Current Status of Reimbursement

Although there is a national system for education and credentials, reimbursement is much more varied from state to state. The following areas address topics that are more consistent across states.

Each year the AMTA does a survey of their professional membership that includes a report of work settings. The 2005 AMTA Sourcebook indicates that 12% of the current membership categorizes their work as self-employment or private practice. With regard to fees, the 2005 respondents had a mean rate for individual sessions of \$56.86 and a mean rate for group sessions of \$58.57. Respondents also indicated that about 28% of their fees came through some kind of third party reimbursement or payment. Some of these current reimbursement possibilities are as follows (AMTA Sourcebook 2005).

Grant Funding

This has long been a source of funding for facilities employing a music therapist. Funding from grants can offer an institution the necessary finances to employ a music therapist. This money is usually allowed as a dollar amount given for specific programs (such as music therapy in a hospital oncology department) and does not involve a sum for each individual client served. The trend in grants currently is to fund start-up programs that did not exist prior to the grant rather than providing funds for long-standing programs (www.musictherapy.org).

Individual Education Plan (IEP)

Another successful area is payment for music therapy for school-based special education services, included in a child's Individual Education Plan (IEP). Federal law requires all children receiving special education services to have an IEP each year. When a music therapy assessment indicates that music therapy services are necessary for a child to benefit from his special education program, music therapy services must be included in his IEP and paid for by the school district. This is a case where the money is received from both state and federal governments (Coleman and Brunk 1999).

Medicare

Medicare is a federal health insurance program for people age 65 and older and for individuals with disabilities (www.alz.org/Resources/Glossary.asp). Since 1995, music therapy has been identified as a reimbursable service under benefits for Partial Hospitalization Programs (PHP). Successful reimbursement requires listing the therapy under Activity Therapy. Interventions cannot be purely recreational or diversionary in nature and must be individualized, based on goals specified in the treatment plan. Thus, the music therapy must be considered an *active* treatment and meet the following criteria:

- be prescribed by a physician
- be reasonable and necessary for the treatment of the individual's illness or injury
- be goal directed and based on a documented treatment plan
- the goal of treatment cannot be to merely maintain current level of functioning; the individual must exhibit some level of improvement (www.musictherapy.org)

All services and bills submitted to Medicare must include an established code, describing the intervention. In this system, a typical music therapy intervention could be defined as: "Activity therapy, such as music, dance, art or play therapies not for recreation, related to the care and treatment of patient's disabling mental health problems" (HCPCS Level II Expert 2002).

Medicaid

Medicaid is a program jointly funded by the states and federal government, reimbursing hospitals and physicians for providing care to qualifying patients who cannot finance their own medical expenses (www.thefreedictionary.com/Medicaid).

There is no national Medicaid program for music therapy. Coverage and avenues for music therapy services vary from state-to-state. Some private practice music

therapists have successfully applied for Medicaid provider numbers within their states. Other states offer waiver programs, covering music therapy.

For example, in the State of Minnesota, individual music therapists received provider numbers to service clients with mental illness and developmental disabilities. A waiver program for children with developmental disabilities provides coverage for music therapy. The Pennsylvania Department of Aging Waiver program allows Medicaid payment for music therapy provided in a community based setting. Music therapy is listed under health and mental health related counseling services.

Although music therapy is not specifically listed as a covered service, when functional outcomes are achieved, these interventions may fall under an existing treatment category such as community support, rehabilitation, or habilitation (Simpson & Burns 2004).

Private Insurance

Over the past 12 years, in response to the increasing demand for music therapy, the music therapy profession has worked to facilitate the reimbursement process through third party reimbursement and it continues to grow. At least 28% of music therapists are paid this way (AMTA Sourcebook 2005). This number is expected to increase exponentially as music therapy increases its presence in the health care industry.

There is currently an increasing demand for greater patient choice of health care services. Insurance companies are recognizing the advantages of music therapy as a benefit as they respond to this market demand; and are beginning to reimburse for music therapy services on a case-by-case basis, based on medical necessity. The term medical necessity is defined as “the reasonable and necessary medical treatment and services needed for an individual diagnosed with a specific medical condition.” (Simpson & Burns 2004, 26)

Comparable to other health professions, music therapists must provide an individual assessment for each client. The music therapy service must be reasonable and necessary for the individual’s illness or injury and include a goal-directed, documented treatment plan.

Finally, music therapy is typically pre-approved for coverage or reimbursement, when deemed medically necessary to reach the treatment goals of the individual patient. Reimbursement is determined on a case-by-case basis and available in a large variety of health care settings (www.musictherapy.org).

Other sources include: many state departments of mental health, state departments of mental retardation/developmental disabilities, private auto insurance, employee

worker's compensation, county boards of mental retardation/developmental disabilities, special education schools, foundations, grants, and private pay (Simpson & Burns 2004), (www.musictherapy.org).

Professional Trends

Since the 1980's, the health care system in the United States has been and is in flux with increased managed care. Managed care is intended to be a system of health care where the goal of the system is to deliver quality, cost effective health care through monitoring and recommending utilization of services, and cost of services (www.insweb.com/learningcenter/glossary/health-m.htm). In order to increase job opportunities and the number of music therapists needed to meet the predicted explosion in health care needs, it is imperative that music therapists are informed of current trends within this system and knowledgeable about predicted demographics for specific populations who will need our services in the future. Some of these foreseeable populations and trends follow.

Neonatal Intensive Care Units (NICU)

The use of music therapy in neonatal intensive care units has been on the radar since the early 1990's. This use of music therapy continues to make slow but steady growth in the United States. Dr. Jayne Standley, MT-BC and Florida State University have provided steady leadership in the USA toward building research data to support this work. While the research indicates that music therapy can be a valuable resource, music therapists must be well-informed and well-prepared to convince the physicians and other professionals of the value of music therapy in NICU settings (Standley 2003).

Autism

Autism currently ranks as the 3rd highest handicap in the US with over one-half million individuals carrying the diagnosis (Palmer 2001). When related areas such as pervasive developmental disorder (PDD) are included, the estimate is close 1 in 200 persons. This is obviously a growing area for music therapists in special education and private practice. The increased need for more special educators is predicted at 21–35% by 2008 (USDE 2001).

Neurological Music Therapy (NMT)

By 2010, over 15% of the US population will be over 65 (US Census Bureau 2000). This population will be prone to strokes, Parkinson's Disease, and other

neurological disorders. The positive therapeutic applications of NMT have been demonstrated by Michael Thaut and his colleagues at the Center for Biomedical Research in Music at Colorado State University. This evidence based research and the resulting techniques are proving highly effective in dealing with rehabilitation issues in cognitive and sensorimotor domains to facilitate and train gait, arm movement, memory, attention, speech and language skills and gait performance (Thaut, Kenyon, Hurt et al 2002, Thaut 2003). It is opening present and future opportunities for music therapists to work with speech, physical and occupational therapists in rehabilitation.

Palliative Care

Another rapidly growing area is palliative care, which is proving to be extremely cost effective. Medicare identified 2,444 hospices in 2004, with continued growth expected. Mainly offered by hospices, palliative care emphasizes compassionate therapies focused on physical, psychological, social and spiritual needs of the patient, family and caregiver (NAHC Publications 2004). Music therapy is becoming increasingly recognized as a valuable tool in pain management and in working with the dying (Krout 2000).

Group Practice

The wheel need not be reinvented. Many professionals work as a team to help the same client (Groene 2003). More and more day programs and numerous outpatient medical settings are being set up to cut the high cost of hospitalization (Kruse 2003). Professional liaisons can help music therapists gather more truth about human health, education and well-being (Rebollo-Pratt, 1996). It would seem feasible and profitable for music therapists to actively work to become a part of group practices, such as

- cancer out patient treatment centers
- pain management clinics
- stress management, relaxation
- health promotion and disease prevention (Quinn & Traub 2002).

Since the 1980's, there has been an ongoing movement to humanize American hospitals, making them more attractive and inviting to patients. Inter-disciplinary, creative therapy programs are also growing to meet this marketing demand (Rebollo Pratt 1997). This would also seem an obvious venue for music therapists to create opportunities in health promotion and disease prevention (Quinn & Traub 2002).

Healthy People 2010

The 1979 United States Surgeon General's Report, *Healthy People*, and later, *Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives* established national health objectives that serve as a basis for the development of State and community plans. *Healthy People 2010*, the most current report, established two overarching goals: Increase Quality and Years of Healthy Life and Eliminate Health Disparities. This report is intended to guide health initiatives and grants and to enable diverse groups to combine their efforts in initiatives intended to improve health (*Healthy People* at www.healthypeople.gov).

Private Practice

Although the number of music therapists in private practice is growing in the United States, the vast majority of these practitioners are receiving payment through contracts with agencies or through private payment from the individual receiving services. The AMTA has made reimbursement for music therapy services a Priority Goal as part of the AMTA strategic plan. While reimbursement from third-party payers is a priority issue for the AMTA, the percentage receiving this type of reimbursement is still small at this time (Simpson & Burns 2004).

Wilhelm (2004) surveyed 465 music therapists who were members of AMTA and had identified themselves as self-employed or in private practice (2002 AMTA Sourcebook). Two hundred eight-eight music therapists responded indicating they worked with 29 different clinical populations. Overall, the top four methods of payment were: private pay, agency or school district payment, third-party payment, and grants. The other category only accounted for 1% of payment. Third party payment accounted for approximately 30% of payments.

American WholeHealth Networks, Inc.

The American WholeHealth Networks, Inc. (AWHN) provides integrative medicine services through a network on Complementary and Alternative Medicine practitioners for managed care organizations and health plans. In July 2004 AWHN announced, in conjunction with AMTA, its Music Therapy Network Program. This program would credential music therapists to be providers for AWHN for referral within some of the AWHN client health plans. Payment for services would occur if a health plan approved music therapy services for one of their clients from an AWHN credentialed music therapist. No information was available on the extent to which this has occurred since the 2004 launch (www.american-wholehealth.com).

New York State Practitioner's Law

The State of New York has created a Mental Health Practitioner's Law to license the providers of Mental Health Counseling, Marriage and Family Therapy, Creative Arts Therapies, and Psychoanalysis. Effective January 1, 2006, the law requires that mental health practitioners be licensed to practice in the State of New York.

For the creative arts therapists, the education standard for New York's new law requires a master's degree or higher in one of the creative arts therapies from a program that is accredited by an acceptable accrediting agency or is determined to be substantially equivalent. The program must include a minimum of 48 semester credit hours and include supervised clinical experiences in the creative art therapy with a minimum of 500 clock hours. The law also requires training in identifying and reporting child abuse. Post-masters, a candidate for licensure must complete 1500 supervised clock hours.

The examination requirements are the Board Certification examinations that are already in existence for music therapy and art therapy or another examination determined comparable for other disciplines (www.op.mysed.gov/catselect.htm).

Marketing

There is also a significant need to get the profession of music therapy in front of the public through more public relations, media spots, and in-service training (Wilhelm 2004). AMTA is currently making an effort to increase the visibility of music therapists in its relationship with the U.S. Federal government to hopefully increase reimbursement possibilities (www.musictherapy.org).

Many therapists also have a combined degree in music therapy and psychology/counseling in order to have multiple opportunities for reimbursement. This provides a broader therapy basis and has also helped to open doors to more reimbursement venues.

Many of the trends discussed above suggest that it would be advisable to raise the entry level of education to a Master's degree as found in other therapies (ex: Art Therapy, Dance Therapy, Occupational Therapy, Speech and Language Therapy, Clinical and Rehabilitation Counseling). When other therapies demand a graduate level degree for entry into the profession and licensure, this would seem a logical way to improve training and be on more equal footing as colleagues.

Conclusions

The profession of music therapy in the United States has come a long way in the past 55 years. There is now a single professional organization (AMTA), standardized professional competencies for education, professional certification, and two refereed journals. The authors feel there are two essential areas that will need to be addressed in the near future. Firstly, the entry level of education requirements needs to be raised to a Master's degree level commensurate with other therapies (art, dance, speech physical and occupational). A master's degree is also the entry credential for licensure, which is clearly on the horizon for other states now that the State of New York has passed a licensure law that includes creative arts therapists. The second essential area relates to AMTA's reimbursement initiative. The area of reimbursement for services must continue to be a priority for AMTA and AMTA regional organizations with the goal of reimbursement becoming broader and more consistent across the United States.

References:

- American WholeHealth Networks, Inc. In: Internet: www.american-wholehealth.com
- American WholeHealth Networks Established Music Therapy Network Program on AMTA website. In: Internet: www.musictherapy.org/membersonly/gr/wholehealth.html
- AMTA Member Source Book (2005). Silver Springs: American Music Therapy Association, Inc.
- American Music Therapy Association (AMTA). In: Internet: www.musictherapy.org
- Bernard, S. (Ed.) (2002). HCPCS Level II Expert. United States: Ingenix, Inc.
- Certification Board for Music Therapists. (1983, September–October). Music therapy certification information sheet. NAMT Notes, 6, 8
- Coleman, K. A. & Brunk, B. K.(1999). SEMTAP, Special Education Music Therapy Assessment Process, Handbook. Grapevine, TX: Prelude Music Therapy
- Groene, R. (2003). Wanted: music therapists: a study of the need for music therapists in the coming decade. In: Music Therapy Perspectives, Volume 21, 4–13
- Healthy People. In: Internet: www.healthypeople.gov
- Hospice Association of America. Facts & Statistics, 2004. Washington DC: NAHC Publications
- Krout, R. (2000). Hospice and palliative music therapy: a continuum of creative caring. In: Effectiveness of Music Therapy Procedures: Documentation of Research and Clinical Practice. (3rd Edition). Silver Springs: American Music Therapy Association, Inc.
- Kruse, J. (2003). Music therapy in United States cancer settings: recent trends in practice. Music Therapy Perspectives, Volume 21, 89–98
- Lacy, L. D., & Hadsell, N. A. (2003). Information sharing – music therapy practice in the southwestern region of the American Music Therapy Association: making a living in a dynamic, complex field. Music Therapy Perspectives, Volume 21, 110–115
- Lathom, W. B. (1982). Survey of functions of a music therapist. Journal of Music Therapy, Volume 19 (1), 2–27
- Managed Care. In: Internet: www.insweb.com/learningcenter/glossary/health-m.htm
- Medicaid. In: Internet: www.thefreedictionary.com/Medicaid
- Medicare. In: Internet: www.alz.org.Resources/Glossary.asp
- Michel, D. E. (1976). The field of music therapy. In: D. E. Michel (ed.) Music Therapy: An Introduction to Therapy and Special Education through Music. Springfield IL: Charles C. Thomas

- New York State Licensure. In: Internet: www.op.mysed.gov/catselect.htm
- Quinn, S. & Traub, M. (Eds.) (2002). National Policy Dialogue to advance integrated health care: finding common ground. In: *Advances*, Volume 8 (3), Supplement, 1–16
- Rebollo Pratt, R. (1997). *Hospital Arts – A Sound Approach*. St. Louis: MMB Music
- Rebollo Pratt, R. (1996). Professionalism in music therapy and MusicMedicine: issues of the past and future. In: R. Rebollo Pratt & R. Spintge, eds.) *MusicMedicine* Volume 2. St. Louis: MMB Music
- Schneider, E. H., Unkefer, R. F., & Gaston, E. T. (1968). Introduction. In Gaston, E. T. (Ed.) *Music in Therapy*. New York: Macmillan
- Simpson, J./Burns, D. S. (2004). *Music Therapy Reimbursement: Best Practices and Procedures*. Silver Springs, MD: The American Therapy Association
- Solomon, A. I. (1982). Historical research in music therapy: an important avenue for studying the profession. *Journal of Music Therapy*, Volume XIX (3), 161–178
- Spintge, R. & Droh, R. (Eds.) (1992). *MusicMedicine*. St. Louis: MMB Music, Inc.
- Standley, J. M. (2003). *Music Therapy with Premature Infants, Research and Developmental Interventions*. Silver Spring, MD: American Music Therapy Association, Inc.
- U. S. Census Bureau (2001). Profile of demographic statistics: 2000. In: Internet: <http://factfinder.census.gov/servlet>
- Waldon, E. (2001). The effects of group music therapy on mood states and cohesiveness in adult oncology patients. *Journal of Music Therapy*, 38, 212–238
- Wilhelm, K. (2004). Music therapy and private practice: recommendations on financial viability and marketing. *Music Therapy Perspectives*, 22, 68–81

Cynthia A. Briggs, M. M., Psy.D., MT-BC, cbriggs@maryville.edu
Susan Bawell Weber M. A. RMT, NMT, sbwebermuc@yahoo.com
Maryville University – School of Health Professions – Music Therapy Program
13550 Conway Rd., St. Louis, MO. 63141, USA

Fremdes im Eigenen, Eigenes im Fremden – Musiktherapie in Chile Gedanken einer deutschen Musiktherapeutin im Ausland

Experiencing the Unfamiliar in One's Own Self and Experiencing One's Own Self in the Unfamiliar – Music Therapy in Chile Thoughts of a German Music Therapist in a Foreign Country

Susanne Bauer

Der Artikel beschreibt und analysiert die Erfahrungen in musiktherapeutischer Arbeit einer deutschen Musiktherapeutin in Santiago de Chile, seit 1991 bis heute. Der Artikel soll die Anpassung musiktherapeutischer Denk- und Vorgehensweisen an eine fremde Kultur und einen unbekanntem Kontext erläutern. Dabei wird auf die Einrichtung und Durchführung eines zweijährigen Aufbaustudiengangs Musiktherapie an der Facultad de Artes der Universidad de Chile und dessen Bedeutung für die Weiterentwicklung der Musiktherapie in Chile in den vergangenen sechs Jahren eingegangen. Zum anderen wird darüber nachgedacht, wie sehr kulturspezifische musikalische Gewohnheiten von MusiktherapeutIn, PatientIn oder StudentIn eine Rolle im musiktherapeutischen Alltag spielen, sowohl in der Lehre als auch in der Praxis: Was muss eine aus der Fremde kommende Musiktherapeutin, deren Schwerpunkt die instrumentale Improvisation ist, ins eigene Denken und Arbeiten integrieren, wenn sie vorfindet, dass a) der Schwerpunkt des musikalischen Ausdrucks der mit Gitarre begleitete Gesang ist, b) traditionelle Lieder von Generation zu Generation weitergegeben werden und c) sozialkritische und politische Lieder im kollektiven Unterbewusstsein vorherrschen? Und: Wie kann sie ihr musiktherapeutisches Denken und Handeln anderen vermitteln, damit diese es ins Eigene integrieren können?

This article describes and analyses the experiences of a German music therapist, working in Santiago, Chile, from 1991 to the present. The purpose of the article is to illustrate the process of adapting music therapy related thoughts and actions, when confronted with a foreign culture and unfamiliar situations. The article describes the organisation and realisation of a postgraduate music therapy program in the Department of Music at the University of Chile and its impact on the further development of music therapy in Chile, during the past six years. Consideration is given, regarding the degree to which specific cultural music customs of music therapists, patients and students influence everyday music therapy, in both teaching and practice settings. What must a foreign music therapist, relying primarily on instrumental improvisation intervention techniques, integrate in her therapeutic methods when a) singing songs and guitar playing are the common means of musical

expression, b) traditional songs are passed down from generation to generation and c) the collective subconscious is characterised by socially critical and political songs? The question then arises as to how the therapist transfers music therapy related thoughts and actions so that others might integrate them into their own personal approach.

... Und umzuschaffen das Geschaffne,
Damit sich nicht zum Starren waffne,
Wirkt ewiges, lebendiges Tun.
Und was nicht war, nun will es werden
Zu reinen Sonnen, farbigen Erden;
In keinem Falle darf es ruhn.

J. W. Goethe
(Aus: Eins und Alles, 1820–22)

Chile 1991–1998: Eindrücke – die allmähliche Transformation des Eigenen und des Fremden

Wahrscheinlich kann man oftmals erst im Nachhinein verstehen, was einem im Moment eigenartig, unverständlich und befremdend vorkommt. So ergeht es mir zumindest im Hinblick auf meine Erfahrungen als Musiktherapeutin in einem fernen Land, 14.000 km von Deutschland entfernt. In der südlichen Hälfte der Erdkugel sind nicht nur die Jahreszeiten „verkehrtherum“, sondern es gab auch sonst noch so einige „Umgekehrtheiten“, die es nach und nach zu integrieren galt. Fertig wird man damit sicherlich nie. Damals ging ich davon aus, dass meine Methode der Musiktherapie den zukünftigen KollegInnen bald vertraut sein würde und dass ich in Kürze mit dem fortsetzen konnte, was ich in langen Jahren in Wien, Zwesten und Ulm gelernt und bereits praktisch angewendet hatte, vom klinischen Alltag hin bis zur Forschung. Es ging dann doch alles etwas langsamer als erwartet, denn in so einem Prozess der gegenseitigen Anpassung des Eigenen an das Fremde müssen Hürden überwunden und Hindernisse manchmal auch umgangen werden. Er verlangt Offenheit und Anerkennung genauso wie Integration neuer Strukturen in alte Gebilde und dies auf beiden Seiten.

Vorhandene Elemente in der Fremde

Ein wichtiger Aspekt der gegenseitigen Annäherung ist das verfügbare Material, das eigene, mitgebrachte und das des „anderen“, das dort in der Fremde schon vorhandene. Dazu gehören Wissen, Erfahrung, Methode, Erwartungen und schließlich das Werkzeug selber, in diesem Falle die Musikinstrumente. In meiner Situ-

ation war ich es, die den ersten Schritt machen sollte, d. h., die Obengenanntes anderen zur Verfügung stellen, anbieten und zeigen musste. Bedingung dafür war, dass „der/die andere“ die Tür zumindest einen Spalt weit öffnete. Das signalisierte die Bereitschaft zur gemeinsamen Bewegung und den Beginn eines langen Prozesses der allmählichen Transformation. Der konkrete Einstieg in die musiktherapeutische Arbeit geht einher mit praktischen Fragen: welche Instrumente werden hier gespielt, wer spielt sie wann und wo? Welche Musik wird an den Schulen gelehrt? Welche Art der Musik hören die Leute, jung und alt? Welche Kenntnisse bestehen in bezug auf Musiktherapie? Gab es jemals Veranstaltungen irgendeiner Art? Gibt es Erwartungen? Welcher Art sind sie?

Musikinstrumente

Die in der deutschen Musiktherapieszene üblichen Musikinstrumente, z. B. Orff-Instrumentarium, Klavier, ethnische Instrumente verschiedenster Kulturen, sind in Chile nur beschränkt vorzufinden. *Orff Instrumente* gibt es eher selten, wenn, dann an deutschsprachigen Schulen (Deutsche Schule, Schweizer Schule). Das *Glockenspiel* wird auch an einigen öffentlichen Grundschulen verwendet und ist daher etwas bekannter. Die *Blockflöte* wird wiederum nur an den privaten Schulen verwendet, die nur für die höhere Mittel- und Oberschicht finanziell zugänglich sind. Die *Gitarre* ist das bekannteste und weit verbreitetste Instrument. Viele ChilenInnen spielen oder haben einmal Gitarre gespielt. Die Gitarre ist eins von der sozialen Schicht unabhängiges Instrument. Sie wird in Pfadfindergruppen ebenso gerne benutzt wie in christlichen Jugendgruppen und hat einen wichtigen integrativen Charakter. Ihr Gebrauch ist fast immer mit Gesang verbunden. Das *Klavier* ist auf die höhere soziale Schicht und auf Familien europäischen Ursprungs beschränkt und es ist ein Privileg, ein Klavier zu besitzen oder spielen zu können. Als ich mein privates Klavier für einige Monate in eine psychiatrische Einrichtung brachte, um meine Untersuchungen und Demonstrationen anzustellen, war es für die meisten PatientInnen, die aus sehr einfachen sozialen Verhältnissen kamen, das erste Mal, das sie ein Klavier aus der Nähe sahen und anfassten. Für mich persönlich war es eine beeindruckende, bewegende und wegweisende Erfahrung in Richtung „Anzeichen des Neuen“ (Weymann 1987). Ich spürte auf Seiten der PatientInnen eine Mischung aus Schamgefühl und Faszination, die Angst und gleichzeitig die Bewunderung des „großen Unbekannten“. Dieses Gegenübertragungsgefühl verwies mich auf einen bisher unbekanntes Platz, eine innere musiktherapeutische Ausgangsposition, die neu und spannend war und die es zu integrieren galt. Was einem selbst so vertraut war, verinnerlicht seit frühester Kindheit, war anderen völlig fremd. Die *indianischen Instrumente* der Mapuches, *trutruca* (eine Art Blashorn), *pilfilca* (eintöniges Blasinstrument), *kultrún* (kleinere Trommel aus Ton, mit Leder bespannt) und *trombo* (die uns bekannte Mund- oder Maultrommel) werden fast ausschließlich von den zur Mapuche-Bevölkerung zugehörigen Männern oder Frauen benutzt. Diese sind hauptsächlich in Santiago und in den ländlichen Regi-

onen im Süden Chiles ansässig. Es handelt sich bei den meisten von ihnen um heilige Instrumente, die bei Ritualen und religiösen Zeremonien verwendet werden. Sie werden weder in Schulen unterrichtet noch von der „weißen“ Bevölkerung als Teil ihrer Identität anerkannt. Im Gegensatz dazu werden die typischen nordischen Andeninstrumente, Charrango, Panflöte und Quena, die vielen Europäern durch die südamerikanischen Straßenmusiker bekannt sind, von vielen jungen Menschen benutzt, unabhängig von ihrer ethnischen oder sozialen Herkunft. Das Spielen dieser Andeninstrumente war in den ersten Jahren der Diktatur (1973–1990) verboten, da sie mit „linker“ politischer Gesinnung verbunden waren.

Musikalische Allgemeinbildung und Vorkenntnisse

In bezug auf musikalische Kenntnisse bestehen enorme Unterschiede in Abhängigkeit von den sozialen Schichten. Wie oben erwähnt, haben Kinder aus einfachen und armen sozialen Verhältnissen keinen wirklichen Musikunterricht an den Schulen. Im besten Fall haben sie die Möglichkeit, zu singen. Erst in den letzten Jahren sind Kinderchöre an Schulen eingerichtet worden. Eines der meist gehörten Lieder ist die chilenische Nationalhymne. Sie wird bei festlichen Anlässen wie Sportveranstaltungen, Schulbeginn, Jahresabschlussveranstaltungen und sonstigen besonderen Anlässen, gesungen. Anders an den privaten Schulen, an denen teilweise theoretische Kenntnisse in Musik vermittelt werden, aber auch das auf sehr niedrigem Niveau. Viele MusikstudentInnen beginnen das Instrumentalspiel erst bei Eintritt in die Universität, an der sie zunächst die Grundstufe (je nach Instrument: vier bis acht Jahre) und dann die höhere Stufe absolvieren. Das gemeinsame freie Spielen auf Instrumenten ist weder im Studienplan der Hochschulen für Musik noch im Musikunterricht an Schulen oder sonstigen musikalischen Institutionen eingeplant.

Auf der anderen Seite gehört es in Chile zum „guten Ruf“, dass ein gebildeter Mensch auch in Kunst und Musik bewandert ist, so dass die KollegInnen im Krankenhaus sehr gute musikalische Kenntnisse besaßen, z. B. was die Musikwerke der europäischen Kultur betrifft.

MusiktherapeutInnen in Chile

Im Jahr 1991 zählten wir in Santiago nur vier ausgebildete Musiktherapeutinnen: eine chilenische Kollegin, die in Barcelona einen Aufbaustudiengang absolviert hatte, eine Argentinierin, die das Studium an der Universidad del Salvador in Buenos Aires abgeschlossen hatte und eine weitere Chilenin, die in den siebziger Jahren bei Juliette Alvin studiert hatte. 1992 veranstalteten wir ein erstes Musiktherapietreffen, bei dem wir uns unsere unterschiedlichen Methoden vorstellten und dabei als Personen und zukünftige Kolleginnen gegenseitig „beschnupperten“. Es kamen

weitere Personen aus anliegenden Arbeitsbereichen zur Versammlung hinzu, die die berufliche Öffnung unterstützen sollten. Denn in Chile sind Neuerungen ohne Beziehungen fast unmöglich durchzuführen. Mehr als ein Abschlusszeugnis gelten immer noch ein europäischer Nachname oder ein Verwandtschaftsgrad zu einem gesellschaftlich einflussreichen Menschen. Chile ist außerdem aufgrund seiner geografischen Lage ein Land mit Inselcharakter. Möglicherweise ist auch das der Grund dafür, dass es sich um eine sehr geschlossene Gesellschaft handelt, die jede Veränderung zunächst missgünstig und skeptisch begutachtet, zumal ein Jahr nach Ende einer siebzehnjährigen Militärdiktatur. Es war umso wichtiger, sich auf einen langsamen Prozess der Transformation einzustellen, sich Zeit zu lassen im Zuhören und Zeit zu geben im Handeln.

Veranstaltungen zum Thema Musiktherapie

Im Jahr 1977 hielt die Facultad de Artes der Universidad de Chile einen einwöchigen Kurs ab, an dem u. a. Harm Willms aus Deutschland, Rolando Benenzon aus Argentinien und María Ester Grebe aus Chile teilgenommen hatten. Die einzelnen Beiträge dieser wichtigen Tagung sind in einer Sonderausgabe der Zeitschrift *Revista Chilena de Música* (1) zusammengefasst. Benenzon und Grebe haben in selbigen Jahren in der deutschen Zeitschrift *Musik und Medizin* veröffentlicht (2, 3). Danach gab es in dieser universitären Einrichtung erst nach Rückkehr der Demokratie, in den neunziger Jahre, Kurzseminare zum Thema Musiktherapie, durchgeführt von G. Mutti aus Italien, X. Gautier aus Frankreich und R. O.Guvenc aus der Türkei.

Erste institutionelle Eingliederung

Im Jahr 1992 bekam ich die Möglichkeit, stundenweise im Hospital del Salvador zu arbeiten, wo es zwei am Thema Musiktherapie interessierte Psychiater gab. Unter ihnen ein leidenschaftlicher Jazzmusiker, der bis heute davon träumt, komplexe psychologische Vorgänge in einer Notenpartitur abzubilden. Im Jahr 1993 begann ich dort mit meinen ersten Voruntersuchungen im Hinblick auf meine Doktorarbeit. Es erfolgte die Entwicklung des Designs der Untersuchung mit schizophrenen Patienten, das mit Psychologiediplomanden der Universidad Diego Portales gemeinsam erarbeitet wurde. Insgesamt konnten in den kommenden Jahren zwei Diplomarbeiten fertiggestellt werden (4). Im Jahr 1994 verlegte ich meinen Standort in das Instituto Psiquiátrico José Horwitz B., eine wesentlich größere psychiatrischen Institution, an der ich im Jahr 1998 meine eigenen Untersuchungen mit schizophrenen Patienten durchführte. Dort traf ich auf einen deutsch-chilenischen Psychiater, Musik- und Kunstliebhaber per excellence, der die musiktherapeutische Arbeit in jedem Moment unterstützte.

Öffentlichkeitsarbeit

Meine erste Kongressbeteiligung fand im Jahr 1992 auf dem Kongress der *Sociedad de Neurología y Psiquiatría* mit dem Thema: „Analytisch orientierte Musiktherapie“ statt. Es folgten weitere aktive Kongressteilnahmen und ich merkte, dass dies ein gutes Vehikel zur Bekanntmachung der Musiktherapie und der eigenen allmählichen Integration war: im November 1994 der 11. Internationale Psychologiestudenten-Kongress an der *Universidad Católica de Valparaíso*; im Dezember 1996 das Symposium *Música, Cerebro y Terapia*, im Oktober 1997 das *Regional Symposium World Psychiatric Association* in Santiago und im April 1998 die Tagung der *Society for Psychotherapy Research (SPR)* in Montevideo, Uruguay.

Das Fremde im Eigenen und das Eigene im Fremden – eine sichtbare Transformation

Eine besondere Erfahrung im Hinblick auf eine sichtbare Transformation des „Eigenen“ und „Fremden“ noch aus der ersten Zeit war die Teilnahme auf dem Weltkongress der Musiktherapie im Jahr 1996 in Hamburg. Dort lernte ich die südamerikanischen KollegInnen kennen, in der Mehrzahl ArgentinierInnen. Da ich aus Chile angereist kam, wurde ich dort als chilenische Musiktherapeutin registriert und bei der Begrüßungsfeier als internationaler Gast auf der Bühne hinter die chilenische Fahne gesetzt (vielleicht erinnern sich einige LeserInnen daran). Ich muss gestehen, das mir nicht wohl war und ich mir die Frage stellte, wen oder was ich tatsächlich vertrat. Ich kam mir bereits ein bisschen fremd vor im eigenen Land, obwohl ich erst seit fünf Jahren in der Fremde war. Gleichzeitig konnte ich mich nicht damit identifizieren, als chilenische Musiktherapeutin angesehen zu werden. Eine seltsame Erfahrung, so als würden andere mir in der Zeit voraus sein und die „Verkupplung“ zwischen fremder und neuer Welt in diesem Moment vollziehen. Auf dem Kongress wurde ich von den südamerikanischen KollegInnen zur chilenischen Delegierten des *Comité Latinoamericano de Musicoterapia* (5) ernannt, was eine komplexe Mischung im Innenleben auslöste. Irgend etwas Altes musste losgelassen werden, um etwas Neuem Platz zu machen. Wenn man es als Verlust sieht, ist es schmerzhaft.

Die Lateinamerikanische Musiktherapieszene

Lateinamerika hat eine bedeutende und langjährige Musiktherapieszene, vertreten durch die Länder Brasilien, Argentinien und Uruguay. *Argentinien* bietet seit 1967 einen staatlichen Studiengang an der medizinischen Fakultät der *Universidad del Salvador an*, ausserdem kann man Musiktherapie an den Universitäten *Universidad de Buenos Aires*, *Universidad Abierta Interamericana* und, seit letztem Jahr, auch an der *Universidad Maimónides*, studieren. Ebenso wie in Brasilien, gibt es in Argentinien mehrere Verbände für Musiktherapie; die Anzahl potentieller MusiktherapeutInnen wird auf 3000 geschätzt. In den Jahren 1976 und

1984 fand in Buenos Aires der Weltkongress für Musiktherapie statt, 2008 wird er erneut dort ausgetragen. In *Brasilien* wird Musiktherapie seit 1970 gelehrt, inzwischen gibt es Ausbildungsmöglichkeiten an sieben teils staatlichen teils privaten Universitäten in Form von Grund- und Aufbaustudiengängen. Es gibt etwa 12 regionale Musiktherapieverbände. In beiden Ländern finden regelmässig nationale und regionale Tagungen, Kongresse und Symposien statt. In *Uruguay* wurde 1969 die *Asociación Uruguaya de Musicoterapia* gegründet, d. h. viele Jahre vor Beginn des ersten dreijährigen Ausbildungslehrganges an einer privaten Institution im Jahr 1982. Dieser wurde bald auf vier Jahre erhöht. Zwischen 1992–1995 wurde der vierjährige Lehrgang durch einen zweijährigen, ebenfalls privat durchgeführten, Aufbaustudiengang, ersetzt, der 1995 aus finanziellen Gründen „geschlossen“ werden musste. Seitdem ist man bemüht, einen regulären universitären Studiengang einzuführen.

Chile 1999–2005: Weitere Transformationen und ganzheitliche Gestaltbildungen – Möglichkeiten zur Integration von Fremden im Eigenen und Eigenem im Fremden

Im Jahr 1999 erfolgte der Durchbruch in Form der akademischen Etablierung der Musiktherapie in Chile. In diesem Jahr wurde an der künstlerischen Fakultät der *Universidad de Chile* ein zweijähriger Aufbaustudiengang in Musiktherapie eingerichtet, bei dessen Aufbau die Verfasserin aktiv beteiligt war und dessen Leitung sie seitdem übernommen hat. An derselben Universität hatte 22 Jahre vorher, im Jahr 1977, besagter einwöchiger Musiktherapie-Kurs stattgefunden. Weitere Anzeichen des Durchbruchs waren die in den Jahren 2000 und 2003 vom Aufbaustudiengang organisierten internationalen Musiktherapie-Symposien. An beiden nahmen vorwiegend Referenten aus den Nachbarländern Brasilien und Argentinien teil, u. a. Gabriele Wagner, derzeit Präsidentin der *World Federation of Music Therapy*, aber auch Dr. Mercedes Pavlicevic aus Süd-Afrika und Dr. Eckhard Weymann aus Hamburg.

Der Aufbaustudiengang Musiktherapie

Der Studienplan wurde in Anlehnung an vergleichbare Programme europäischer, australischer und amerikanischer universitärer Einrichtungen entworfen. Er ist offen für Berufstätige mit Studienabschlüssen aus den Bereichen der Musik, der Sozial- und der Humanwissenschaften. Die meisten BewerberInnen sind MusikpädagogInnen, gefolgt von MusikerInnen und PsychologInnen. Zudem gibt es einige wenige SonderschullehrerInnen, MedizinerInnen, LogopädInnen und KindergärtnerInnen. Das Auswahlverfahren besteht aus einer Aufnahmeprüfung und beinhaltet das Vorspiel von zwei Musikstücken auf einem eigens gewählten Instrument, dem freien Vortrag eines Liedes, einer gemeinsamen Improvisation auf dem Klavier

mit einer der PrüferInnen und einem persönlichen Gespräch. Im Durchschnitt bewerben sich pro Aufnahmeverfahren, das alle eineinhalb Jahre stattfindet, 25 Personen, von denen dann zwischen 14 und 16 ausgewählt werden.

Der Aufbaustudiengang umfasst drei Semester à 10 Wochenstunden in Theorie und praktischen Übungen und ein Semester für das Praktikum in einem der folgenden Bereiche: medizinische Rehabilitation, Sonderpädagogik, Psychiatrie und Prävention. Die Studierenden werden aufgrund der sehr kurzen Praktikumszeit in den ihnen vertrautesten Bereich gesandt und in situ supervidiert. Der Abschluss des Aufbaustudienganges besteht aus einer Monografie, d. h., einer theoretischen Ausarbeitung und Falldarstellung aus dem Praktikum und der Vorstellung derselben vor der Prüfungskommission. Bisher haben ca. 40 StudentInnen den Postgraduierten-Titel erhalten.

Die Musik im Programm des chilenischen Aufbaustudienganges

Die Integration der unterschiedlichen musikalischer Welten wird durch ein vielseitiges musikalisches Angebot, in dem das Eigene weiterleben und das Fremde aufgenommen werden kann, angeregt. Auch hier sollen Identitäten erweitert und Möglichkeiten der Transformation geschaffen werden. Das Klavier und die Gitarre, die m. E. nach die repräsentativsten Instrumente der jeweiligen Welten sind, gehen hier im Gleichschritt einher. Das Fach *Improvisation am Klavier* ist eines der festen Bestandteile des Studienplans. Der Unterricht soll den spielerischen Umgang mit dem bislang möglicherweise „gefürchteten“ und/oder „bewunderten“ Instrument fördern und fantasieanregend sein, eine Herausforderung. Für einige der StudentInnen verwandelt sich die Auseinandersetzung mit dem Instrument deshalb in einen ungeahnten Selbsterfahrungsprozess. Im Rahmen des Faches *Traditionelle Gitarre* steht das Erlernen des volkstümlichen und neofolkloristischen lateinamerikanischen Liedes mit Gitarrenbegleitung im Vordergrund. In einem weiteren Semester wird der Lerninhalt in Richtung von Arrangements, Interpretation und Improvisation über traditionelle chilenische und lateinamerikanische Lieder erweitert. Zu den Lerninhalten des ersten Semesters gehören a) die komplizierte „paya“ (7), ein achtsilbiger improvisierter Zehnzeiler, eine alte volkstümliche ländliche Tradition, in der situationsbezogene Texte in einer Art melodischem Sprechgesang vertont werden und b) die „cueca“, der gesungene Nationaltanz Chiles im 6/8-Takt, dessen Text in einer strikten Vierzeiler-Reimform gestaltet wird. Zudem entwerfen die TeilnehmerInnen gruppenweise ein eigenes Liederbuch für Musiktherapie, mit Liedern aus verschiedenen Epochen Chiles, das in der Arbeit mit Kleinkindern, Adoleszenten und alten Menschen verwendet werden kann. Das schließt Kinderlieder, aktuelle romantische Lieder, klassische Boleros, Sambas und Tangos, Lieder aus der chilenischen Folklore und Lieder der siebziger Jahre aus der Zeit des „Neuen Chilenischen Liedes“ von Violeta Parra und Victor Jara ein. Jede(r) soll am Ende imstande sein, mit Gitarre und Gesang musiktherapeutische Interventionen durchzuführen, um nicht vom Zugriff auf bestimmte Instrumente

abzuhängen. Diese sind hier sehr teuer und in Institutionen wie Behindertenheimen, Krankenhäusern, Sonderschulen meist nicht vorhanden (für das Praktikum werden Instrumente von der Universität zur Verfügung gestellt). Ein weiterer musikalischer Bestandteil des Ausbildungsprogrammes ist das Fach *Gruppenimprovisation*, das eine zentrale Rolle in der musikalischen Selbst- und Gruppenerfahrung spielt und drei Semester lang praktiziert wird. Innerhalb dieses Faches erarbeiten die StudentInnen ihre eigene „Klanggeschichte“, d. h., sie stellen ihre Lebensgeschichte auf der Basis musikalischer und klanglicher Erinnerungen dar. Der Kontakt zum Musikalisch-Eigenen wird hergestellt und mit anderen geteilt. Viele der StudentInnen greifen fast ausschließlich auf Lieder zurück, um ihre Geschichte darzustellen. Selten gehören klassische Musikstücke oder Musik anderer Stilrichtungen in den Erinnerungsschatz. Ebenso kommt es vor, dass gleiche Lieder oder Lieder der selben Autoren vorgestellt werden. Es kristallisiert sich da ein kollektives musikalisches Unbewusstes heraus, das eindeutig von der jüngsten Geschichte Chiles und den sozialpolitischen Ereignissen der letzten 40 Jahre geprägt ist. Lieder sind zu einem wichtigen Bestandteil der persönlichen Geschichte geworden und werden mit emotionalen Erinnerungen in Verbindung gebracht.

Lateinamerikanische Musiktherapie

Was die Entwicklung neuer Methoden der Musiktherapie in Lateinamerika betrifft, haben sich in den letzten Jahren drei voneinander abgrenzbare Modelle durchgesetzt: das psychoanalytisch orientierte *Benenzon-Modell* (1999) von Rolando Benenzon aus Argentinien entwickelt und das integrative *Plurimodale Modell* (2002) von Diego Schapira aus Argentinien und Mayra Hugo aus Uruguay. Letzteres stellt das Lied als therapeutisches Medium besonders in den Vordergrund, aber auch das Musikhören einer vom Therapeuten zusammengestellten Musikkette, zur Förderung der freien Assoziation und Integration von Emotionen. Während beide Modelle eher klinisch orientiert sind, haben Patricia Pellizzari und Ricardo Rodriguez, ebenfalls Buenos Aires, ein Modell der psychosozialen und präventiven Musiktherapie entwickelt (nachzulesen in: *Salud, Escucha y Creatividad. Ed. Univ. del Salvador 2005*) Ferner geben Argentinien, Brasilien und Mexiko gemeinsam die Zeitschrift „ICMus“ (Investigación y Clínica Musicoterapéutica) mit Beiträgen zur Praxis und Forschung in Musiktherapie heraus.

Man kann heute mit Sicherheit von einer lateinamerikanischen Musiktherapie oder einem lateinamerikanischen Paradigma der Musiktherapie reden. Hiermit sind vor allen Dingen die im psychosozialen Bereich entwickelten Methoden und Interventionen der Prävention gemeint: die komunitäre Musiktherapie speziell mit Frauen, Kindern und Jugendlichen in extremer Armut und aus Risikogebieten. Der Einschluss von ethnischer Musik und Folkloregesang spielt hierbei eine große Rolle, da Identitätsfindung und Selbstwertgefühl zu den Therapiezielen gehören. Geprägt von der eigenen Wiener Ausbildung und gewohnt an die deutsche Musik-

therapieszene der 80er und 90er Jahre, somit an die eher klinische Anwendung der Musiktherapie in Psychiatrie, Psychosomatik und Heilpädagogik, waren mir diese Szenarien unbekannt und fremd, so wie mir auch die lateinamerikanische Armut fremd war.

Die Durchführung von Musiktherapie mit der sozialschwachen Bevölkerung und in Armenvierteln ist eines der großen Themen in Brasilien, Uruguay und Argentinien. Was die MusiktherapiestudentInnen in diesen Ländern betrifft, absolvieren viele von ihnen ihr Praktikum unter härtesten Bedingungen und starker emotionaler Belastung. In den meisten Fällen bedeutet das: improvisierte Räumlichkeiten oder Spielen im Freien bei minimalster Ausrüstung, keine Musikinstrumente und auch sonst wenig Material. Eine Wirklichkeit, die unsere StudentInnen noch nicht erlebt haben. Bis heute wurden keine musiktherapeutischen Interventionen in ausgesprochenen Armenvierteln von Santiago und Umgebung durchgeführt, was uns derzeit von den KollegInnen der Nachbarländer unterscheidet. Kommunitäre und psychosoziale musiktherapeutische Praktika sind eines der unmittelbar anstehenden Themen im Aufbaustudiengang. Der Schwerpunkt lag bisher im heilpädagogischen, rehabilitativen und klinischen Bereich – eben jenen Szenarien, die zur inneren Welt der Leiterin gehörten. Eine Lockerung fester Gestalten und eine Erweiterung in Richtung „unbekannte Arbeitsfelder“ wird auch hier zur Aneignung von Neuem und Transformation alter Strukturen in Richtung Integration. führen.

Lied, Tanz und Bewegung nehmen in der musiktherapeutischen Arbeit an den o. g. Orten einen großen Raum ein. Lieder werden hier zur „via regia“ der Musiktherapie. Sie sind, wie bereits angedeutet, ein sehr wichtiger Bestandteil der lateinamerikanischen Kultur, sowohl was den Ausdruck emotionaler Bedürfnisse als auch die Manifestierung des sozialen und politischen Unmutes betrifft. Lieder werden hier bis heute, auch im Zeitalter der wachsenden Individualisierung einerseits und Globalisierung andererseits, von einer Generation zur nächsten weitergegeben. Alt und Jung besitzen ein gemeinsames, aktiv abrufbares Repertoire und scheuen nicht, dies auf Festen oder Konzerten kundzutun. Statt Trennung zu vollziehen, schaffen Lieder Einheit und Gemeinsamkeit. Anders als es mir aus Deutschland und der eigenen Jugendzeit in Erinnerung ist, wo wir uns eher von den musikalischen Vorlieben unserer Eltern und Grosseltern abgrenzten. Andersherum konnten unsere Eltern unseren musikalischen Geschmack genauso wenig nachvollziehen. Ein gemeinsames Liedgut gab es somit nicht; stattdessen eine klare (musikalische) Abgrenzung zwischen den Generationen. Im Gegensatz dazu sind hier auf Konzerten bekannter lateinamerikanischer Liedermacher der siebziger und achtziger Jahre (z. B. Mercedes Sosa und León Gieco aus Argentinien, Inti Illimani und Illapu aus Chile, Silvio Rodriguez und Pablo Milanés aus Kuba) normalerweise mehrere Generationen – Grosseltern, Eltern und deren Kinder – im Publikum anwesend. Auch das würde ich als eine Integrationsleistung bezeichnen, wo im Kontext multipler Generationen das Fremde zu eigen gemacht und das Eigene zur Verfügung

gestellt wird. Das schafft Verbindung, Erweiterung, Wachstum. Lateinamerikanische MusiktherapeutInnen besitzen von Hause aus ein großes Repertoire an folkloristischen Liedern, was auf Kongressen, besonders beim abendlichen Stelldichein deutlich wird. Im allgemeinen begleitet man den eigenen Gesang mit der Gitarre selber. Das in Deutschland eher übliche Klavierspielen ist hier unter MusiktherapeutInnen weniger verbreitet, dafür haben, zumindest die argentinischen KollegInnen neben dem Gitarrenspielen, auch Kenntnisse im Akkordeon- oder Bandoneonspielen, beides tragbare und der o. g. Wirklichkeit anpassbare Tasten- bzw. Harmonieinstrumente. Das mit den PatientInnen geteilte Wissen um musikalische Tradition und folkloristischen Gesang wird auf diese Weise in die therapeutische Arbeit eingebaut und befähigt zu einem großen Spektrum an Anwendungsmöglichkeiten: *„La variedad de repertorio permite su adaptación a la realidad social y musical del paciente desde la perspectiva cronológica y patológica potenciando su utilización con diferentes tipos de pacientes y desde diferentes perspectivas“* (Sabbatella 2004) (*„die Variabilität des [musikalischen, Anm. d. Aut.] Repertoires ermöglicht seine Anpassung an die soziale und musikalische Wirklichkeit des/der Patienten/in aus einer chronologischen und pathologischen Perspektive heraus, was eine Anwendung desselben [Repertoires, Anm. d. Aut.] mit unterschiedlichen PatientInnen und aus unterschiedlichen Perspektiven potenziert.*) Sehr beeindruckend war in dieser Hinsicht ein Vortrag der bekannten brasilianischen Musiktherapeutin Marly Chargas auf dem 2. Kongress des CLAM (2004) in Montevideo, als sie an bestimmten Stellen die Zeilen eines sehr bekannten Folkloreliedes (*„¿Qué será?“*, Chico Buarque de Hollanda), das sie in den musiktherapeutischen Sitzungen mit dem von ihr vorgestellten Patient verwendet hatte, fast unmerklich selber singend eingab und wie selbstverständlich in den Text mit einfließen ließ. Das Ergebnis war die unmittelbar erlebbare Integration von emotio und ratio und es war klar, dass in den musiktherapeutischen Sitzungen weder ausschließlich zur Entspannung noch zum alleinigen Vergnügen des Patienten gesungen wurde, sondern zur Durcharbeitung dessen eigener Geschichte.

Aufgrund dieser starken emotionalen, sozialen und geschichtlichen Beziehung zu Lied und Gesang bietet sich das Aufgreifen dieser musikalischen Form in die musiktherapeutische Arbeit dafür an, das kollektive Unterbewusstsein der PatientInnen und die subjektive Seite des Erlebens unmittelbar anzusprechen. Lieder werfen hier schnell ein Licht auf die eigene Vergangenheit, die Vergangenheit der Familie und die des eigenen Landes. Lieder sind omnipräsent und sprechen von sozialen und geschichtlichen Kontexten. Lieder verweisen auf Zugehörigkeit zu religiösen und ethnischen Gruppen. In Chile selber finden wir große Kolonien von Familien u. a. spanischer, deutscher, kroatischer und asiatischer Herkunft. Seit Ende des neunzehnten Jahrhunderts haben sich Hunderte von Einwanderern in den verschiedenen Regionen des Landes niedergelassen, viele von ihnen pflegen bis heute neben der chilenischen auch ihre ursprüngliche Kultur. So gibt es die verschiedenen Clubs und Interessenzirkel, eigene Schulen und selbst Sportstadien (*Estadio Italiano, Estadio*

Español, Estadio Palestino, Estadio Israelita, Estadio Alemán, Estadio Croata u. a.), in denen kulturelle und traditionelle Veranstaltungen oder Zeremonien nach alter Sitte und Gebrauch des Herkunftslandes stattfinden. Die „Musik der Ahnen“ eröffnet uns MusiktherapeutInnen den Weg zu ungeahnten Gängen, in die Welt der unbewussten emotionalen Verbindungen zur eigenen Geschichte und zur eigenen Identität. Vielleicht ist auch dieses Vorgehen in der Fremde, die Wiederholung der Gesänge der Alten, eine Möglichkeit zur Integration von Fremden im Eigenem?

Der eigene Umgang mit der chilenischen Musikkultur im musiktherapeutischen Denken und Handeln

Aus dem Vorhergesagten lassen sich nun einige Überlegungen und Schlussfolgerungen in bezug auf das eigene Handeln als Dozentin und Supervisorin im Aufbaustudiengang sowie als klinische Musiktherapeutin, ziehen.

Als Dozentin und Supervisorin in Musiktherapie halte ich es für unabdingbar, die der Kultur am nahestehendsten musikalischen Mittel, in diesem Falle den Gesang, selber zu lernen, in die Lehre einzubeziehen und deren Anwendung in der musiktherapeutischen Praxis zu fördern. Dafür notwendig ist es, den Studierenden eine feste Grundlage der Verwendung von Liedgut im therapeutischen Kontext zu geben. Es geht nicht nur darum, das eigene Liederrepertoire zu erweitern, sondern auch darum, darüber nachzudenken, wie, wann und wo Gesang eingebaut werden kann und muss. Im Praktikum ist Gelegenheit, Gesagtes auszuprobieren. In der psychiatrischen Ambulanz haben viele der PatientInnen, wie wir feststellen konnten, selber ein grosses Liederrepertoire und zwar dasselbe, wie jeder andere Chilene auch, einschließlich der MusiktherapeutInnen. Der Gesang wird zur Stärkung kognitiver Funktionen wie Gedächtnis, Antizipation und verbaler Vorstellungskraft, aber auch zum unmittelbaren Selbstaussdruck verwendet. Auch affektive Aspekte, wie die soziale Einbindung oder gemeinsames Erleben, Stärkung des Selbstwertgefühls, werden durch gemeinschaftliches Singen gefördert. Der Gesang ist die geteilte Zwischenwelt, ein gemeinsamer Nenner, wo die Unterschiede zwischen krank und nicht krank sich reduzieren, wo das Fremde weniger fremd erscheint und wo gegenseitiges Aneignen zu neuem Erleben führt. Neben der Sozialisation als Sozialwerdung kann die Individuation durch „Sologesang“ erarbeitet oder jemandem eine herausragende Rolle im Gruppengeschehen zugewiesen werden. Die Selbstwerdung als gelungene Integration von Eigenem und Fremden kann seinen Höhepunkt bei Jahresabschlussfeiern der Institution erreichen, wenn schwer gestörte schizophrene PatientInnen mit ausgeprägtem autistischem Verhalten alleine in Begleitung der Musiktherapeutin Verwandten und Gleichgesinnten ein mehrstrophiges Lied vorsingt (8).

In der Arbeit mit adolescenten schwangeren Mädchen wurden auf der Grundlage bekannter Lieder Begrüßungslieder für die Neugeborenen kreiert, die Integration der noch fremden Mutterrolle wird gefördert und das Neue ins Alte singend schaffend eingebettet (9).

Mit brandverletzten Kindern und Jugendlichen wurden zur Förderung der Selbstwahrnehmung und Wiederherstellung eines gesunden Körperbildes, Atmung, Gesang und Tanz verwendet. Das Lied stellte hier ein wichtiges Element zur Verbindung unter den GruppenteilnehmerInnen und der Stärkung ihres Selbstwertgefühls dar. Zu COANIQUEM, der von uns besuchten Institution für brandverletzte Kinder, kommen aufgrund ihrer Einmaligkeit in Lateinamerika, Kinder aus verschiedenen Ländern, meist in Begleitung eines Elternteils. Der Aufenthalt dauert von wenigen Tagen bis zu einigen Wochen. Allen gemein ist das Gefühl der Fremdheit. Seit ihrem Unfall ist der Körper ein anderer, an den sie sich allmählich und in einem jahrelangen Prozess gewöhnen müssen. Fremd ist auch die Umgebung des Krankenhauses. Das Singen oder Hören der Lieder aus ihrem Heimatland (u. a. Peru, Bolivien, Salvador) vermittelt Vertrautes. Es entsteht eine Resonanz des Eigenen mitten im Fremden. Das kann der Anfang dieses langsamen Prozesses einer gelungenen Integration sein. Es hilft, damit sich Kinder und Mütter, denen ihre Kinder ebenfalls fremd geworden sind, von außen an- und aufgenommen fühlen um sich schließlich selber annehmen zu können (10).

Verwandlungen – Andeutungen der Integration

In bezug auf die eigene „musiktherapeutische Selbstverständlichkeit“, der fast ausschließlichen Verwendung der instrumentalen Improvisation als *via regia*, hat eine Anpassung an hiesige musikalische Umstände stattgefunden. Eine Erweiterung, ein ständiges Im-Kopf-Haben anderer Möglichkeiten der Intervention breiten sich aus, wenn man sich, nach Jahren der Integration und Teilnahme am musikalischen, sozialen und geschichtlichen Geschehen der Gesellschaft, der Bedeutung und dem Gewicht des oben Gesagten bewusst wird. Nach morphologischer Denkweise findet Bewegung im gesamten Gestaltfaktorenkreis als lebensnotwendige Umbildung und Bildung statt, also als ein fortwährender Transformationsprozess. Ein neues vorübergehendes Gleichgewicht muss hergestellt werden, um das eigene Überleben zu garantieren. Ein starres Beharren auf eigene, althergebrachte Vorstellungen ist unpraktikabel und führt in eine emotionale und professionelle Sackgasse, wenn nicht zu psychischen und/oder somatischen Störungen. Stattdessen führen neue Anordnungen gleichzeitig zu neuen Umwandlungs- und Aneignungsprozessen. Man könnte somit von einer erweiterten Identität reden, die unsere innere Bereitschaft für das zu erwartende Unerwartete erhöht.

In der musiktherapeutischen Einzeltherapie räume ich dem Lied dann einen Platz ein, wenn ich in bezug auf den sozialen, familiären und kulturellen Kontext mehr Klarheit bekommen möchte und/oder wenn ich den Eindruck habe, der oder dem Patientin/en nützt es in dieser Phase der Therapie besonders. Ich bitte die PatientInnen dann darum, ihre Lieblingslieder aus verschiedenen Lebensabschnitten nach und nach mitzubringen und entweder singend oder *vía* Kasette/CD vorzu-

stellen, gemeinsam anzuhören und schließlich verbal zu ergänzen. Hierbei kommt es nicht immer ausschließlich zu Erinnerungen, sondern auch zu analogen Assoziationen, wie ich im folgenden Beispiel verdeutlichen möchte. Es handelt sich um die Einzeltherapie mit einer 38-jährigen Patientin und Mutter von drei Kindern (17,11,5). Die beiden ersten Töchter stammen aus erster Ehe, der jüngste Sohn aus der aktuellen Beziehung. Die Patientin leidet unter depressiver Verstimmung, sozialem Rückzug und einer länger anhaltenden Beziehungsproblematik, die sie so beschrieb, daß ihr Partner ihr keine Geltung schenkt und sie sich daher unbeachtet und wie ein Ornament fühlt, das man hin und her schieben kann. In einer Sitzung bringt sie eine CD mit dem Kampflied „El pueblo unido, jamás será vencido“ („Ein gemeinsames Volk wird niemals besiegt“) mit. Nach ersten Überlegungen zum damaligen Lebensabschnitt und der Bedeutung des Liedes in bezug auf alte Freundschaften und emotionale Erfahrungen während der Militärdiktatur, kamen wir auf die aktuelle Lebenssituation der Patientin und den Zusammenhang zum Text zu sprechen. Es wurde bald klar, dass das Lied auch eine symbolische Bedeutung im Hier-und-Jetzt hatte, zu einem Zeitpunkt nämlich, in dem sie in einer schwierigen Lebensphase und komplizierten familiären Situation stand: ihre älteste Tochter war vor zwei Jahren zum Vater gezogen, was bereits sehr schmerzhaft für sie war, und dieselbe stand nun kurz vor der Abreise nach Argentinien, um ihr Tanzstudium dort fortzusetzen. Diese Patientin hatte immer von der intakten Familie geträumt. Die aktuelle Partnerbeziehung war keineswegs befriedigend und die Angst vor einer erneuten familiären Auflösung sehr groß. Sie erkannte ihre Sehnsucht nach Gemeinsamkeit, aber die Kampfbereitschaft, so wie sie im Lied beschrieben wird, hatte sie derzeit nicht. Eher glich sie dem Ornament, das man hin und herschieben konnte. Dazu ergänzend in einer gemeinsamen Improvisation: sie entdeckte, dass sie beim Spielen des Dulcimers alle Saiten einschließen musste, keine auslassen durfte. Sie assoziierte diese Geste mit dem Wunsch, alle zu umarmen. Aber auch damit, allen gerecht zu werden und einen Zusammenhalt herzustellen, was sie so viel Kraft kostete, dass sie erschöpft und frustriert war bevor es ihr wirklich gelang. Ihr Wunschbild der vereinten Familie, das sowohl im Lied als auch in der Behandlung des Instrumentes sichtbar waren, stieß ständig auf das reelle Bild der getrennten Familie. Hier konnte u. a. das Thema „äußere Trennung/innere Verbindung“ und das Gegenbild „äußere Verbindung/innere Trennung, letzteres in bezug auf die Partnerschaft, gestaltet werden.

In der Gruppentherapie mit psychiatrischen Patienten, in der ich in Kotherapie mit einer chilenischen Musiktherapeutin arbeite, übernimmt diese das Singen, weil es eine ihrer musikalischen Stärken ist und sozusagen Teil ihres Selbst darstellt, so wie ich dieses Empfinden beim musikalischen Improvisieren habe und mich deshalb für diesen Teil der Sitzung zuständig fühle. Wenn diese Kombination möglich ist, halte ich sie für eine gute Lösung. Es ist interessant, festzustellen, wie man selber, ohne direkt betroffen gewesen zu sein, nach vielen Jahren der Anpassung und Aufnahme des „Fremden“ ins Eigene, die emotionale Bedeutung der Lieder „verste-

hen“ und nachvollziehen kann und mögliche emotionale Reaktionen, insbesondere was die Lieder aus der jüngsten Geschichte des Landes betrifft, antizipieren kann. In dieser Hinsicht werden die fremden Lieder Teil eines Selber, womit auch sie am Prozess der allmählichen Integration beteiligt sind.

Bei Gruppen von PsychologiestudentInnen, die ich jedes Jahr im Wahlfach Musiktherapie unterrichte, ergab sich durchgehend folgende Situation: wenn ich diese darum bat, eine Lieblingsmusik mitzubringen, ein Stück, egal aus welcher Musikrichtung, gab es einige wenige, die ein klassisches Stück und noch weniger, die Jazz mitbrachten. Die große Mehrheit entschied sich für politische oder neofolkloristische Lieder, also Musik mit vorwiegend sozialen Inhalten. Eine große Überraschung lieferte uns eine Studentin, die eines der bekanntesten Lieder des o. g. chilenischen Liedermachers Victor Jara, „El cigarito“ („Das Zigarettchen“), nicht kannte und auch noch nie etwas von besagtem Liedermacher gehört hatte. Es stellte sich heraus, dass sie auf eine englische Schule in Santiago gegangen war, an der keine chilenische Musik angehört wurde. Dieselbe Studentin war zudem von ihrer Familie von Musik und Politik fern gehalten worden. Die MitstudentInnen waren so verwundert, dass sie viele Fragen zu ihrer Vergangenheit stellten. Sicherlich ordneten sie sie und ihre Familie aufgrund dieser „musikalischen Lücke“, die keiner geahnt hatte, in eine bestimmte politische und soziale Gruppe ein. Für beide Teile stellte die Situation aber auch eine erste Möglichkeit zur Integration des Fremden und Unbekannten dar, ein Prozess, der nur über Zuhören, Verstehen und Annehmen in Gang kommen kann.

Was mein persönliches musiktherapeutisches Hab und Gut betrifft, die Improvisation und deren Bedeutung im therapeutischen Prozess, spüre ich eine große Verantwortung gegenüber PatientInnen. Denn hier begeben wir uns gemeinsam in unbekannte, ungenannte und bisher unerschlossene Landschaften. Ich fragte mich, wie wichtig das Wissen um Musik sei, um musiktherapeutisch arbeiten zu können. Dabei konnte ich feststellen, dass meine PatientInnen ohne jegliche (im striktesten Sinne des Wortes) Musikerfahrung genauso „gute“ Musiktherapie-PatientInnen waren, wie diejenigen mit wenig Musikerfahrung. Erstere konnten sich nach Überwindung des ersten Schreckens auf Improvisationen einlassen, musikalische Formen mit eigenen Worten beschreiben und so auch ihre innere Welt. Die meisten Instrumente waren unbelastet von festen Vorstellungen, die gleichzeitige Lust und Angst, sie auszuprobieren, machte das Unterfangen eher besonders reizvoll. So z. B. die ambulanten depressiven PatientInnen des psychiatrischen Institutes, die sich eine ganze Therapiephase lang mit den Triangeln beschäftigten, die sie von innen und aussen bespielten, um sich dann in einer der Sitzungen darauf zu einigen, dass die Öffnung des Instrumentes ein Fluchtweg war. Sie bemerkten, dass eine der Mitpatientinnen sich immer nur im Innenkreis der Triangel bewegte und interpretierten das damit, dass diese ihren (Flucht)Weg noch nicht gefunden hatte. Es war nicht nötig, dass sie etwas von Musik verstanden, die Symbolwelt der

Instrumente war für sie das geeignete Vehikel zur Beschreibung und Bearbeitung innerer Prozesse.

Fazit

In einer fremden Kultur leben heißt, in zwei Welten gleichzeitig leben. So wie es bei allem Lebendigen, einschließlich der Improvisation, Bewegungen und Gegenbewegungen gibt, die es zu erkennen gilt, ist auch in dieser Gleichzeitigkeit erstes Gebot, Eigenes und Fremdes zu erkennen und in Verbindung und Austausch zu bringen, um es dann schlussendlich auch integrieren zu können. Was gelingen sollte, ist die „Abgabe“ alter (Er)Kenntnisse an die neue Welt und Aufnahme, Aneignung und Anpassung neuer (Er)Kenntnisse an die alte Welt. Es geht nicht so sehr um Verzicht und Verlust, sondern eher um Erweiterung und Gewinn, beide Pole gehören zweifelsohne zusammen. Indem das Alte-Eigene weniger wird, wird es doch insgesamt mehr. Die Vermittlung des Eigenen im Fremden und umgekehrt bedarf Worten und Gesten, wobei diskursive sowohl als auch präsentative Symbolik (Langer 1942) gefragt sind, um Zusammenhänge vollständig, d. h. kognitiv und emotional zu erfassen. Ähnlich der Übersetzung eines Gedichtes geht es auch hier nicht um die „Übersetzung“ von (Fremd)wörtern, sondern um die Erfassung eines Ganzen, um die gegenseitige ganzheitliche Erfassung des Anderseienden.

Anmerkungen

- ¹ Revista Chilena de Música (1977), Facultad de Artes, Universidad de Chile, No. 139–140
- ² Benenzon R. (1976): Neue Wege zum Patienten. Regressive Elemente von Klang und Musik und ihre Bedeutung in der Musiktherapie, in: Musik und Medizin 1
- ³ Grebe M. E. (1979): Mit Zimtzwerg, Trommel und Gesang. Der Ulutún – ein musiktherapeutischer Ritus, in: Musik und Medizin 2, 1997
- ⁴ San Pedro J., Westphal J. P. (1994): „*Construcción de una pauta de observación de improvisaciones musicales a partir de criterios psicológicos y musicales derivados de la teoría morfológica en musicoterapia*“, Universidad Diego Portales, Escuela de Psicología, Santiago Vásquez V, Barros L (1997): „*Descripción de la expresión y del reconocimiento de la alegría, de la tristeza y de la rabia, en esquizofrénicos y en personas sin patología psiquiátrica, a través de una pauta musical*“, Universidad Diego Portales, Escuela de Psicología, Santiago
- ⁵ CLAM vereinigt die Länder Argentinien, Brasilien, Chile, Kolumbien, Kuba, Mexiko, Peru, Uruguay und Venezuela und veranstaltet mittlerweile seit 2001 in dreijährigen Abständen seine eigenen Kongresse, die zur Stärkung der lateinamerikanischen Musiktherapie und der Berufspolitik beitragen. 2001 fand der Kongress in Buenos Aires (Argentinien) und 2004 in Montevideo (Uruguay) statt. Der 3. Kongress wird im Jahr 2007 in Santiago de Chile durchgeführt.
- ⁶ Es gibt „Encuentros de payadores“ (Treffen der „payadores“= Sänger der „payas“), in denen diese versuchen, sich gegenseitig mit ihren improvisierten Versen auszustechen. Es gibt verschiedene Formen des Vorgehens: entweder einer der Sänger fordert mit seinem Text seinen Gegner spontan heraus und dieser antwortet. Oder: das Publikum teilt jedem Spieler eine Person aus Politik, Sport oder Kultur zu und es entsteht ein Dialog unter ihnen. Der eine muss sich jeweils an den Inhalt des Vorgängers anschließen, wodurch eine Art „musikalische Erzählung“ entsteht.
- ⁷ Zwei der bedeutendsten LiederkomponistInnen Chiles. V. Parra nahm sich 1967 das Leben und V. Jara wurde 1973 nach wenigen Tagen Gefangenschaft im Nationalstadion in Santiago de Chile von den Militärs ermordet.
- ⁸ Corral, P.: Un proceso de Musicoterapia grupal en psiquiatría. Abschlussarbeit des Aufbaustudiengangs Musiktherapie, 2005. Nachzulesen in: www.cybertesis.cl
- ⁹ Cañas, J.: Musicoterapia grupal con adolescentes emparazadas Abschlussarbeit des Aufbaustudiengangs Musiktherapie, 2005. Nachzulesen in: www.cybertesis.cl
- ¹⁰ González M.: Musicoterapia en rehabilitación infantil. La expresión interna por la vía sonora. Abschlussarbeit des Aufbaustudiengangs Musiktherapie, 2003. Nachzulesen in: www.cybertesis.cl

Literatur:

Bauer S.: Music Therapy in Chile (2002) [online] Voices: A World Forum for Musicotherapy.:http://www.voices.no/country/monthchile_oct2002.html

Bauer S.: (2004) Curso de Especialización en Terapias de las Artes, mención

Musicoterapia, en la Facultad de Artes de la Universidad de Chile. Análisis y reflexión sobre los primeros cinco años de experiencia: 1999 a 2004. Vortrag gehalten auf dem zweiten Kongress des Comité Latinoamericano de Musicoterapia (CLAM), Montevideo, Uruguay, 14.–16. de Julio 2004

Rincón C., Schattenberg-Rincón G. (eds.) (1978): Cantaré. Songs aus Lateinamerika Verlag Neues Leben, Berlin

Langer S. (1942): Philosophy in a new key. A study in the symbolism of reason, rite and art. Harvard University Press, Cambridge (MA)

Sabbatella, P. (2004) Musicoterapia en Latinoamérica: Reseña del Primer Congreso Internacional de Verano: Desarrollos en Musicoterapia. Music Therapy Today (Online) Vol. V (3) May 2004 available at <http://musictherapyworld.net>

Weymann E. (1987): Anzeichen des Neuen. In: Materialien zur Morphologie der Musiktherapie, Heft 3, Institut für Musiktherapie und Morphologie

Dr. biol. hum. Susanne Bauer, Leiterin des Aufbaustudienganges Musiktherapie der Facultad de Artes, Universidad de Chile. General Gorostiaga 1289, Santiago, Chile, susbauer@uchile.cl

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 niedrigschwellige 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 niedrigschwellig 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 irrige 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

Die Zerdehnung des seelischen Augenblicks und der zerdehnte Musik-Augenblick am Beispiel psychosomatischer Patienten

The Hyper-expansion of the Psychic Moment and the Hyper-expanded Music Moment, as Exemplified by Psychosomatic Patients

Shushanik Sukiasyan

Der seelische Augenblick ist ein paradoxer Augenblick. Er ist als Ausdruck des kürzesten Moments und zugleich auch Ausdruck des Endlosen im Seelischen. Um seinen komplexen Inhalt und seine Wirkung wahrzunehmen, brauchen wir einen erweiterten Augen-Blick, ein zerdehntes Zeiterlebnis. Aus drei Perspektiven wird der Augenblick in diesem Artikel betrachtet. Der seelische Augenblick und seine Zerdehnung werden in der psychologischen Behandlung erläutert. Die zweite Perspektive zeigt den verdichteten seelischen Augenblick des psychosomatischen Patienten, der einer Zerdehnung bedarf. Anschließend wird der Augenblick in der Musik betrachtet und daraus wird die Bedeutung der Musiktherapie in diesem Zusammenhang hervorgehoben.

The psychic moment is a paradoxical moment. It is significant of the shortest instant but also embodies endless psychic experience. In order to perceive its rich content and appreciate its full impact, we need an elongated moment, a hyper expanded time experience. In this article we examine the psychic moment from three perspectives: the psychic moment and its expansion in psychological treatment, the concentrated psychic moment of the psychosomatic patient, and the psychic moment in music and its impact on music therapy intervention with psychosomatic patients.

Zum ersten Mal bin ich mit dem Thema Zerdehnung des seelischen Augenblicks in der psychologischen Behandlung in dem Buch von Salber „Konstruktion psychologischer Behandlung“ während meines Praktikums bei Dr. Grootaers in der Psychosomatischen Klinik Bad Honnef in Kontakt gekommen. Die Idee aber, den Augenblick zusätzlich aus der Sicht des Musiktherapeuten in der Arbeit mit psychosomatischen Patienten und im Zusammenhang mit der Musik zu beleuchten, ist in jenem zerdehnten Augenblick entstanden, indem ich mich mit dem Salber Text auseinandergesetzt habe.

„Die Behandlungen des Augenblicks sind der beste Beweis für das ‚Zwischenreich‘ der seelischen Wirklichkeit, das in Werken und ihren Metamorphosen lebt.“ (W. Salber)

Um einige Besonderheiten dieses Zwischenreichs der Augenblicke zu entdecken möchte ich den seelischen Augenblick aus einigen Perspektiven beleuchten.

Dieser Augenblick ist paradox, weil er sowohl den kürzesten Moment, als auch das Endlose im Seelischen ausdrückt. Diesen seelischen Augenblick hat man vom momentanen Augenblick zu unterscheiden. Der seelische Augenblick hat seine eigene Zeit, in der er sich entfalten und ausdrücken kann; er ist „das Medium der Krisen und Schöpfungen“ (Jaspers, 111, in: Kleiber 1988/89). Seelische Krisen und Aufwühlungen, das „Auf und Ab“ erleben wir in dem seelischen Augenblick.

Er ist ein verdichteter Augenblick, in dem Vieles aufeinander drückt. „Das Zwischenreich“ des seelischen Augenblicks geht in unserem in einer bestimmten Richtung geordneten Alltagsleben verloren. In der Hektik des alltäglichen Lebens bleibt uns keine Zeit inne zuhalten und unseren seelischen Prozessen Aufmerksamkeit zu widmen. Dies kann jedoch sehr wichtig sein, da diese seelischen Prozesse unser Wohlbefinden und Handeln beeinflussen und bestimmen. Durch die Zerdehnung können wir, laut Salber, das Wirkungsgefüge des seelischen Augenblicks für uns erfahrbar machen.

Was man genau unter dem Begriff „Zerdehnung“ verstehen kann, soll das folgende Zitat beleuchten:

„Die Öffnung der Ganzheitsebene wird zumeist als erstes durch das veränderte Zeitempfinden spürbar. Dabei entwickelt sich die Jetztkonzentriertheit hin zu einem Gefühl der Zeitlosigkeit. Dieses kann sich zu einer Zerdehnung oder Raffung der Zeit steigern, was Zeichen für veränderte Bewusstseinszustände sind“ (Ökumenischer Pilgerweg e. V.: Psychophysiologische Dimension).

Durch diese veränderten Bewusstseinszustände hat man einen anderen Augenblick für die bekannten Sachen. „Man sieht das Alte und Vertraute auf neue fremde Weise. Oft wie zum ersten Mal. Die alten Ankerplätze sind verloren. Man geht zurück in der Zeit. Man ist unterwegs auf der ältesten Reise der Welt.“ (ebd.)

Was ist der seelische Augenblick? Welche Charakteristiken hat er? Welche Bedeutung hat die Zerdehnung des Augenblicks in der psychologischen Behandlung? Wodurch ist der seelische Augenblick eines psychosomatischen Patienten gekennzeichnet? Was ist ein Augenblick in der Musik? Was kann man in der Behandlung von psychosomatischen Patienten mit der Musiktherapie im Kontext der Zerdehnung des Augenblicks erreichen?

Diesen Fragen möchte ich nachgehen, um darauf mögliche Antworten zu finden.

Die Zerdehnung des Augenblicks

In seinem Verständnis des Seelischen geht Salber von dem Konzept der Gestalt und deren Wandlung aus. Das ist die Grundidee der morphologischen Psychologie. Das Seelische ist nichts Statisches, endgültig Geformtes, das sich nicht mehr ändern oder bewegen lässt. Es drückt sich in Gestalten und ihren Verwandlungen aus und wird in seinen ständigen Wandlungen aufgefasst.

Indem man verfolgt, in welchen Übergängen die seelischen Zusammenhänge entstehen, kann man das Seelische in seiner Entwicklung wahrnehmen (Salber 1980). Der Analytiker verfolgt in welchen Momenten die Gestaltumwandlungen stattfinden und welche Zusammenhänge sich in den Erlebnissen im Seelischen des Patienten daraus bilden.

Dieses Verstehen der seelischen Zusammenhänge und deren Entwicklung ist in unserer therapeutischen Arbeit insofern sehr wichtig, als wir durch diese Erkenntnisse einen Zugang zu den teilweise verdrängten seelischen Prozessen des Patienten gewinnen und bessere Behandlungschancen ihm anbieten können.

Im Seelischen des Patienten sind sowohl die Probleme als auch Lösungschancen enthalten. Wenn man das seelische Befinden des Patienten beschreiben will, könnte man sagen, er befindet sich in einem eingegengten Zustand, in dem er nur seine Probleme wahrnimmt. Die Lösungschancen sieht er nicht. Er erlebt diesen Zustand als Krise. Salber vergleicht das mit dem Menschen, der durch die Überbelastung der seelischen Wirkungsgefüge in so einen Zustand geraten ist, aus dem er aus eigener Kraft nicht mehr herauskommen kann und der somit einer Behandlung bedarf. In dieser Krise kreuzen sich verschiedene, manchmal widersprüchliche seelische Prozesse: „Gezwungensein, Anders-Wollen, Reingeraten, Gehemmtsein; man möchte beispielsweise behandelt werden, und man möchte zugleich auch wieder nicht. Solche Konflikte allein auszutragen, erscheint bereits nicht mehr möglich.“ (Salber 1980, 117)

Der Patient befindet sich in einem ‚Krise-Augenblick‘, in dem alles aufeinander drückt. Diesen Augenblick sollte man zerdehnen, um seine Struktur und den Inhalt zu erfahren. Die klinische Behandlung sollte sich mit den komplexen paradoxen seelischen Prozessen auseinandersetzen und dem Patienten die Lösungschancen der Probleme erfahrbar machen. Die Behandlung versucht die anderen Ausdrucks- und Gestaltungsformen des Seelischen zum Vorschein zu bringen, die zwar in der „inneren Form“ des Seelischen enthalten sind, die aber bis jetzt keine Möglichkeit hatten in Erscheinung zu treten. (Salber 1980)

„Behandlung braucht Anhalte im Augenblick; auch eine Tiefenpsychologie geht notwendig von der ‚Oberfläche‘ aus (A. Freud). Dennoch ist ein Augenblick in Behandlung noch etwas anderes – sonst ließe sich methodisch damit nichts machen, und eine Methode muß Behandlung haben, wenn sie rechtfertigen will, was sie anstellt. Der seelische Augenblick ist endlos – das folgt aus den Paradoxien der Verwandlung; doch der (endlose) Augenblick entgleitet uns im Alltag, trotz seiner

Wirksamkeiten. Die Behandlung des Verkehrt-Haltens muß nun etwas mit ihm anstellen: dazu muß sie ihn halten und weiterverfolgen, sie muß ihn zerdehnen, ohne sich in ihm zu verlieren.“ (Salber 1980, 98)

Aus diesem Zitat von Salber lassen sich zwei wichtige Gedanken ableiten. Die Behandlung geht immer von einer Oberfläche aus, die man auch als Anhaltspunkt bezeichnen kann. In unserer therapeutischen Arbeit ist es wichtig einen Anhaltspunkt im Hier und Jetzt zu haben, zu dem man immer zurückkehren kann, um die Zusammenhänge der seelischen Prozesse verfolgen zu können, ohne sich darin zu verlieren. Der zweite wichtige Gedanke von Salber besagt, dass sich diese Anhaltspunkte, zu denen man immer in der Behandlung zurückkehrt, nur auf den ersten Blick als oberflächlich erweisen. In der Tat geht es in diesen Anhaltspunkten um den oben genannten inhaltvollen seelischen Augenblick, den man von dem gewöhnlichen, momentanen Augenblick zu unterscheiden hat. Der seelische Augenblick scheint uns oberflächlich, weil wir seinen Inhalt zunächst nicht erfassen können. Solange wir nicht inne halten und ihn in einem anderen Zeitempfinden erleben, geht uns sein Inhalt und seine Wirkung verloren. Dieser seelisch endlose Augenblick ist ein verdichteter Augenblick, den wir festhalten und zerdehnen sollten, wenn wir die Wirksamkeiten, die dieser Augenblick beinhaltet, verstehen und näher betrachten wollen.

Nach Salber, sollte man ihn beschreiben und ihn in seiner Eigenart wahrnehmen. Dann aber wird der Augenblick „durch ‚Einfälle‘ in seinen Bedingungen und Ausläufern (‚Fransen‘)“ vervollständigt. Wenn wir diesen Gedanken von Salber auf die analytische Behandlungssituation übertragen und die erste Stunde der Analyse als den ersten Augenblick betrachten, stellen wir Folgendes fest: Diese erste Stunde wird zunächst in ihrer Eigenart erfasst, dann in weiteren Analysestunden zerdehnt und durch die Einfälle des Patienten in seinen Strukturzusammenhängen und Inhaltszügen rekonstruiert.

Die Zerdehnung des Augenblicks in der Behandlung stellt sich die Aufgabe, „*seelische Wirksamkeiten, welchen sonst zu wenig Raum, Zeit, Entfaltung zugebilligt wird, eine Chance zu geben, das Problem des Augenblicks in ungewohnter Weise zu wenden und dadurch Gestaltbildungen zu produzieren, deren Entfaltung anderen Sinn und Zusammenhang geben kann*“ (Salber 1980, 99).

Damit meint Salber, dass die Zerdehnung des seelischen Augenblicks dem Patienten eine andere Perspektive und somit eine andere Sichtweise auf seine Probleme und sein Leiden eröffnen kann. Die Patienten haben häufig aufgrund ihrer Krankheiten und die Fixierung auf ihr Leiden eine einseitige, ausweglose Sicht auf ihre Probleme. Dadurch geraten ihnen Lösungschancen für diese Probleme, bzw. anderen Vorgehensweisen aus dem Blick. Die Zerdehnung des seelischen Augenblicks kann ermöglichen, dass sie ihre einseitige Sicht auf ihr Leiden erleben und Lösungschancen für ihre Probleme erkennen können.

Der seelische Augenblick des psychosomatischen Patienten

Um den seelischen Augenblick des psychosomatischen Patienten beschreiben zu können, möchte ich mich auf ein sehr wichtiges und zentrales Thema in der Psychosomatik, nämlich den Schmerz beziehen.

Was macht der Schmerz mit einem Menschen? Welche Wirkungen hat er auf die Wahrnehmung der Welt des Menschen?

Bei der Beobachtung der psychosomatischen Patienten während der Praktika, sowie in den Beispielen aus der Literatur, ist mir aufgefallen, dass die Auswirkung des Schmerzes auf die Patienten paradoxe Reaktionen im seelischen Augenblick hervorruft.

Um dies näher zu erläutern, möchte ich zwei Paradoxien hervorheben, die sich durch gegenseitliche Tendenzen im Seelischen der psychosomatischen Patienten herausbilden.

Paradox 1: „Das Über-volle erschafft eine Leere“

Es ist bekannt, dass der Schmerz sehr heftige Gefühle auslöst. Im Schmerz scheint uns alles zu überwältigen, alles ist zu viel. Im Synonymwörterbuch liest man zum Stichwort „Schmerz“: „starke Schmerzen haben – sich vor Schmerzen krümmen, es vor Schmerzen nicht aushalten können, die Engel im Himmel singen hören, nicht leben und nicht sterben können; schreien; laut, schmerzhaft.“ (Duden 2004). Den Schmerz beschreiben wir als schneidend, stechend, bohrend u. s. w.

Die Unerträglichkeit und die Heftigkeit der Schmerzen führen zu einer Verfremdung dieser Schmerzen und des eigenen Körpers. Man will sie nicht selbst haben. Im Falle von Psychosomatikern spricht man von den Schmerzen, die sie häufig jahrelang mit sich herumschleppen. Diese Unendlichkeit und Dauerhaftigkeit des Schmerzempfindens erschafft das Gefühl, dass die Heftigkeit des Schmerzempfindens bei den Patienten in einer Starrheit gipfelt. Man sagt „im Schmerz erstarrt bleiben.“ Anders gesagt, dieses Zuviel, das ‚Über-volle‘ an Schmerzen verwandelt sich in eine Leere, weil die Schmerzen nicht gestillt werden.

Der Schmerz wird auch im Zusammenhang mit der Melancholie gesehen. Der Schmerz des Melancholikers ist auch ein Zuviel, das in eine Empfindung der Leere übergeht. Pontalis weist auf ähnliche Ausdrücke über den Schmerz und Melancholie bei Freud hin:

„In einem der Melancholie gewidmeten Manuskript (...) (Manuskript G, 7.I. 1895) überstürzen sich Worte wie ‚Wunde‘, ‚innere Verblutung‘, ‚Loch im Psychischen‘ – ein Loch, keine Lücke; ein Überfließen, kein Mangel – und dergleichen in dichter Folge: Einziehung, Saugen, Pumpen. (...) dieses ‚Loch‘ ist ein Zuviel. Es ruft, damit es verschlossen wird (...). Ein Zuviel an Erregung, die jegliche auf Bindung abzielende Tätigkeit, selbst auf der Stufe des Primärvorgangs, in Fesseln legt: das Über-volle erschafft eine Leere“ (Pontalis 1998, 225).

Die Heftigkeit des Schmerzempfindens führt zu einer Verdichtung im Inneren, in dem eben diese Leere entsteht. Tüpker beschreibt diesen Vorgang im Seelischen bezogen auf die Musiktherapie und auf die Möglichkeit des Seelischen, sich mit der Hilfe der Musik zu zerdehnen und aus dieser Leere einen „offenen Raum“ für die seelischen Empfindungen zu bilden. Der Schmerz oder das Symptom führt zu einer Verdichtung im Seelischen. Die seelischen Empfindungen und Ausdrucksformen haben nun keinen Raum um sich zu entfalten. Gleichzeitig aber entsteht ein „quasi material- und bewegungsloser Hohlraum“ um diese Verdichtung herum, der von dem Patienten als Leere, Depression und Sinnlosigkeit empfunden wird (Tüpker 1996).

Dieses Gefühl der Leere ist meiner Meinung nach dem des Melancholikers ähnlich. In diesem Gefühl verliert die Zeit ihre übliche Dimension. Glatzel, der das Zeiterlebnis des Melancholikers beschreibt, kommt zu dem Schluss, dass der Melancholiker sich in einer „erlebnisimmanenten Ich-Zeit“ oder in einer ewigen Gegenwart befindet. Seine eigene Vergangenheit ist ihm so fremd, dass es für ihn keinen Sinnzusammenhang mit der Gegenwart mehr gibt. Für ihn gibt es keine andersgeartete Zukunft, als das Jetzt. (Glatzel 2000)

In dieser ewigen „Ich-Zeit“ befindet sich meines Erachtens auch der Psychosomatiker, der in seinen andauernden Schmerzen in der Gegenwart erstarrt bleibt. Für ihn existiert nur das Jetzt. Diese „Leere-Präsens“ drückt sich im Seelischen als ein verdichteter „Krisen-Augenblick“ aus.

Der Schmerz verursacht eine paradoxe Bewegung im Seelischen: Einerseits erschafft der Schmerz das ‚Über-volle‘ im Seelischen. Dieses ‚Über-volle‘ aber wandelt sich in eine Leere.

Das Seelische braucht in dem Zusammenhang eine Gegenbewegung, eine Zerdehnung, um sich von dieser Leere zu befreien, diese Leere aufzufüllen.

Paradox 2: „Abbruch der Beziehungen – Fixierung auf die Beziehungen“

Im Zentrum dieses Paradoxes stehen die gestörten Kommunikationen und Beziehungen der Patienten zur äußeren Welt. Das Leben der Patienten wird aufgrund ihrer Schmerzsymptomatik immer inaktiver. Die Beziehungen zur äußeren Welt, die sozialen Kontakte werden allmählich reduziert. Der Patient zieht sich in eine einsame Welt zurück.

Patienten haben eine verzerrte Wahrnehmung der Realität. Nach Tüpker klappt der Sinnzusammenhang zwischen Wahrnehmung und Wirklichkeit bei den Patienten auseinander. Sie weist darauf hin, dass die Patienten unter der unabweisbaren Heftigkeit des Schmerzempfindens die seelische Realität verdrängen (Tüpker 1996b).

Eine Besonderheit bezieht sich auf die Sprache der Patienten, die sich in den Gesprächen mit den Therapeuten, sowie in den Kontakten mit den Mitpatienten zeigt. Im Gespräch zeigen sich die Patienten höchst zurückgezogen und

wortkarg. Tüpker beschreibt ihre Erfahrung mit diesem Phänomen am Beispiel von Frau Anne (s. u.). Die Wahrnehmung von Frau Anne ist eingeengt auf ihre Kopfschmerzen. Ihre Gefühle, Wünsche, inneren Bilder, Erinnerungen kann sie weder wahrnehmen noch beschreiben (Tüpker 1996b).

Während meines Praktikums in der psychosomatischen Klinik Bad Honnef, habe ich dieses Phänomen beobachten können. Es dauerte jeweils eine Weile bis die Patienten ins Reden kamen. Zunächst konnten die meisten von ihnen nichts erzählen, sie hatten keine Einfälle zu den angesprochenen Themen oder der Musik. Die Unfähigkeit nicht sprechen zu können, hat sie sehr belastet. Eine Patientin beschrieb selbst erst nach drei Wochen der Behandlung ihren Zustand: Sie fühle sich aufgewühlt, sie spüre, dass etwas kommen wird, aber es komme nicht. Sie spüre die Hemmung, etwas zu erzählen.

Es scheint die Kommunikationsfähigkeit zur äußeren Welt gestört zu sein. „Was immer der Schmerz zu bewirken mag, er bewirkt es zum Teil durch seine Nichtkommunizierbarkeit (Scarry, Zit. in Wunschel 2004, 54).“

Diese Nichtkommunizierbarkeit führt den unter Schmerzen leidenden Menschen dazu, dass er seine Beziehungen zur äußeren Welt abbricht. Das ist der eine Aspekt des Paradoxes.

Der zweite Aspekt aber weist auf eine Gegenbewegung des Seelischen hin. Das gestörte Verhältnis zu anderen Menschen ruft erneut die Aufmerksamkeit der Patienten zur äußeren Welt wach. Sie stellen sich die Frage: „Warum verstehen mich andere nicht?“ Sie suchen nach den Gründen für die gestörten Beziehungen zur Welt, zu den anderen Menschen.

„(...)Wenn jemand Schmerz spürt, dann gerät alles in ihm in Bewegung. Die Welt dringt auf ihn ein und droht, ihn zu überwältigen. Einen Schmerz empfinden heißt allemal, eine Störung in der Beziehung zur Welt unmittelbar erleben. Einen Schmerz empfinden heißt also zugleich sich-empfinden, sich in der Beziehung zur Welt, genauer, in der leiblichen Kommunikation mit der Welt verändert finden (Straus, Zit. in Tüpker 1996b, 18.).“

Der Schmerz hat somit nicht nur den reduzierten Aspekt, der den Rückzug der Patienten in die einsame Welt verursacht. Der Schmerz führt auch zu einer konfliktvollen Auseinandersetzung des Menschen mit der Welt.

Im Bezug auf die Kontakte zu den Mitpatienten fühlen sich die Patienten von den anderen Menschen unverstanden. In den Gruppenbehandlungen sorgen sie schnell für Missverständnisse. Tüpker spricht von dem so genannten „Sprunghaften Denken“ der Patienten, wodurch die Kommunikation zu den Anderen erschwert wird. In ihrem Beispiel von Herrn Christoph (Tüpker 1996b) in der Gruppenmusiktherapie weist sie darauf hin, dass der Patient das Gefühl hat, von der Gruppe nicht verstanden zu werden. Dabei bemerkt er selber nicht, wie er beim Sprechen viele Sätze und Sinnzusammenhänge unvollständig lässt. Er ist sich seines „Sprunghaften Denkens“ nicht bewusst. Wichtige Übergänge werden von

ihm nicht ausgesprochen, seine Äußerungen sind rationalisiert und die Begriffe werden von ihm umgedeutet. Das Ganze verhindert seine Beziehung zu den anderen Menschen, die als kühl und gefühllos erlebt wird, was ihn seinerseits kränkt und ein Gefühl vermittelt, seine Empfindungen blieben unerkannt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich einerseits das Seelische bei den Patienten aufgrund ihrer Schmerzen und des Leidensdrucks in eine einsame Welt zurückzieht, wo die Abgrenzung zwischen Ich und der Außenwelt sehr stark ausgeprägt ist (Tüpker 1996b). Das heißt, dass das Einzige, was zu ihrer Welt zu gehören scheint, sind das Symptom und die Schmerzen. In dieser einsamen Welt, wo sich die Schmerzen aufhalten, wird die Zeit als ‚Krisen-Augenblick‘ erlebt.

Andererseits aber beschäftigt sich das Seelische der Patienten in diesem „Krisen-Augenblick“ auch sehr mit den Verhältnisstörungen zur äußeren Welt. Das „Nicht-Gemeint-Sein“ von anderen lässt das Seelische nicht in Ruhe. Die Patienten finden sich in einer veränderten Situation in den Beziehungen zu den anderen Menschen, wo sie insbesondere sensibel und verletzlich sind. Demzufolge ist der seelische Augenblick für die Patienten von heftigen Gefühlen und Bewegungen geprägt. Der Augenblick zeigt sich im Hinblick auf die Patienten als ein Paradox. Der „Krisen-Augenblick“ ist einerseits eine auf das Minimum reduzierte Einheit, in der das Seelische in eine Kargheit geraten ist. Andererseits ist dieser Augenblick mit heftigen Gefühlen und Empfindungen verbunden.

Diese zwei Paradoxien – „*Das Über-volle erschafft eine Leere*“ und „*Abbruch der Beziehungen – Fixierung auf die Beziehungen*“ – weisen auf das Paradox des „verdichteten Krisen-Augenblicks“ bei psychosomatischen Patienten hin. Dieser Augenblick sollte zerdehnt werden, damit die Patienten die Möglichkeit haben, durch diese Zerdehnung zu den seelischen Ausdrucksformen zu gelangen, die unter den Schmerzen und ihren Symptomen für sie nicht mehr verfügbar sind.

Der Augenblick in der Musik

Der dänische Philosoph Søren Kierkegaard hat interessante Überlegungen über die Musik, über den Augenblick und über das Zeitliche in der Musik hinterlassen. Über das Zeitliche in der Musik schreibt er folgendes:

„Die Musik hat nämlich ein zeitliches Moment in sich, hat ihren Ablauf jedoch nicht in der Zeit außer im uneigentlichen Sinn. Das Geschichtliche an der Zeit vermag sie nicht auszudrücken (Kierkegaard 1956, 60).“

Marko Kleiber, der in seiner Magisterarbeit über den Augenblick diese Überlegungen von Kierkegaard niederlegt, hat dieses zeitliche Moment der Musik am Beispiel der Analyse einer Melodie konkretisiert. In seinen Schilderungen beruft er sich auf die Gedanken von Haeffner:

„Das Zeitliche der Musik kann man schon in der Analyse des Melodischen (92) finden: Im Moment höre ich immer nur einen Klang; das Erkennen einer Melodie setzt schon die von uns unbewusst vorgenommene Zusammenfassung mehrerer Momente voraus. Der vergangene Ton bleibt (analog dem Augenblick) gegenwärtig; nur so ist es möglich, dass die ganze Melodie als Gegenwart empfunden wird. Dabei werden die in der Vergangenheit erfahrenen Tonfolgen sogar Ausgangspunkte für die Erwartung sein, die der Hörer (wiederum im Augenblick) an die Fortsetzung der noch nicht vollendeten Melodie (und damit an die ‚Zukunft‘) stellt. Trotzdem hat die Musik ihren Ablauf nur ‚uneigentlich in der Zeit, oder anders ausgedrückt: sie ist nur im Augenblick‘ (Kleiber 1988/89, 2.1.3.).“

Kierkegaard sieht die Existenz der Musik nur in dem Augenblick, indem sie vorgetragen wird. Er stützt seine Gedanken mit der Annahme, dass, auch wenn man gut Noten lesen könne, und eine lebhaftere Einbildungskraft habe, man trotzdem nicht bestreiten könne, dass die Musik „nur in uneigentlichem Sinne vorhanden sei, wenn sie gelesen wird. Eigentlich existiert sie nur, indem sie vorgetragen wird.“ (Kierkegaard 1956, 72 f.)

Aus diesen Gedanken lassen sich einige Überlegungen über den Augenblick in der Musik im Zusammenhang mit dem vorliegenden Thema ableiten.

Musik hat ihren Ablauf im Augenblick. Die Musik besitzt die zeitliche Komponente nicht im eigentlichen Sinne.

Wenn wir Musik hören oder selbst Musik machen, bzw. in der Musiktherapie improvisieren, haben wir das Empfinden, dass wir uns in dem Augenblick der Musik oder anders ausgedrückt in dem „Musik-Augenblick“ befinden. Die Musik aber drückt sich in einer bestimmten Zeit aus, nämlich in der Zeit, in der die Musik abläuft. Das ist an sich eine paradoxe Gelegenheit. Dieses Phänomen lässt sich jedoch erklären, wenn wir den „Musik-Augenblick“ als einen seelischen Augenblick betrachten und das Phänomen aus der Hinsicht des seelischen Augenblickes und seiner Zerdehnung erfassen.

Der „Musik-Augenblick“ stellt sich als ein „zerdehnter seelischer Augenblick“ heraus. Er drückt das Seelische in der Gegenwart in einer zerdehnten Fassung aus. Salber meinte, dass der seelische Augenblick einer Zerdehnung über die gesamte Behandlung bedürfe. Die Musik bietet diese Zerdehnung schon in ihrem Ausdruck, weil sie nur in einem Augenblick, so Kierkegaard, existiert. Daraus lässt sich schließen, dass die Patienten in der musikalischen Improvisation der Musiktherapie eine unmittelbare Möglichkeit der Zerdehnung des seelischen Augenblicks erleben können. Dadurch werden für sie die seelische Wirksamkeiten, die Salber im Zusammenhang mit der Zerdehnung des seelischen Augenblicks während der ganzen psychologischen Behandlung beschrieben hat, in der Musik erlebbar. Das ist meines Erachtens der wichtigste Gewinn der Musiktherapie. Der „zerdehnte Musik-Augenblick“ wird somit als ein wichtiges Phänomen in der musiktherapeutischen Behandlung angesehen.

Wir erinnern, dass die Zerdehnung des seelischen Augenblicks andere Bewusstseinszustände ermöglicht, wodurch wir inne halten und die seelischen Prozesse aus einer neuen Perspektive betrachten können. Den Augenblick zu zerdehnen heißt ein anderes Zeitempfinden zu ermöglichen.

Beim Musik machen oder Musik hören haben wir die Möglichkeit inne zu halten und unsere seelischen Prozesse aus einer anderen Perspektive zu verfolgen. Jaspers beschrieb den seelischen Augenblick als „das Medium der Krisen und Schöpfungen“ (Jaspers, 111, in: Kleiber 1988/89). Ist die Musik nicht das Medium der Krisen und Schöpfungen? Erleben wir in der Musik nicht unsere seelischen Aufwühlungen und Krisen? Vertrauen wir der Musik nicht das Intimste und die intensivsten Emotionen an, für die wir keine Wörter mehr haben?

Beim Musik hören oder musizieren haben wir ein anderes Zeitempfinden und veränderte Bewusstseinszustände. Ich vermute, dieses Gefühl lässt sich erst wahrnehmen, wenn die Musik zu Ende ist. Wenn wir uns die Frage stellen, wo war ich? Eigentlich hier, aber trotzdem woanders. Die Musik hat uns vom Hier und Jetzt fortgetragen.

Nun stellt sich die Frage, wie sich diese Erkenntnisse bei der Behandlung der psychosomatischen Patienten anwenden lassen. Wir erinnern, dass sich das Seelische der betroffenen Patienten in einem „Krisen-Augenblick“ verdichtet hat und eine Gegenbewegung, eine Zerdehnung brauchte, um diese Verdichtung aufzulösen und dem Patienten einen Zugang zu den eigenen Wahrnehmungen und Erlebnissen zu ermöglichen.

Grootaers schildert die gemeinsame Improvisation und die Bedeutung dieses Vorgangs in folgender Weise:

„Ein bis dahin ungewohnter Umgang in der Situation-zu-zweit (eben durchs Improvisieren an Musikinstrumenten) erschloß in mehrerlei Hinsicht einen Zugang zu Grundfigurationen seelischen Geschehens und provozierte dort spezifische Umbildungen“ (...) (die) „eine Behandlung um andere Drehpunkte der Grundkonstruktion ermöglichte, als es mit den gewohnten Mitteln der Erinnerung oder der Übertragung möglich ist. Sie entdeckte schließlich, daß die anderen ‚Zentren‘ etwas zu tun haben mit den frühesten Organisationen der Welt des Patienten“ (Grootaers 1994, 11).

Die Möglichkeit in der Musik den seelischen Augenblick zu zerdehnen soll hier aus einer weiteren Sicht begründet und beleuchtet werden. Die Improvisation zu zweit bringt das Typische der Lebensmethode (Grootaers 1994, 11) des Patienten hervor. Die Zerdehnung in der Musik ermöglicht, dass die in dieser Lebensmethode kristallisierten Stockungen und Probleme einen breiteren Ausdruck bekommen. Dadurch hat der Patient die Möglichkeit während der Improvisation sowohl die problematischen Formenbildungen als auch Lösungschancen seines Seelischen gleichzeitig in der Gegenwart wahrzunehmen, zu benennen und sich damit auseinander zu setzen.

Dies möchte ich an einem Beispiel aus meinem Praktikum bei Dr. Grootaers in der psychosomatischen Rhein-Klinik in Bad Honnef veranschaulichen.

Es handelt sich um die erste Einzeltherapiestunde mit einer 41-jährigen Patientin, Frau G. Sie ist mit Schmerzen im Bereich der Schultern, der Arme und der Hüfte in die Klinik gekommen.

In dieser Stunde hat die Patientin in der Improvisation ein sehr gleich bleibendes Spiel gezeigt. In ihrem Spiel waren keine Differenzierungen, weder im Tempo, noch in der Dynamik, zu hören. Dagegen haben sich im Spiel des Therapeuten große Aufwühlungen ausgebreitet. Von außen hörte sich das für mich als Beobachterin so an, als ob die Patientin die Dynamik im Spiel des Therapeuten gar nicht wahrgenommen habe. Den musikalischen Höhepunkt im Spiel des Therapeuten habe ich insofern als eine Befreiung von dem kontrastlosen und monotonen Spiel der Patientin empfunden, als ob dieser so lange vorbereitet und erwartet gewesen sei. Wie sich später im Gespräch und in den weiteren Stunden gezeigt hat, hat das Spiel des Therapeuten die innere Unruhe und den Wunsch der Patientin aus ihren Hemmungen heraus zu finden, widergespiegelt.

Als Frau G. vom Therapeuten aufgefordert wurde, nach dem Spiel über ihre Eindrücke von der Musik zu berichten, sagte sie: „Es war gleichbleibend, flach, vielleicht sogar langweilig. Es war nichts Besonderes, was außer der Reihe tanzte, was hoch oder tief, laut oder leise war.“ Auf die Frage des Therapeuten, wie es zustande käme, dass ihr Spiel so gleichbleibend wäre, antwortete sie, ihr Leben wäre so gleichbleibend, ohne große Abweichungen. Sie wäre in ihrem Leben nie hohe Risiken eingegangen.

Wie wir an diesem Beispiel sehen, hat sich in der Improvisation die Lebensmethode der Patientin abgebildet. Sie hat in dem Medium Musik etwas von sich selbst zum Ausdruck gebracht und es als Langeweile ihres Lebens benannt. Das lebendige Spiel des Therapeuten dagegen hätte ihrer inneren Unruhe entsprochen, wie sie sagte. Es hat somit der Patientin ermöglicht eine weitere Erkenntnis zu gewinnen: dass nicht nur diese Langeweile da ist, sondern auch andere Wünsche und Seelenbewegungen vorhanden sind.

Für den Psychosomatiker ist es bedeutsam, dass er in der musikalische Improvisation seine Fixierung auf die Schmerzen und Symptome in dem beweglichen Raum der Musik auflösen kann. Dadurch, dass die Improvisation und die damit verbundenen Erlebnisse sich in der Gegenwart abspielen und zeigen, hat der Patient die Möglichkeit, seine Erlebnisse direkt zu reflektieren. Das heißt nicht, dass er während des Spieles ganz gezielt auf eigene Empfindungen achtet. Er hat in der Musik und „Situation-zu-zweit“ die Möglichkeit sie wahrzunehmen und zu erleben. Dies wird dann im anschließenden Gespräch durch die Einfälle und Beschreibungen der Musik veranschaulicht. Dadurch zeigt er sein Verhältnis zu dem einen oder anderen Ereignis aus der gerade gespielten Musik. Tüpker findet diesen Austausch zwischen dem Spielen und Sprechen in der Behandlungssituation sehr wichtig. In der Musik kann er das „Gelittene und das was er nicht leiden kann“ (Tüpker 1996a,

248) in einer anderen Form wieder finden. Es ist möglich, dass sich neue seelische Konstellationen herausbilden und ein „Umbildungsprozess“ im Seelischen stattfindet (Tüpker 1996a).

Dabei sind gerade dieses Spielen und Reden, die Wahrnehmung eigener Empfindungen oder Einfälle zur Musik, das Schwierige in der musiktherapeutischen Arbeit mit den psychosomatischen Patienten. Bei ihnen ist das Erleben auf körperlich erlebten Krankheitssymptomen eingeengt (Tüpker 1996b). Im Kontakt mit ihnen im Verlauf der Behandlung zeigt sich, dass die Einengung der seelischen Verfassung generell das Problem der Patienten ist, worauf man methodisch eingehen sollte. Diese Kargheit ist paradoxerweise „ausgebreitet.“ Das Phänomen beobachtet man in den knappen Erzählungen, in denen sie kein emotionales Verhältnis zu den eigenen Geschichten zu haben scheinen. Sie können nicht frei assoziieren. Träume werden nicht erinnert oder sie haben keine Einfälle zu ihnen. Die Reduktion und Kargheit der seelischen Ausdrucksformen zeigen sich meist auch im musikalischen Spiel der Patienten (Tüpker 1996b). Nach meiner Erfahrung ist das Typischste für das Spiel dieser Patienten, dass es oft distanziert von ihnen, sogar fremd für sie ist. Die oben erwähnten Depersonalisierung und Verfremdung vom eigenen Körper bei psychosomatischen Patienten, die durch heftige Schmerzen verursacht wurden, spiegeln sich im musikalischen Spiel wider. Die Musiktherapie kann jedoch ermöglichen, dass das, was im körperlichen Leid dieser Menschen sprachlos geworden ist, wieder zum Vorschein kommt.

Am Beispiel der 49-jährigen Frau Anne, die seit 20 Jahren unter Kopfschmerzen leidet, schildert Tüpker u. a. das Nicht-Fließen des musikalischen Spieles mit ihr. Frau Anne spielt zwar bereitwillig, weil sie sich von der Therapeutin helfen lassen will, aber die Musik ist nicht im Fluss. Das Instrument wird ganz kurz gespielt, Frau Anne hört ratlos auf. Auch Einfälle zu der Musik hat sie nicht. Tüpker stellt sich die Frage, „War das nun Musik?“ (Tüpker 1996b, 17). Ist das das Seelische der Patientin, wobei dieses Nichts sich weiterhin in mehreren Varianten und Gestaltungen zeigt? Tüpker meint, dass man sich darauf verlassen sollte, dass das Seelische immer einen Ausdruck findet und dass es die „Grundtendenz des Seelischen ist, sich überall breit zu machen“ (ebd.). Das Seelische entfaltet sich in Variationen. Tüpker vergleicht diesen Vorgang mit den Variationswerken in der Musik. Die Wiederholungen ein und derselben musikalischen Gestalt ermöglichen, dass man immer wieder neue Bedeutungen dieser Gestalt gewinnt. In der Musiktherapie kann man die Variationsformen, den Wechsel vom Sprechen und Spielen, eigene Musik anhören und wieder darüber sprechen, gegenüberstellen (Tüpker 1996b).

Bei Frau Anne verwendet Tüpker diese methodische Vorgehensweise. Frau Anne hat nichts zu erzählen. Sie berichtet nur von einem Wiederholungstraum, in dem sie am Ende runter fällt und tot ist. Sie wacht mit dem Schrei „Mama“ auf. Zu diesem Traum kann sie aber auch nichts weiteres sagen. Tüpker schlägt nun vor, über diesen Traum zu spielen. Wichtig dabei ist, dass es hier nicht um den ‚Ausdruck der Gefühle des Traumes‘ oder um eine ‚Weiterführung‘ gehen soll, weil die

Patientin nichts empfindet oder fortführen kann. Die Aufforderung ist mehr als eine technische Anweisung zu verstehen. Die Musik, die entsteht, ist nachdenklich, ohne Dramatik und ein „Zusammenhang zu dem verdichteten Schrecken der Traum-erzählung taucht weder klanglich“ noch in der Gegenübertragung der Therapeutin auf. Zu der Musik hat Frau Anne weder Einfälle noch Eindrücke. Tüpker schlägt vor, die Aufnahme anzuhören und darauf zu achten, ob irgendwelche Bilder dazu auftauchen. Frau Anne ist beim Hören bewegt und erzählt nun von einem Bild, das sie beim Zuhören der Musik gesehen habe, „wie sie hinter dem Sarg ihrer Mutter herging.“ Sie weint und erzählt, dass „ihr beim Hören der Musik zunächst nur die Augen geflattert seien, ohne dass sie gewusst habe, was das nun solle (...)“ (Tüpker 1996b, 18) “. Dann habe sie dieses Bild gehabt. Frau Anne wirkt jetzt verändert, ihre Erzählungen und die Art und Weise wie sie erzählt, stimmen erstmalig für die Therapeutin überein.

Es stellt sich heraus, dass die Mutter von Frau Anne an „gebrochenem Herzen“ gestorben sei, wie sie berichtet. Mit der Mutter ist ihre letzte Vertraute verstorben, „bei der sie sich geborgen fühlte und sprechen konnte.“ Sie konnte aber nie trauern, weil ihre Umgebung kein Verständnis für ihre intensiven Gefühle aufbringen konnte. Für die Umgebung ist es etwas Selbstverständliches, dass die Mütter sterben, wenn sie älter sind. Das ist kein Anlass für besondere Trauergefühle. Für Frau Anne wäre das „unberechtigte“ Erleben dieser Trauer (weil die Umgebung dies nicht in dieser Form akzeptieren würde) gleich einem „fundamentalen Nein-Sagen“. Und das ist ihr unmöglich.

Tüpker weist darauf hin, dass der Tod der Mutter nicht die Ursache für ihre Kopfschmerzen sei. Sie sieht als Ursache „ein komplexes Gefüge von Verschiedenem“ im Seelischen.

Es wird deutlich, dass die selbstbeklagte Unfähigkeit, ‚nein‘ sagen zu können, nicht nur auf das bloße Problem des praktischen Handlungsvollzuges zurückzuführen ist, sondern darauf, dass Frau Anne einen Zweifel an der Berechtigung des eigenen Erlebens hat, weil es sich vom Erleben anderer unterscheidet.

Für Tüpker ist es wichtig, dass mit dem Auftauchen dieses Bildes eine „wesentliche Wandlung in dieser Behandlung“ stattgefunden hat. Frau Anne ist aus der Starre erwacht, in der sie nur ihre Schmerzen empfunden hat. Trotz ihrer Trauer spürt sie eine Erleichterung und auf dieser Basis kann ein anderer Sinnzusammenhang im Seelischen entstehen.

Die Musik bietet einen Raum für das Seelische, in dem es sich frei entfalten kann. Nach Tüpker können die Handlung und das Material des musikalischen Spiels die Leere des „Hohlraumes“, der um die Wahrnehmungen und Empfindungen dieser Patienten herum entstanden ist, in Schwingung versetzen (Tüpker 1996b).

Schlussfolgerungen

Wie die Ausführungen Salbers gezeigt haben, besitzt der seelische Augenblick ein „Zwischenreich“, in dem vielfältige Gestaltverrückungen und Gestaltentfaltungen im Vordergrund stehen. Der Augenblick wird von uns nicht wahrgenommen, obwohl er seine Wirksamkeiten über unser Tun und Fühlen ausbreitet. Die Zerdehnung des Augenblicks in der Behandlung ermöglicht uns, die unzugänglichen Wege des seelischen Augenblicks zugänglich zu machen. Die klinische Behandlung beschäftigt sich somit mit der Behandlung des „Zwischenreiches“ des seelischen Augenblicks, indem sie ihn über den gesamten Therapieverlauf zerdehnt.

Es hat sich herausgestellt, dass sich der seelische Augenblick des psychosomatischen Patienten in paradoxen Gegenbewegungen zeigt, die durch ihren Schmerz und ihren Symptomdruck bedingt sind. Zwei Paradoxien – „Das Über-volle erschafft eine Leere“ und „Abbruch der Beziehungen – Fixierung auf die Beziehungen“ – weisen auf den verdichteten „Krisen-Augenblick“ der Psychosomatiker hin, auf den Augenblick, der einer Zerdehnung bedarf.

Die dritte Perspektive hat den Augenblick in der Musik beleuchtet. Es hat sich gezeigt, dass die Musik ihren Ablauf nur in einem gegenwärtigen Augenblick hat, den man als zerdehnten „Musik-Augenblick“ erfassen kann. Hier wird erkennbar, dass die Entfaltung der Zerdehnung des Augenblicks, die Salber im Kontext mit der klinischen Behandlung dargestellt hat, in der musiktherapeutischen Improvisation, in ihrem Ablauf bereits enthalten ist. Die in den Fallvignetten beschriebenen psychosomatischen Patienten haben somit die Möglichkeit, den seelischen Augenblick in einer zerdehnten Form zu erleben. Dadurch wird in der musikalischen Improvisation eine Gegenbewegung zu dem verdichteten, auf den Schmerzen und Symptomen bezogenen, erstarrten Seelischen geschaffen. Die Zerdehnung des Augenblicks in der Gegenwart der Musik ermöglicht somit, dass die Patienten ihre nicht mehr wahrnehmbaren, unzugänglich gewordenen seelischen Formenbildungen selbst bemerken, als Probleme oder Lösungschance benennen und sich damit auseinandersetzen können.

Literatur:

- Glatzel, J. (2000): Vom Verhältnis des schmerzlichen zum melancholischen Erleben. Bei der Lektüre einiger Gedichte Storms. In: Von Engelhardt, D. (Hrsg.), Gerik, H.-J. (Hrsg.), Pressler, G. (Hrsg.), Schmitt, W. (Hrsg.): Schmerz in Wissenschaft, Kunst und Literatur. Hürtgenwald
- Grootaers, F. G. (1994): Fünf Vorträge über Musiktherapie und Morphologie in der Psychosomatik/Institut für Musiktherapie und Morphologie. Forschungsbericht. Materialien zur Morphologie der Musiktherapie, Heft 6
- Kierkegaard, S. (1956): Entweder/Oder. Erster Teil. Düsseldorf. Übersetzt von Emanuel Hirsch
- Kleiber, M. (WS/1988/89): Der Augenblick: Ästhetisch – ethisch. Zu einem anthropologischen Grundthema bei S. Kierkegaard,. <http://markokleiber.tripod.com/index-6.html>: Hochschule für Philosophie, Philosophische Fakultät, München, Masterarbeit zur Erlangung des Magister Artium
- Ökumenischer Pilgerweg e. V.: Psychophysiologische Dimension: <http://www.oekumenischer-pilgerweg.de/projektpsych.html>
- Pontalis, J.-B. (1998): Zwischen Traum und Schmerz. Frankfurt am Main Editions Gallimard, Paris
- Redaktion, D. (Hrsg.) (2004): Duden – Synonymwörterbuch der deutschen Sprache. Mannheim
- Salber, W. (1980): Konstruktion psychologischer Behandlung. Bonn
- Tüpker, R. (1996a): Ich singe, was ich nicht sagen kann. Münster
- Tüpker, R. (1996b): Nichts ist ohne Grund. In: Tüpker, R. (Hrsg.): Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis und Forschung. Münster
- Wunschel, A. (2004): Schmerz. In: Menschen, Nr. 1
- Shushanik Sukiasyan, Diplom-Musiktherapeutin, Diplom-Musikwissenschaftlerin, Allensteiner Str. 5, 50735 Köln, schuschan@yahoo.de

Ein Experiment mit Folgen Zur Dynamik einer musiktherapeutisch-schöpferischen Formlosigkeit

An Experiment with Consequence The Dynamics of Creative Formlessness in the Music Therapy Setting

Nicola Nawe, Hamburg

Der Begriff des Ungeformten im potentiellen Raum aus der Psychoanalyse nach D. W. Winnicott trägt zahlreiche Verständnismöglichkeiten für die Ausbreitung und Rekonstruktion psychischer Strukturen in der musiktherapeutischen Behandlung in sich. Anhand eines integrierten Fallbeispiels aus der Kindermusiktherapie werden diese Verwandtschaften hergeleitet. Dem Entstehen von neuen tragfähigen Strukturen des Kindes durch das reale Hantieren mit ungeformten Materialien wird dabei ein besonderer Stellenwert eingeräumt, insbesondere durch die Fokussierung atmosphärischer und beziehungsorientierter Dimensionen des potentiellen Raumes.

Drawing from D. W. Winnicott's psychoanalytic theories, the concepts of the unformed in potential space supports numerous possibilities in understanding the propagation and reconstruction of psychic structures in music therapy treatment. An integrated case study from the field of pediatric music therapy demonstrates this relationship. Special emphasis is placed on new and sustainable structures, through the actual handling of unformed material, when focusing on atmospheric and relationship oriented dimensions of potential space.

I. Umriss

Das Thema des diesjährigen Jahrbuches inspiriert: Es lädt' ein zum Assoziieren und Nachdenken über musiktherapeutische Räume und Inhalte, über Schöpferisches und Einengendes im gemeinsamen Spiel sowie über verwandte theoretische Bezugssysteme, die das Verständnis solcher Prozesse in der Musiktherapie begleiten können. Das im Zentrum stehende Beispiel aus einer Kindermusiktherapie benutzt vorübergehend räumliche Erweiterungen durch das Einbeziehen anderer Räume, die sich um das Zentrum des musiktherapeutischen Settings gruppieren. Es zeigt weiterhin, dass die Verankerung der musiktherapeutischen Arbeit im schulischen Rahmen auch Behandlungsmöglichkeiten für eben die Kinder beinhaltet,

deren strukturelle Verfassung sowie deren Möglichkeiten zur Reflexion und Verbalisierung den Bedingungen einer ambulanten finanzierten Therapie oftmals nicht standhalten können. Vorgestellt wird hier die Arbeit in einem Bereich, in dem es um auftauchende Persönlichkeitsstrukturen und grundlegende Erfahrungen von intersubjektiver Bezogenheit auf der Grundlage eines erweiterten musiktherapeutischen Konzeptes geht. Als theoretisches Bezugssystem bildet die Psychoanalyse nach D. W. Winnicott dabei eine unschätzbare Erkenntnisquelle. Sein Begriff der „Formlosigkeit“ oder des „Ungeformten“ soll hier als Konzept angewendet werden, das über eine geläufige Verwendung des Begriffes vom Übergangsobjekt/-phänomen weit hinaus geht. Die prozesshaften und atmosphärischen Qualitäten des von Winnicott formulierten Bereiches des „Ungeformten“ können für die Strukturbildungen im musiktherapeutischen Feld nutzbar gemacht werden. Ein solcher Prozess konnte mit Britta durchlaufen werden.

Rahmenbedingungen für das Praxisbeispiel

1. Rahmung: Orte und Räume

Die musiktherapeutische Begleitung von Britta ist in den schulischen Vormittag integriert und findet einmal wöchentlich zu regelmäßiger Uhrzeit statt. An Brittas Schule werden verhaltensauffällige, sprach- und lernbehinderte Kinder integrativ beschult, sodass sie keine entsprechende Sonderschule besuchen müssen. Ob Brittas Problematik in einen dieser drei Bereiche fällt, muss zunächst nicht festgelegt werden – ihre von Anfang an bestehenden Schwierigkeiten, sich in einer schulischen, sozialen und regelmäßigen Struktur zurechtzufinden zeigen jedoch sehr bald, dass sie andere Räume braucht. Räume, die ihren Lernschwierigkeiten zunächst außerhalb von Lernsituationen begegnen können, die alternative Strukturen neben schulischer Form und Formalisierung bieten und die zunächst einen geschlossenen Ort im „offenen Raum Schule“ gewährleisten. An Brittas Schule gibt es einen so genannten Ressourcenpool, in dem ein (wenn auch sehr begrenztes) wöchentliches Stundenangebot besteht, solche Beziehungsräume herzustellen. Der Vorrat an diesen Stunden ist sehr begrenzt und kommt dem Bedarf einer solchen integrativen Schule längst nicht nach; er ist jedoch für Britta vorhanden und kann uns einen (immer wieder zu schützenden) Raum bieten, Brittas Problematik gemeinsam zu erforschen und zu begleiten. Weiterhin obliegt es in diesem Rahmen meinem Entscheidungsspielraum, wie lange so ein Prozess laufen kann und muss. Für Britta sollte es eine lange Zeit werden. In dem hier vorgestellten fünfstündigen Ausschnitt aus der Einzelmusiktherapie mit Britta (48.–52. Stunde) nutzt sie weitere Räumlichkeiten der Schule zur Inszenierung ihres Anliegens, sodass wir hier viel in Bewegung sind zwischen Küche, Bad und Therapieraum. Der Musiktherapieraum wird jedoch als (inneres) Zentrum nie verlassen und immer wieder verwendet als ein Ort, an dem noch nicht Integriertes verbunden werden kann und Neues seinen Ausgangspunkt findet. Dieses Grundmerkmal eines therapeu-

tischen Prozesses wird in der Therapie mit Britta zu einem realen Handlungsge-
schehen: durch die Öffnung des Raumes nach außen und die Hinwendung zu Un-
integriertem und Formbarem nach innen anhand musikalischer Mittel und realer
ungeformter Materialien.

2. Rahmung: Beziehungsgrund

Britta ist acht Jahre alt geworden, als sie zur ersten Musiktherapiestunde kommt. Sie nimmt diese Stunde von Anfang an außerordentlich ernst und hält sie verbindlich ein. Sie überrascht uns alle immer wieder mit einem phänomenalen Gedächtnis. Das Erinnern eines wöchentlichen Termins: eine Kleinigkeit für sie. Umgekehrt erfordert es große Verbindlichkeit auf meiner Seite und macht es im späteren Verlauf der Therapie immer wieder nötig, individuelle Wege zur Sicherung der Beziehungskontinuität abseits des Stundenplanes und der Ferienzeiten zu erfinden. Britta ist ein ausgesprochen lebhaftes und Energie geladenes Mädchen, sprachlich sehr differenziert, mit einem an ihrem Alter gemessenen ungewöhnlich reifen und erwachsenen Wortschatz.

Britta ist die jüngste Tochter einer schwedischen, sehr arbeits- und leistungsorientierten Familie. Sie ist in Deutschland geboren und hat eine ältere Schwester, mit der sie eine Beziehung heftigster Eifersucht verbindet. Brittas erste drei Lebensjahre standen nahezu ununterbrochen unter den Bedingungen einer Organerkrankung im Bereich der Ausscheidungsorgane einschließlich unzähliger Krankenhausaufenthalte und schmerzhafter Behandlungsmaßnahmen. Britta und ihre Mutter erscheinen rückwirkend in den Erzählungen der Mutter als sehr wenig unterstützt in diesen Jahren. Die weiteren Personen des engen Paar- und Familiengefüges waren zwar anwesend, konnten die Verzweiflung und Hilflosigkeit jedoch nicht halten und reagierten mit Abwendung. Brittas Reaktionen auf diese verwirrenden frühen Beziehungserfahrungen führten zu einer zunehmenden Angst- und Vermeidungshaltung bei all diesen Untersuchungen. Ihr Verhältnis zu den eigenen Ausscheidungsfunktionen und ihr allgemeiner Weltbezug entwickelten sich immer mehr unter dem Zwang etwas hergeben zu müssen. Inzwischen konnte im Zusammenhang mit regelmäßiger Medikamenteneinnahme eine deutliche körperliche Stabilisierung Brittas erreicht werden.

Seit Beginn ihrer Schulzeit zeigte Britta ein erhebliches Maß an Schwierigkeiten sich „einzulassen“: Einlassen auf einen Lerninhalt, eine verbindliche Beziehung zu ihrer Lehrerin, auf eine Regel, eine Freundschaft. Regelmäßige und laute Wein- und Schreianfälle begleiteten zunächst jede Form der kleinsten Beanspruchung Brittas, einhergehend mit heftigen Beschimpfungen anderer Personen. Auch in ruhigeren Momenten erweckte Britta den Anschein, als würde es ihr körperliches Unbehagen bereiten, die Gedanken oder Intentionen eines anderen Menschen zu realisieren oder eine klare Abmachung zu akzeptieren. Viel Zeit verbrachte sie mit Fantasien,

eine andere Person oder Figur zu sein (eine sicherlich reale Entsprechung ihres inneren Erlebens mit dissoziativen Anteilen). Die Brüchigkeit und Unruhe in ihrer gesamten Persönlichkeit waren unmittelbar erlebbar bereits in kurzen Gesprächen mit ihr.

Manipulationen sowie musikalische Wiederbelebungen von zunächst unstillbaren Wünschen nach Bewunderung und Akzeptanz waren die Grundthemen der ersten Zeit in der Therapie mit Britta. Manipuliert wurde die Therapeutin: „Frau Nawe, du darfst das nicht, setz’ dich hier hin, leg’ die Gitarre weg, stell’ keine Fragen, mach’ keine Töne!“ – verbunden mit Gegenübertragungsimpulsen namenloser Wut über die Beschneidung meines Handlungsspielraumes. Zarte Spielimpulse wurden anfänglich noch im Keim erstickt und umgelenkt. Sehr bald wurde klar, dass wir uns auf einer Gratwanderung befanden: zwischen der Notwendigkeit einer Stabilisierung Brittas im Hinblick auf die realen traumatischen Anteile ihrer Geschichte sowie einer adäquaten Resonanz auf die „überschäumende“ konflikt-hafte Übertragungsdynamik. Das Ineinander dieser beiden Bereiche ist ein charakteristisches Spannungsfeld in der Arbeit mit traumatisierten Kindern dieser Altersstufe und bedarf eines besonderen Augenmerks. Verlässliche und Halt gebende Bestandteile fast aller Stunden waren Brittas Auftritte auf einer imaginären Bühne, auf der sie (kreativ und differenziert) bekannte Lieder imitierte oder eigene Texte und Melodien entwarf. An diesen Auftritten durften nach und nach erste Keime eines Wunsches nach „gemeint sein und gesehen werden“ gefühlt und geäußert werden, verbunden mit ersten Wagnissen ihrerseits, auch mich als Person „sein zu lassen“: „Jetzt verstehe ich, Frau Nawe: Du *willst* da sitzen, nicht wahr?“. Eine erste Stabilisierung bahnte sich an (über den Zeitraum von fast einem Jahr) und konnte zu der zentralen Episode führen, die Gegenstand der Diskussion werden soll. Das „Experiment mit Wasser“, das uns auf ganz sinn-nahe und sinn-volle Weise in den Bereich des Ungeformten (Winnicott 1974) und *noch* nicht Strukturierten führte, sollte bald nach einer Ferienzeit beginnen. Sinn-voll in dem Sinne, dass Brittas Inszenierungen im Bereich des Ungeformten im direkten Zusammenhang mit ihren eigenen „Wasser-Organen“ standen. In der vorangehenden Ferienpause bekam ich erstmals viele Briefe von ihr, mit denen sie die wachsende innere Verbindung zwischen uns signalisierte und gleichfalls immer wieder bekräftigte. Die Akzeptanz und die Nutzung eines sozial vereinbarten „Verbindungssystems“ (Versenden von Mitteilungen gegen Entgelt) waren ein großer Schritt für sie und rückte unsere Beziehung ein wenig mehr in den Bereich des Realen und damit in den Bereich des Begreifbaren.

3. *Rahmung: Begreifbare Begriffe*

Bei dem Begriff der Formlosigkeit handelt es sich um einen – im Vergleich zu dem Übergangsobjekt – weniger geläufigen Aspekt der Theoriebildung Winnicotts. Beide Begriffe stehen jedoch in einem engen inneren Zusammenhang. Winnicott spricht anfänglich von einem „Bereich des Ungeformten“ (Winnicott 1974). Damit

ist ein menschlicher Erfahrungsbereich gemeint, der sowohl als früher kindlicher Entwicklungszustand sowie auch als eine das Leben begleitende schöpferische Dimension erhebliche Relevanz für das gesamte Menschsein hat. In der Sekundärliteratur wird vielfach auch der Begriff der „Formlosigkeit“ verwendet (vgl. Busch 1992, Neubaur 1987). Er betont zunächst eine Situation der Abwesenheit von Struktur und Differenzierung. Die Formulierung eines Ungeformten (z. B. im Bereich wachsender Selbst- und Objektrepräsentanzen) akzentuiert hingegen einen sich entwickelnden Bereich: Ein „Noch-nicht-Geformtes“, welches unzählige Möglichkeiten zur Differenzierung und Unterscheidung bietet – und Offenheit für individuelle Strukturbildung.

In einem seiner Fallbeispiele beschreibt Winnicott: „Ein Zustand des Materials, bevor es gemustert, verschnitten, in eine Form gebracht und zusammengefügt wird“ (Winnicott 1974, 44). Neubaur (1987, 85) schlägt als weitere Formulierung das Bild einer „Flüssigkeit der Realität“ vor. Die Verbindung zum vorgestaltlichen atmosphärischen Bereich deutet sich hier bereits an, so betont Weymann (2005, 238): „Atmosphäre hat also im direkten wie im übertragenen Sinne etwas mit dem wässrig-luftigen Element (...) zu tun“.

Der Begriff eines Noch-nicht-Geformten in all seinen unzähligen Möglichkeiten ist charakteristisch für Winnicotts ressourcenorientierten Entwicklungsbegriff, welcher sein gesamtes Werk durchzieht. Der so genannte „potentielle Raum“ (Winnicott 1974) als Raum der Möglichkeiten wurde darin zu einer zentralen theoretischen und therapeutischen Kategorie (vgl. Neubaur 1987, 28). Er bildet einen übergeordneten Bezugspunkt für die Phänomene der Übergangsobjekte und den Bereich des Ungeformten. Aus diesem Grund soll der potentielle Raum hier in seiner Relevanz für das Ungeformte in der Musiktherapie und für den vorgestellten Praxisausschnitt umrissen werden, bevor seine Anwendung am Konkreten erfolgen kann.

Der potentielle Raum und das Ungeformte

Der „potentielle Raum“ oder „potentielle Raum“ (vgl. Busch 1992) ist zunächst ein mentaler Raum oder eine intrapsychische Dimension (vgl. Busch 1992, 172). Konkreter lässt er sich erfassen als ein innerer Vorstellungsraum, in dem verschiedene psychische Inhalte in einem beweglichen Prozess miteinander verbunden werden können. Repräsentanzen der inneren und äußeren Welt können hier unterschieden werden und es findet ein ununterbrochener Prozess der Kreation neuer Verbindungen statt; eine „Unendlichkeit der Variationen menschlichen Lebens“ (Busch 1992, 174) – als Gegenpol zu Spaltung und Eindimensionalität. Ogden (1997) charakterisiert den potentiellen Raum auch als einen „Gemütszustand“ (vgl. ebd. 1), vielleicht auch als Stimmungsraum zu benennen. Die Betonung dieser Stimmungsqualität sei hier bereits hervorgehoben, da sie eine zentrale Verbindung zu dem atmosphärischen Raum der musiktherapeutischen Improvisation beinhaltet (siehe

unten). Der potentielle Raum ist eine Metapher für einen Erfahrungsbereich, in dem noch nicht Innen *oder* Außen bzw. Ich *oder* der Andere“ unterschieden werden muss. Es ist vielmehr ein Zwischenraum, der Elemente gegensätzlicher Qualität verbinden und halten kann und in dieser Offenheit neu geschaffenen Formen ihren Lebensraum gibt.

„Wir erfahren das Leben im Bereich der Übergangsphänomene, in der aufregenden Verflechtung von Subjektivität und objektiver Beobachtung und in einem Bereich, der zwischen innerer Realität des Einzelmenschen und wahrnehmbarer Realität außerhalb des Individuums angesiedelt ist.“ (Winnicott 1974, 76). Weymann verknüpft diesen Zwischenbereich mit dem Begriff des Atmosphärischen: „(...) der charakteristische Zwischenstatus zwischen Innen und Außen, Objekt und Subjekt, wie wir ihn zuvor für den Atmosphärenbegriff ausgeführt haben“ (Weymann 2005, 246). Zum Ausbalancieren dieser Verflechtung polarer Bereiche bedarf es Offenheit und Weite. Die zeitliche Dimension dieses Raumes wird durch die Aspekte „Warten-Können“ und „Innehalten vor zu schneller Festlegung“ markiert. Das Fehlen einer solchen zeitlichen Dimension ist charakteristisch für Fixierungen oder zwanghafte Vorgänge im Bereich der Abwehrmechanismen (vgl. Ogden 1997, 2).

Der metaphorische potentielle Raum ist auch als sehr realer, atmosphärischer Zwischenbereich erfahrbar. Als Einigungsbereich zwischen zwei (oder mehreren) Menschen, in dem neue, symbolisierende Bedeutungen geschaffen werden, die nur aus dieser unverwechselbaren Beziehung erwachsen können, beinhaltet er eine große Nähe zu moderneren Begrifflichkeiten wie etwa dem „intersubjektiven Feld“ als Zwischen- und Verbindungsraum, in dem der therapeutische Prozess anzusiedeln ist (vgl. Stolorow et. al. 1996, Gindl 2002).

In diesem Zwischenbereich können die Übergangsphänomene als „materielle Verdichtungen“ des metaphorischen Raumes in Erscheinung treten. Die Übergangsobjekte sind oftmals als Gegenstände mit einer bestimmten Bedeutung für das Kind um ihre eigentliche Dimension der Beweglichkeit verkürzt worden. Aus einer musiktherapeutischen Perspektive soll in diesem Fallbeispiel ein ausdrücklich prozesshaftes Verständnis der Übergangsphänomene herangezogen werden. Es sind z. B. nicht der Teddy oder die Trommel als Objekte, die für die Trennung zwischen Kind und zentraler Bezugsperson bzw. für die abwesende Person stehen; vielmehr sind sie Begleiter im offenen Zwischenbereich von innen und außen, mit denen sich diese Unterscheidung und Trennung von Ich und Nicht-Ich erst herauszubilden vermag. Wenn ein Kind zwischen zwei Therapiestunden eine Triangel ausleihen möchte, die die Therapeutin soeben in einer gemeinsamen Improvisation gespielt hat, steht dieses Instrument weniger für die Person der Therapeutin, sondern vielmehr für den unverwechselbaren Einigungsprozess und die Beziehungsqualität, die der Triangel anhaften. Dieser Einigungsprozess ist vom Kind mit-erschaffen. Somit handelt es sich bei dem Umgang mit Übergangsphänomenen auch um die ersten Verdichtungen der Erfahrung der Urheberschaft (vgl. Stern 1993).

Der Klang der eigenen Stimme als das eigentliche Übergangsphänomen (vgl. Niedecken 1988, 103) vermittelt diese prozessbezogene Dimension im noch ungeformten Zwischenbereich besonders deutlich. Wahrnehmbar als körperliches Ereignis (innen) sowie als Geräusch von außen bildet sich eine polare Verschränkung ab, aus der sich erst nach und nach eine stabilere Unterscheidung von Innen und Außen ergeben kann. Der potentielle Raum (wenn es ihn denn in ausreichendem Maße geben darf) ist demnach auch ein Bereich, in dem solche polaren Verflechtungen in einer noch ungeformten, pendelnden Schwebelage gehalten werden und sich im Tempo des Kindes differenzieren dürfen. Es finden dabei noch oft Verwechslungen statt – ungeachtet aller Kompetenzen des Säuglings zur amodalen Wahrnehmung und seines grundsätzlichen Gewährseins einer physischen Kohärenz (vgl. Stern 1993). Ist z. B. das Geräusch beim zufälligen Schlagen auf den Rand des Bettchens ein Selbstgeschaffenes oder ein Klang der dinglichen Umwelt? An solchen unzähligen kleinen Erlebnissen konturiert sich nach und nach der Weltbezug des Kindes und beinhaltet im Rahmen eines „good-enough“ das wachsende Erleben, in Verbindung zu sein und Einfluss nehmen zu können auf die umgebende Welt. Diese Möglichkeit zur Unterscheidung von innen und außen war für Britta in Bezug auf das Loslassen von Körperinhalt stark überformt und gestaltete sich unter dem Primat von Schmerzen und Zwang.

In einer ausreichend guten frühen Umgebung jedoch ist damit auch immer die vorübergehende (und im Hinblick auf Kreativität notwendige) Möglichkeit zur Illusion vorhanden, den Teddy, das Geräusch oder das Fläschchen selbst erschaffen zu haben. Diese „geglückte Illusion“ (Schäfer 1986, 55) markiert, „daß das, was soeben gefunden und geschaffen wurde, mit dem identisch ist, was das Kind im Augenblick in sich vorfindet“ (ebd. 55 f.). Darin liegt ein spannungsreicher Doppelsinn. Im Hinblick auf diese paradoxe oder doppelsinnige Qualität des potentiellen Raumes ist vielfach auch die Übersetzung als „Spannungsbereich“ vorgeschlagen worden (vgl. Busch 1992, 172). Weymann (2005, 244) formuliert diesen Spannungsraum im Hinblick auf die musiktherapeutische Improvisation: „Es ist dies die Spannung zwischen Finden/Gefunden-Werden und Machen/Produzieren, die der Improvisation ihre Relevanz im aktuellen Moment verleiht“.

Der atmosphärische Begriff des „Ungeformten“ wird nun ersichtlich als die eigentliche atmosphärische Qualität des potentiellen Raumes und seiner Übergangsphänomene. Wenn im intersubjektiven Feld der therapeutischen Beziehung mit realen Elementen gearbeitet und strukturiert wird, können gleichzeitig Formungs- und Rekonstruktionsprozesse in der intrapsychischen Dimension des potentiellen Raumes stattfinden. In Bezug auf die klinische Relevanz des Ungeformten formuliert Neubaur in Anlehnung an Winnicott: „Es ist geradezu ein therapeutisches Ziel, die Patientin zurückzubringen in die Verbindung mit Formlosigkeit, mit anderen Worten, ihr ihre Kompetenz zur Weltkonstruktion zurückzugeben. (...) nur solange man von dieser Ausgangslage nicht abgeschnitten ist, hat man seine Kompetenz“ (Neubaur 1987, 33). Hier ist man an viele idealtypische Formulierungen erinnert, die das Werk Winni-

cotts durchziehen, da er sich in einem verhältnismäßig geringen Umfang zu den Abwehrmechanismen geäußert hat. Das eben Beschriebene kann aber nur als wirkliches therapeutisches Ziel aufscheinen, wenn die Kränkungen, Beziehungsverletzungen und bedrängenden Atmosphären des Kindes sich ausbreiten, gehalten und integriert werden können, welche mit dem jeweils subjektiven primären Ungeformten assoziiert sind. Die Wiederaneignung der eigenen Einflussnahme steht dann mehr am Ende eines solchen Weges. Umgekehrt findet sich hierin auch die Andeutung, dass zu frühe und starre Form- oder Musterbildungen als Abwehrformation gegen den durchaus auch beängstigenden Charakter des „unendlichen Erfahrungspotentiales“ verstanden werden können. Dieses Potential kann sich als solches nur realisieren im polaren Gegenüber einer strukturierenden und haltenden Umwelt.

An dieser Stelle sollen nun die theoretischen Überlegungen verlassen werden und einer Anwendung zugänglich gemacht werden: Brittas Ein- und Auftauchen in den musikalischen und dinglichen Beziehungsraum des Ungeformten.

II. Experiment mit Folgen

Ein Experiment mit Wasser

48. Stunde:

Britta begrüßt mich: „Wir machen heute ein Experiment mit Wasser!“ Eine kleine Hand schiebt sich schüchtern in meine und wir gehen los unsere Materialien zu suchen. Ein großer Eimer mit Wasser, zwei Gläser werden abgefüllt, kleine Papierfetzen hineingeworfen. Es wird hantiert und geplätschert.

Ein deutlicher aber nicht unangenehmer Schwebezustand, alles weich und zart. Mütterliche Resonanzen tauchen auf. Ich verstehe noch nicht ganz und begleite mit beschreibenden Worten. (Anmerkung: zur flüssigeren Lesbarkeit werden Gegenübertragungsanteile und atmosphärische Resonanzen im folgenden kursiv in den Text eingefügt). Weitere Elemente kommen hinzu, begleitet von einer affektiven Aufladung. Spielsteine und Holzspäne werden als imaginäres Suppenpulver eingerührt, eine Kerze entzündet und mit viel Spaß Wachs in die Suppe getropft. „Den Ekelkram machst du aber nachher alleine weg, Frau Nawe!“

Brittas Experiment führt uns direkt in den Bereich des Ungeformten. Verschiedene Elemente werden zunächst lose miteinander in Verbindung gebracht. Erste Verdichtungen zeigen sich in der Erhitzung des Waxes und dem Markieren kleinster Zusammenhalte (Wachstropfen) im Wasser. Gegensätzliche affektive Kerne treten bereits jetzt in Erscheinung. Zum einen vermitteln sich durch die Verflüssigung der Beziehungsatmosphäre Spuren von Halt gebenden Beziehungsrepräsentanzen, die bisher in der Komprimierung Brittas Persönlichkeit nicht verfügbar oder erkennbar waren. Damit im Konflikt liegen bereits jetzt deutliche Tendenzen, sich des

Ekels im Formlosen zu entledigen und auf mich als Gegenüber die Verantwortung dafür zu übertragen. Brittas Impuls von Entledigung des Ekels lässt diesen zunächst als bedrängende Selbstrepräsentanz erscheinen und weniger als vorübergehenden Affekt. In Bezug darauf ist die Identifikation des Materiales als „eklig“ ein erster Schritt zur Veräußerung, zur Distanzierung.

Britta experimentiert weiter und es mischen sich deutlich lustvolle Aspekte in ihr Hantieren hinein. Dazu singt sie kurze improvisierte Melodieausschnitte: „Unsere Suppe“, „heiß, heiß“ „Das Wasser platscht“. Sie lädt mich weiterhin ein darin mitzurühren. *Noch ist mir keine deutliche Richtung ersichtlich. Ich realisiere das Geschehen als sehr bedeutungsvoll, bin jedoch noch weit entfernt von einem reflektierenden Verstehen. Mir bleibt die Akzeptanz des Nicht-Verstehens und das Halten einer ungeordneten Situation. Als Nächstliegendes erscheint mir das Spielen und Singen mit Worten:* „Ich seh’ schon, das ist wichtig, was wir machen! „Kann länger dauern“ und: „Hab’s noch nicht ganz verstanden, aber du weißt ja, wie es geht!“ Ein langer Blick, eine szenische Einigung, ein Ruck ins Zentrum.

In Bezug auf eine adäquate Umgangsform mit dem Bereich des Ungeformten in der Therapie verweist Winnicott auf eine weitere Paradoxie. In dem vorschnellen Versuch, den Bereich des „Unsinn“ zu verstehen, liegt bereits eine Vernichtung dieses kreativen Bereiches und kann in den Bereich der Abwehr eingeordnet werden (vgl. Winnicott 1974, 68). Eine Haltung, nicht von vornherein einen roten Faden finden zu müssen, kann den Verstehensprozess erheblich vertiefen. Mit anderen Worten: In Phasen der atmosphärischen und dinglichen Formlosigkeit kann gerade das Halten des Unzusammenhängenden (manchmal auch Chaotischen) zum eigentlichen roten Faden werden. Dabei bedarf es einer besonderen Aufmerksamkeit, sich in der therapeutischen Rolle im Zustand des Nicht-Verstehens zu stabilisieren. Dieses wird erheblich erleichtert durch das reflexive Moment der Gewissheit, dass Ungeformtes eine Basis sein kann für erste Unterscheidungen und strukturelle Formungsprozesse.

In Bezug auf die Arbeit mit strukturell labilen Kindern muss diese Grundhaltung jedoch modifiziert werden. Sie kann nicht als durchgängige Arbeitsweise verwirklicht werden, sondern lebt in der Bezugnahme auf stabilisierende und Halt gebende Formen der Beziehungsarbeit. Das Erreichen erster Stufen der Strukturentwicklung zeigt sich dann oftmals gerade in den Impulsen des Kindes, den Therapeuten mit in den Bereich der Formlosigkeit hineinzunehmen. Die nach außen manifest werdende Regression im Bereich der „Ur-Substanzen“ kann dann in einer solchen Vorgehensweise in der Kindertherapie als Voranschreiten im Prozess verstanden werden; auf der Basis erster Erlebnisse von basaler Vertrauensbildung in der therapeutischen Beziehung.

Zum Abschluss dieser 48. Stunde wird die Schüssel mit Inhalt luftdicht verpackt und im Schrank aufbewahrt. Britta verlässt den Therapieraum mit den Worten: „Nächstes Mal kommt noch ein Experiment mit Musik dazu!“

Dicke, fette Töne

49. Stunde:

Britta geht unmittelbar an die weitere Verarbeitung „ihrer“ Suppe, die inzwischen bereits einen strengen Geruch angenommen hat. Von zu Hause hat sie Zutaten mitgebracht. Weiterrühren mit Zucker, Milch, Saft, Kaffeepulver. „Sieht aus, wie das was hinten rauskommt!“ stellt sie fest. „Na ja, das stinkt halt manchmal!“

Die damit in Verbindung stehende Regressionsneigung wertet Neubaur auch als „Interesse an Formlosigkeit“ (ebd. 34) und verweist darauf, dass sich Leid und psychische Störung oftmals gerade in einem solchen Abgeschnitten-Sein von einer ursprünglichen Formlosigkeit ereignen. Damit einher geht dann ein Abgeschnitten-Sein von der eigenen Schaffenskraft, das Formlose zu strukturieren und das Leid zu wenden (vgl. ebd.). Trotz invasiver Erfahrungen von Manipulation im Hinblick auf ihre entstehenden Strukturen konnte sich Britta diesen Zugang erhalten.

Mehr Wachs und mehr Kerzenrauch kommen hinzu und ich stelle fest: „Ein herrlich stinkendes Feuer haben wir da erfunden“. Gemeint ist das Erfinden, nicht das Stinken. Über diese Worte erreiche ich Britta und wir erleben eine noch tiefere Einigungsszene als in der vorherigen Stunde. Es geht weiter mit dem angekündigten Experiment mit Musik. Die von Britta oft gespielte Gitarre ist hierzu nicht dienlich: „Viel zu langweilig – wir brauchen dicke fette Töne“. Britta bittet mich an das Schlagzeug und dirigiert mich durch die einzelnen Bestandteile des Schlagzeugs. So kann sie das sich ausbreitende Geschehen steuern, der Überwältigung durch Großes, Lautes etwas entgegensetzen und die Wucht dessen zunächst auf mich übertragen. *Ich erlebe die Kraft, die darin liegt ebenso wie die Gratwanderung zwischen Stützen (indem ich Lautes halte) und Bedrohen (indem ich ihr Lautes zumute)*. Britta singt dazu frei erfundene Lieder, in denen es um die Wichtigkeit dieses Experimentes geht. Diese musikalischen Ereignisse können als erste prä-symbolische Zusammenfassungen in diesem speziellen Prozess gelten. Während die musikalischen Formen das Beziehungs- und Übertragungsgeschehen in seiner affektiven Dynamik weiter verarbeiten, markieren sie gleichermaßen ein Wechselspiel, das sorgfältig balanciert werden muss. Zum einen stehen die erfundenen musikalischen und auf das Material bezogenen Spielformen im Zusammenhang mit den durch Abwehr bedingten Projektionsmechanismen und der Auslagerung von Konflikten, um Brittas noch labiles Ich vor den offensichtlich auftauchenden Erinnerungen zu schützen; zum anderen handelt es sich um erste Distanzierungen im Sinne der Verarbeitung und um eine Erweiterung des potentiellen Raumes. Brittas Versuche, sich von den bedrängenden Impulsen zu befreien, werden in das Beziehungsfeld zwischen uns hinein verlängert, in den Materialien und Tönen erweitert und bearbeitet und können so in diesem erweiterten Raum zu neuer Formbildung führen. Dieser zweite Aspekt des Wechselspieles konnte in der Arbeit mit Britta zunehmend an Bedeutung gewinnen und fand eine stabile Stütze in Brittas Zugang

zum freien Erfinden von Liedern mit erlebnisbegleitenden Texten. In Gestalt des Feuers hat Brittas innere aggressive (brennende) Repräsentanzwelt einen Schritt gewagt hinaus aus der Fragmentierung hinein in den Einigungsraum zwischen uns. Die Angst, die mit dem Ausdrücken der Konflikte verbunden ist, hat in Britta einen leidenschaftlichen Gegenspieler: Ihre durch alle Belastungen hindurch ungebrochene kreative Ressource, mit der sie sich eine innere Verbindung zu ihrer eigenen Ungeformtheit erhalten konnte, wie belastet diese auch (gewesen) sein mag.

Wer ist die Hexe – du oder ich?

50. Stunde

Britta holt ihre mittlerweile unangenehm riechende Suppe aus dem Schrank und schaut nach, ob ein Monster darin sei. In einem Rollenspiel verwandelt sie uns in Hexenkind und Hexenmama *was einen heftigen und verwirrenden Schrecken bei mir auslöst*. Britta rührt jedoch mit viel Spaß und Gelächter in der undefinierbaren Masse herum. *Nach dem ersten Schrecken weitet sich die Atmosphäre wieder und das Spiel entwickelt sich in viele Richtungen*. Britta zeigt erste Frustrationstoleranz: „Na gut, dann eben nicht!“

Durch die Identifikation von Mutter und Tochter mit dem Bösen und Hexenartigen inszenieren sich Facetten der Atmosphäre, in der sich Brittas primärer Umgang mit dem Ungeformten ausgebreitet haben mag. Der damit in Verbindung stehende Schrecken und die Verwirrung können als direkte atmosphärische Mitteilungen verstanden werden. Es handelt sich dabei weniger um objektbezogene Übertragungsanteile, sondern vielmehr ebenfalls um eine gewisse Ungeformtheit in der Übertragung: der stimmungsbezogene und umfassende Gehalt der sich wiederholenden Beziehungsfacetten wird spürbar und kann Auskunft geben, wie das intersubjektive Feld beschaffen gewesen sein mag. Das Bedrängende in ihrem frühen Erleben vermischt sich nun mit der Angst, das Monströse läge in dem von ihr Produzierten selbst. In der Akzeptanz und Benennung eines solchen Monster- oder Hexenartigen in dem Hexenspiel kann nun angstfreier mit der Substanz hantiert werden. Die atmosphärische Weitung ist unmittelbar spürbar als Erleichterung, diese prägenden Prozesse in einen intersubjektiven Raum einfließen zu lassen. Die Stützpfeiler, die dazu nötig sind, markiert Britta in dieser Stunde durch musikalische Elemente in Gestalt von stabilisierenden Liedformen (Begrüßungs- und Abschiedslied), die unsere Arbeit seit langem begleiten.

Zwischen der 50. und 51. Stunde:

Die Suppe im Schrank verfolgt mich! Sie besetzt die Gedanken, die sich nur schwer abschütteln lassen. Der aktuelle Prozess mit Britta scheint mir grundlegend wichtig, trotzdem möchte ich die zähe Substanz loswerden. Diese Hartnäckigkeit vermittelt

mir die beklemmenden Atmosphären aus Brittas (früher) ungeformter Erfahrungswelt, die vorübergehend keine Distanzierungen zulassen. Alles scheint ernst, so ernst wie Brittas Umgang mit ihren eigenen Ausscheidungsvorgängen, der selten spielerisch sein durfte. Die tiefe Ambivalenz zwischen „Behalten und Loswerden“ liegt vorübergehend in mir, während Britta ihre Suppe zunehmend positiv besetzen kann.

51. Stunde:

Lange Begutachtung der Suppe. Ein prüfender Blick in meine Richtung, eine klare Ansage von Britta: „Nächste Stunde kommt die Suppe weg!“ Britta mischt weitere Zutaten hinein mit dem Wunsch, einen Keksteig herzustellen.

Eine erste Ahnung, aus dem eigenen Produkt etwas Genießbares und Verdaubares werden zu lassen taucht auf; doch die Unterscheidung zwischen lecker und eklig kann noch nicht gelingen. Als „Hexe Nawe“ werde ich an das Schlagzeug gerufen. Britta fordert mich wohlwollend auf, das „Experimentlied“ zu singen. Klare Rhythmen im Wechsel zwischen Vierteln und Achteln gefallen ihr: „Und die Basstrommel bitte nicht vergessen!“ Es rumpelt und scheppert und Britta freut sich sichtlich über meine Formulierungen über die stinkende Hexensuppe, die ich in ein improvisiertes Lied einarbeite. *Ein leichter Schauer in mir bei der Erfahrung, das beschädigte Formlose aussprechen zu dürfen und selbst dabei unbeschädigt zu bleiben. Es als Erste aussprechen, bevor Britta selbst dies wagen kann.* Was tut Britta währenddessen? Sie schafft Ordnung im Raum, deponiert ihre Suppe ein letztes Mal im Schrank: „Alles in Ordnung – bis zum nächsten Mal“. Deutliche Formimpulse setzen sich durch.

Veräußern und Verinnerlichen

52. Stunde

Ein reiferes Schulmädchen kommt zur Musiktherapie und schlenkert einen Beutel mit weiteren Zutaten. Ihr Plan ist klar: „Heute kommt die Suppe weg!“ In der Bestärkung ihres eigenen Mitwirkens am Zurückliegenden versuche ich eine Benennung: „Wie hast du es geschafft, so eine Stinkesuppe zu kochen?“ Britta strahlt mich an; sie sei Experte für Ekliges... und ein bisschen auch fürs Backen. Verabschiedet werden kann nun das beschmutzte Ungeformte, bleiben darf der eigene Impuls, etwas herzustellen, zu erschaffen, Einfluss nehmen zu können.

Eine erste Unterscheidung ist gelungen: Das Differenzieren zwischen dem Entstandenen als etwas Äußerem und dem Vorgang des eigenen Erschaffens als Inneres, Eigenes, das in andere Lebensbereiche mitgenommen werden kann.

In einem fast ritualartigen Vorgang tragen wir unser Produkt ins Bad. Während ich alles wegschütte, singt Britta selbst erstmals unser Experimentlied, in

dem das Wort „Ekel“ mehrmals auftreten darf. Hände waschen, tief durchatmen: „Gut, dass wir das los sind!“ Ein zarter Boden wächst, die verwirrende Formlosigkeit nicht länger ausschließlich in die eigene Repräsentanzwelt einlagern zu müssen, sondern sich davon zu distanzieren in einer Erinnerung, einer Form, einer Geschichte über das Ekelhafte.

Das Formen aus der Formlosigkeit kann demnach als ein Vorgang der Veräußerung charakterisiert werden, in dem bereits eine Spur eines reflexiven Momentes liegt (vgl. Neubaur 1987, 38). Dabei handelt es sich aber zunächst um eine präreflexive Funktion: Indem das eigene subjektive Tun eine Form aus dem Ungeformten erschafft, wird eine vergleichende Unterscheidung getroffen zwischen Form und Ungeformten. Diese Formen und wachsenden Strukturen im potentiellen Raum können in einem Vorgang der Verinnerlichung wiederum die innere Strukturbildung begleiten. Im typischen doppelsinnigen Denken Winnicotts handelt es sich hier um einen Prozess, in dem Veräußern und Verinnerlichen in einer wechselseitigen Durchdringung die intrapsychische Strukturbildung begleiten. Leidvolle Erfahrungen, die nun Geschichte und Erinnerung werden können und nicht mehr im schwer zugänglichen Bereich der Überwältigung alleine wirken müssen, können langsam in den Bereich der Einflussnahme zurück-übernommen werden. Dies zeigt sich insbesondere, als Britta meine Situationslieder als distanzierendes Strukturmoment in unserem gemeinsamen Raum übernimmt. Indem sie nun selbst über das Stinkende singen kann, stellt sie es in den Gegensatz zu einer Auflösung beim Eintauchen in das Formlose. Nach unserer Zeremonie ist es Britta ein wichtiges Anliegen, aus ihren Vorräten einen „richtigen“ Teig zu kneten: Eine ungeformte Masse, die gut riecht, probiert werden kann und mitgenommen wird, um am Nachmittag damit etwas zu backen. Eine erste Abgrenzung zwischen genießbaren und ungenießbaren Entdeckungen und eigenen Anteilen gelingt. Mit dieser Zuversicht kann Britta sich der Symbolisierung ihrer „Suppe“ im musikalischen Bereich zuwenden. Das nun entstehende Lied enthält eine Umdeutung von Bedrängendem, das sie ehemals *nicht* loswerden *konnte* zu einer Form, die sie behalten *will* als einen Aspekt eigener Urheberschaft. Es entsteht ein überraschend strukturiertes Lied, das kurzzeitig eine zweistimmige Melodieführung möglich macht und ein erstaunliches, mir bis dahin unbekanntes Gestaltungspotential hervorbringt. Britta beginnt mit der Gitarre:

„1, 2, 3, 4. Yeah, so beginnt das Stinke-Lied.

Mit A-Sachen, Fliegen und Gespenstern und hinten.

Frau Nawe singt mit! Jaja, jaja, jaja!

1, 2, 3 die Suppe stinkt“ (mehrfach wiederholt, auch zweistimmig)

(Übergang zur Conga)

„1, 2, 3 die Suppe stinkt, mit Trommeln gut garniert.

Stinkesuppenlied: Vorbei!“

Auf dem Tonträger bleibt nun symbolisch „konserviert“, was vormals keinen Beziehungs- und Einigungsraum kannte. Das Lied enthält zweierlei: die Inszenierung

einer prägenden frühen Atmosphäre sowie deren gleichzeitige Neuformulierung in einem intersubjektiven Einigungsraum – beides getragen in einer musikalisch differenzierten Strukturbildung. Die zentrale Erfahrung einer gemeinsamen Verständigung über das Unverbundene der schmerzhaften Beziehungserfahrungen wird als Bestandteil des Liedes besungen („Frau Nawe singt mit“) und rückt diese musikalische Gestalt in den Bereich einer symbolisierenden Form. Das Lied kann als Abschluss dieser thematischen Phase gesehen werden; in Bezug auf den Gesamtprozess bildete es eine entscheidende Zäsur und Markierung auf dem Weg zu einer tiefer gehenden Verarbeitung Brittas traumatischer Erfahrungen.

III. Differenzierungen

Andere Wege

Mit der ersten Formbildung im Bereich der belasteten und eindringlichen atmosphärischen Erinnerungen Brittas war ein erster Schritt auf dem langen Weg zur Herausbildung und Differenzierung stabilerer Selbstrepräsentanzen gewagt.

Nach dieser Wieder-Aneignung eines grundsätzlichen Gewährseins der eigenen Möglichkeiten zur Einflussnahme konnte Britta sich erneut aus einer viel konkreteren Perspektive ihren traumatischen Erfahrungen nähern. Sie ließ mich im Folgenden teilhaben an realen Erfahrungen und Erinnerungen über ihre körperlichen Beschwerden, insbesondere über die zum Teil sehr bedrückenden Bilder in Bezug auf schmerzhafte Untersuchungsmethoden. Immer wieder musste da gehalten, real verbunden, gewütet und getrauert werden um diese belastete Lebenszeit. Die symbolische Transformation der Formlosigkeit in Gestalt des Liedes über die Stinkesuppe tauchte nur noch flüchtig in den Spielthemen auf, war jedoch atmosphärisch in all den Rollenspielen präsent. Gesungen wurden hingegen Lieder über das Aufräumen, Sortieren und Bilanzieren.

Wiederkehr

Und dann, erneut nach einer längeren Ferienpause war eine neue Form des Ungeformten da: Ein leckeres Getränk, das Britta in der Schulküche aus verschiedenen Zutaten zusammenmischte und mit großem Stolz einem ausgewählten Kreis des pädagogischen Personals servieren konnte. Die ihr daraufhin entgegengebrachten positiven Würdigungen ihres Produktes konnten sicher bei ihr landen.

Die bisher hier entwickelten Gedanken sollen nun zitierend zusammengefasst werden, bevor sie auf den Bereich der Improvisation angewendet werden können: „Das Suchen kann nur aus zusammenhangloser, unstrukturierter psychischer Funktion oder aus rudimentärem Spielen entstehen (...). Nur hier in diesem unintegrierten Zustand kann das, was wir als kreativ beschreiben, in Erscheinung

treten. Wird es reflektiert – aber auch nur dann – so wird es Teil der strukturierten individuellen Persönlichkeit“ (Winnicott 1971, 76). Das hier betonte Reflektieren geht jedoch über eine erklärende Verbalisierung hinaus und ist grundlegender zu verstehen. Es handelt sich um die bereits oben beschriebene Haltung und Gewissheit, dass auch Unverbundenes und vorläufig Unsinniges durch vorübergehendes Halten des Unverständlichen verstehbar werden kann. Diese *Haltung* ist es, die das reflexive Moment in der Formlosigkeit ausmacht. Es kann sich – muss aber nicht – mit sprachlichen Reflexionen verbinden, die sich an dem strukturellen Niveau des Kindes ausrichten. Diese sprachlichen Anteile erfahren ihren reflektierenden Einfluss (anfänglich) weniger in erklärender Sprache, sondern in einer gemeinsamen Verständigung und Einigung darüber, dass Ungeformtes in einer Beziehung getragen und geformt werden kann.

Übergänge zur musiktherapeutischen Improvisation

Diese Einigungsprozesse über das Ungeformte finden in der musiktherapeutischen Improvisation einen heimatischen Ort – ebenso wie die grundsätzliche Repräsentanz des Ungeformten im speziellen Beziehungsfeld der Improvisation (vgl. Weymann 2005, 246 ff.). Das intersubjektive Feld kann hier in einer besonders beweglichen Gestalt angetroffen und erlebt werden.

Die abschließenden Gedankengänge verlassen nun den unmittelbaren Rahmen des Prozesses mit Britta und versuchen, einige Brückenschläge zwischen den erarbeiteten Eigenschaften des Ungeformten im potentiellen Raum und der musiktherapeutischen Improvisation herzustellen.

Das Ungeformte in einem offenen Beziehungsraum (s. o.) trägt deutliche Analogien zu einer musiktherapeutischen Improvisation, die überwiegend durch atmosphärische Klangeigenschaften und Klanglandschaften bestimmt. In ihnen zeigt sich die a-thematische, a-periodische und a-motivische Schicht des Musikalischen (vgl. Weymann 2005, 242 f.). Ich und Du bzw. die Beziehung zwischen beiden müssen hier noch nicht klar konturiert sein. Einigung besteht vielmehr darin, gemeinsam in einem (Klang-) Raum anwesend zu sein. (Deuter 2005, 224) beschreibt diesen Zusammenhang so: „Das atmosphärisch bestimmte musikalische Angebot zielt also nicht in erster Linie auf die Beziehung, sondern es lässt einen Raum entstehen, in dem man zunächst einfach *sein* kann (...)“. Das musikalische, noch ungeformte Klanggeschehen ist dann genau genommen weniger ein Dazwischen, sondern vielmehr eine umfassende Matrix. Vor dem Hintergrund einer solchen noch nicht geformten atmosphärischen Klangmatrix können dann Polaritäten und Unterscheidungen nach und nach hervortreten. In diesem Sinne sind alle denkbaren musikalischen Formen bereits potentiell vorhanden, jedoch noch nicht ausgeformt. Eine Improvisation, die überwiegend als Atmosphäre und Klang gestaltet ist und weniger durch zeitlich-rhythmische bzw. dynamisch-melodische Unterscheidungen, bildet somit eine sinnlich erfahrbare Dimension der „Unendlichkeit der Variationen

menschlichen Lebens“ (s. o.) des potentiellen Raumes. Die bereits erwähnte therapeutische Haltung gegenüber dem Ungeformten beschreiben Deuter/Weymann als eine Wahrnehmungseinstellung gegenüber dem Atmosphärischen, der es noch nicht darum geht, zu ordnen und zu verstehen (als reflexives Moment) sondern zu halten, erfassen und darin zu sein: „Atmosphären kann man nur durch *Teilhabe* erfassen“ (Weymann 2005, 240). Wie auch in der verstehenden Haltung gegenüber Brittas ungeformter Masse liegt jedoch auch in dieser Wahrnehmungseinstellung gegenüber dem Atmosphärischen einer Improvisation bereits ein präreflexives Element: Die eigene Wahrnehmung der Therapeutin wird dabei durch das Angebot und die Gestaltung einer atmosphärisch-klanglichen Improvisation auf diesen Bereich des Ungeformten eingestellt. Damit ist eine Entscheidung für diesen Bereich getroffen, eine Aufwertung der zentralen Bedeutung des Ungeformten formuliert und eine Offenheit für daraus entstehende Formbildung ausgebreitet. In der Improvisation wird diese Haltung „spielbar“ beim Eintauchen in zunächst ungeformte Klanglandschaften, die noch nicht konturiert sind und damit alle Möglichkeiten der Entwicklung in die jeweils eigene Richtung enthalten.

Mit dem Hinweis, dass das „unendliche Erfahrungspotential“ im potentiellen Raum auch einen Angst auslösenden Aspekt enthalten kann (s. o.), rückt das Ungeformte in den Bereich eines Spannungsfeldes, welches sich regelmäßig in der musiktherapeutische Improvisation aktualisiert. Es handelt sich dabei um ein Spannungsfeld zwischen zwei unterschiedlichen Gestaltungsweisen in der Improvisation. Auf der einen Seite des Spektrums steht die Offenheit in der musikalischen Gestaltung im atmosphärischen Spiel. Hier „ist das Spiel von geringer Differenzierung, einer Gleich-Gültigkeit der Formen, von Dauer, die sich nicht erschöpft, aber auch nicht erfüllt“ (Deuter 2005, 226). Auf der anderen Seite steht die Strukturierung der Improvisation durch musikalische Parameter, die auf Differenzierung des rein Atmosphärischen beruhen: als Rhythmus, Melodie, Dramatik und deren Vorformen (vgl. ebd.). Die Art der Gestaltung und Ausprägung der Improvisation in diesem Spannungsbereich ist in hohem Maße abhängig von den Beziehungsbedürfnissen und Strukturen des Klienten. Im Hinblick auf psychotische Patienten liegt in dem Angebot eines zunächst atmosphärischen Spiels die Chance, sich gemeint zu fühlen im „gemeinsamen Anwesend-Sein“ ohne durch zu schnelle Differenzierung der musikalischen Formen und dem darin liegenden Beziehungsangebot überfordert zu werden (vgl. ebd. 224). In der Therapie mit Britta (und anderen früh irritierten Kindern) zeigte sich hingegen, dass das Ungeformte als Merkmal der Improvisation angesichts der Ängste vor Überwältigung zunächst vollständig „ausgelassen“ wurde. Vielmehr waren Lieder als hoch strukturierte musikalischen Formen die Elemente, in denen sie ihre notwendige Sicherheit und Stabilisierung erfahren konnte und für die Ausprägung erster Strukturen verwenden konnte. Deutlich wird, dass dieses Spannungsfeld in der Improvisation stets ein sorgfältiges Ausbalancieren erfordert beim Pendeln zwischen den Gestaltungselementen eines „zu offen“ und eines „zu zielgerichtet“.

Das Pendeln innerhalb dieses Spannungsfeldes vollzieht sich jedoch weniger als eine technische und bewusste Handhabung der eigenen Spielweise, sondern ist in hohem Maße abhängig von den eigenen Gegenübertragungsanteilen und Resonanzen bei der gemeinsamen Klanggestaltung mit einem Klienten/einer Klientin. Mit dem Begriff der „szenischen Wahrnehmung“ hat Deuter (2005) eine Wahrnehmungseinstellung beschrieben, in der sich erste Differenzierungen und Unterscheidungen in einer atmosphärisch gestalteten Improvisation ereignen und erkennbar bzw. hörbar werden können. Gemeint ist damit in etwa ein Spiel- und Erfahrungsbereich, in dem das „drin sein“ im Atmosphärischen die Offenheit beinhaltet, Handlungs- und Spielimpulse aufzunehmen, die sich aus dem noch Ungeformten herausheben. Solche Spielimpulse sind dann weniger Resonanz des Therapeuten *oder* Klangeigenschaft des Spiels des Klienten, sondern entstehen genau aus der Verflechtung des Spieles beider im intersubjektiven Raum der Improvisation: „In der Musiktherapie äußert sich die Handlungsphantasie in der Spielweise, zu der uns die Musik des Patienten bringt (Deuter 2005, 232). Szenische Wahrnehmung ereignet sich dann in einem Bereich, in dem sich atmosphärisches Klanggeschehen nicht mehr nur als ein Zustand und gewährendes „Drin-Sein“ vermittelt, sondern erste Impulse hervorruft, sich emotional und/oder handelnd zu bewegen, z. B. die eigene Spielweise zu verändern. Szenische Mitteilungen und ihre Resonanz können dann – wenn man sich ihnen überlässt – zu ersten Andeutungen von Wiederholungen, flüchtigen Motiven, rhythmischen Spuren oder kurzen dramatischen Verdichtungen führen. Sie sind als erste Formbildungen vor dem atmosphärischen Hintergrund zu verstehen. Erste Spuren von Differenzierung der Personen sind darin enthalten (vgl. ebd.).

In den Spielszenen mit Britta entstanden solche szenischen Handlungsimpulse z. B. während ihres hingebungsvollen Rührens in der Suppe, das ich zunächst durch Mitrühren begleitete. Kurze Zeit später entstanden deutliche Impulse in mir (als noch nicht konkretisierte Mitteilungen), das Ungeformte der Materialien „anzureichern“ mit stützenden Worten und Melodieausschnitten, in denen ich die Wichtigkeit des Experimentes bestätigte und die Urheberschaft daran Britta zuordnete (vgl. 48. Stunde). Diese Wort- und Motivfetzen waren einerseits als Fragmente dem Ungeformten ähnlich, bedeuteten darüber hinaus jedoch erste Form- und Richtungsimpulse, die Britta aufnehmen konnte: für ihre eigenen Formen und Richtungen in der gemeinsamen Auseinandersetzung mit dem Bereich des Ungeformten.

Ausklang

Die vorgestellten Gedanken im Zusammenhang mit einem Therapieausschnitt in der Begleitung Brittas wurden entwickelt, um eine musiktherapeutische Lesart der Positionen Winnicotts zum Bereich des Ungeformten herauszuarbeiten. Die Hervorhebung und Betonung einer prozesshaften Dynamik im Hinblick auf die Über-

gangsphänomene und den potentiellen Raum bildet dabei die Grundlage dieser Argumentation.

Ein literarisches Zitat soll nun aus dem Artikel hinausführen. Es stammt von Christa Wolf, also von einer Schriftstellerin, die sich in ihren Werken immer wieder um die Aufrechterhaltung und Rückeroberung eines solchen offenen persönlichen Raumes in all seinen Möglichkeiten sowie um die Reflexion der Einschränkungen in diesem Raum verdient gemacht hat. Dazu heißt es: „Aber das Mögliche, das zu Erwartende, ist ein wichtiger Bestandteil unserer Wirklichkeit, der nicht neben dem Faktischen (...) vergessen werden darf. Dies ist ein Satz, um dessentwillen der Tag sich gelohnt hat“ (Wolf 2003, 316).

Literatur:

Busch, E. (1992): Einführung in das Werk von D. W. Winnicott. Frankfurt a. M.

Deuter, M. (2005): Atmosphären. Wahrnehmungseinstellungen und Wirkungen in der musiktherapeutischen Behandlung. Musiktherapeutische Umschau 26, Heft 3, 222–235

Gindl, B. (2002): Anklang. Die Resonanz der Seele. Über ein Grundprinzip therapeutischer Beziehung. Paderborn

Neubaur, C. (1987): Übergänge. Spiel und Realität in der Psychoanalyse Donald W. Winnicotts. Frankfurt a. M.

Niedecken, D. (1988): Einsätze. Material und Beziehungsfigur im musikalischen Produzieren. Hamburg

Ogden, T. H. (1997): Über den potentiellen Raum. Forum der Psychoanalyse 13, Heft 1, 1–18

Schäfer, G. E. (1986): Spiel, Spielraum und Verständigung. Untersuchung zur Entwicklung von Spiel und Phantasie im Kindes- und Jugendalter. München

Stern, D. (1993): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart

Stolorow, R.D, Brandchaft, B., Atwood, G. (1996): Psychoanalytische Behandlung. Ein intersubjektiver Ansatz. Frankfurt a. M.

Weymann, E. (2005): Atmosphäre – ein Grundbegriff in der Musiktherapie. Musiktherapeutische Umschau 26, Heft 3, 236–249

Winnicott, D. W. (1974/2002): Vom Spiel zur Kreativität. 10. Aufl., Stuttgart

Wolf, Ch. (2003): „Ein Tag im Jahr. 1960–2000“

Nicola Nawe, Eppendorfer Weg 130, 20259 Hamburg

Forschungsarbeiten

Zur Wirksamkeit musiktherapeutischer Interventionen aus entwicklungsneurobiologischer Sicht

The Effectiveness of Music Therapy Intervention Viewed from a Developmental Neurobiology Perspective

Monika Nöcker-Ribaupierre, Gisela M. Lenz, Gerald Hüther,

In diesem Beitrag geht es um den Wert und die Nutzbarkeit neurobiologischer Erkenntnisse als mögliche Hilfen für das Verständnis der Wirksamkeit musiktherapeutischer Interventionen. Beschrieben werden die Reifungsschritte des auditiven Systems, die neuronale Verankerung auditiver Erfahrungen sowie deren Verkopplung mit anderen Sinnesorganen und übergeordneten Strukturen. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage, wie neuronale Beziehungsmuster entstehen, wie Musikerfahrungen im Gehirn verankert und mit anderen Erfahrungen verknüpft werden.

Auf dieser Grundlage wird anschließend herausgearbeitet, wie die Fähigkeit Beziehungen herzustellen biologisch von Anbeginn des Lebens verankert wird. Über die fundamentale Bedeutung von Beziehungserfahrungen werden die Möglichkeiten beleuchtet, die der Musik in der Therapie zukommt. Dabei wird versucht, einen Zusammenhang herzustellen zwischen der therapeutischen Wirkung von Musik und der Reaktivierung und Stabilisierung früh angelegter und ganzheitlich organisierter Beziehungsmuster, den sog. Gestaltphänomenen.

This study explores the value and application of neurobiological evidence as a tool in understanding the effectiveness of music therapy intervention. The developmental stages of the auditory system are described, as well as the neural anchoring of auditive experiences, and their interconnectedness to other sensory organs and more complex neurological processes. The main focus of this paper is exploration of the influence of relationship on brain structure, from an interpersonal as well as musical perspective. Drawing upon this evidence, thought is given as to how the ability to form relationships is biologically anchored from the very onset of life. The potential of music in therapy is illustrated, based on the fundamental significance of relationship experiences. An attempt is then made in making a connection between the therapeutic effect of music and the reactivation and stabilization of early acquired and holistically organized relationship patterns, so-called "gestalt-phenomena".

Neurobiologische Vorbemerkungen

„Alles braucht seine Zeit“, sagt der Volksmund und bringt damit zum Ausdruck, dass es einerseits bisweilen sehr lange dauern kann, bis eine Veränderung in Gang kommt, andererseits verändert sich auch erst dann tatsächlich etwas, wenn die Zeit dafür reif geworden ist. Bezogen auf psychotherapeutisches Arbeiten heißt das, dass es eine gewisse Zeit braucht, bis sich eine Besserung der Symptomatik einstellt. Deutlich schneller wirken z. B. Behandlungen mit Psychopharmaka, die die Arbeitsweise des Gehirns so verändern, dass der Patient relativ rasch wieder so funktioniert, wie es von ihm erwartet wird. Aber jeder Eingriff, der die Arbeitsweise des Gehirns so effizient verändert, hat zwangsläufig auch Auswirkungen, die über das hinausreichen, was man eigentlich behandeln – oder im Fall psychopharmakologischer Behandlungen „reparieren“ – will. Bis diese unerwünschten Arzneimittelwirkungen in ihrer ganzen Tragweite sichtbar werden, vergeht jedoch bisweilen sehr viel Zeit. Dank der Fortschritte der modernen Hirnforschung verstehen wir seit einigen Jahren immer besser, an welchen Transmittersystemen diese Medikamente angreifen, auf welche Weise sie deren Arbeitsweise verändern, welche vielfältigen Funktionen diese Systeme besitzen und mit welchen Nebenwirkungen daher zwangsläufig zu rechnen ist, wenn die Aktivität dieser Systeme mit Hilfe von Psychopharmaka dauerhaft verstellt wird.

So lassen sich allmählich Konsequenzen aus der Einsicht ziehen, dass nicht alles, was besonders schnell wirkt, deshalb automatisch auch besonders gut sein muss. Das ist eine sehr weit reichende Erkenntnis, die vieles von dem infrage stellt, woran wir bisher geglaubt haben. Statt mit linearen Ursache-Wirkungs-Beziehungen haben wir es im Gehirn mit komplexen, multimodalen Netzwerken zu tun, die miteinander auf vielfältige Weise in Beziehung stehen und sich wechselseitig beeinflussen. Diese Vernetzungen entstehen nicht automatisch durch die Wirkung genetischer Programme, sie werden vielmehr im Verlauf der Hirnentwicklung erfahrungs- und nutzungsabhängig herausgeformt. Darüber hinaus können diese einmal entstandenen neuronalen Netze zeitlebens an neue Nutzungs- und Aktivierungsmuster angepasst werden („nutzungsabhängige Plastizität“).

Es ist wichtig zu betonen, dass die Hirnentwicklung ein sich selbst organisierender, durch Interaktionen mit der Außenwelt gelenkter Prozess und deshalb sehr anfällig für Störungen ist. Vor allem die psychosozialen Entwicklungsbedingungen sind bedeutsam für die Strukturierung des kindlichen Gehirns. Kinder sind also in ganz besonderer Weise angewiesen auf und abhängig von Beziehung, Bindung und Interaktion (darauf kommen wir später zu sprechen).

Bereits vor der Geburt, wenn das sich entwickelnde Gehirn zunehmend Verbindungen zur Außenwelt erlangt, werden die dort angelegten und weiter ausreifenden Verschaltungen und Erregungsmuster über die entsprechenden sensorischen Eingänge zunehmend von außen beeinflusst. Die durch sensorische

Eingänge getriggerten Erregungsmuster führen dazu, dass bestimmte neuronale Verschaltungsmuster stabilisiert werden können. Von diesem Zeitpunkt an verläuft die Hirnentwicklung nicht mehr autonom gegenüber sensorischen Inputs, sondern sie wird durch die sensorischen Eingänge aus der Außenwelt – zunächst von seiner intrauterinen, später von der jeweiligen familiären Lebenswelt bestimmt und bleibt von ihnen abhängig (Hüther 2002).

Trotz aller Vernetzung lassen sich im Gehirn einzelne Bereiche abgrenzen, die immer dann besonders stark aktiviert werden, und daher auch mit Hilfe funktionseller bildgebender Verfahren darstellbar sind, wenn ein Mensch sein Gehirn für eine spezifische Leistung benutzt. Der Umstand, dass beispielsweise das Hören und Sprechen von Wörtern mit einer Aktivierung der Sprachzentren in der linken Hemisphäre einhergeht, bedeutet jedoch nicht, dass diese Region der „Sitz der Sprache“ des Menschen ist. Ein auf das Erkennen und Generieren von Wörtern spezialisiertes Netzwerk kann sich nur in dem Maß herausbilden, wie einem Menschen bereits als Kind Gelegenheit geboten wird, das Sprechen und die Bedeutung der Wörter zu erlernen. Wie die Sprachfähigkeit muss auch jede andere komplexe Leistung, die ein Mensch mit Hilfe seines Gehirns steuert, im Verlauf der Hirnentwicklung eingeübt, gebahnt und in Form neuronaler Verschaltungsmuster in seinem Gehirn verankert werden.

Das gilt auch für den Umgang mit Musik, für die Fähigkeit bestimmte Töne und Tonsequenzen zu erkennen und selbst zu erzeugen. Musiktherapeuten, Musikwissenschaftler und neuerdings Neurowissenschaftler wissen, dass das Hören von Musik und das eigene Musizieren sehr weit reichende Auswirkungen auf das Denken, Fühlen und Handeln von Menschen haben. Sowohl rezeptive wie auch aktive musiktherapeutische Interventionen dienen dazu, bei Patienten psychoaffektive Zustände zu erzeugen, die für den psychotherapeutischen Prozess genutzt werden (Hüther 2004). Die Auswirkungen musikmedizinischer bzw. musiktherapeutischer Interventionen sind auf unterschiedlichen Ebenen messbar. Auf der körperlichen Ebene reichen sie von Veränderungen der Aktivität des autonomen Nervensystems, des kardiovaskulären Systems, des endokrinen Systems bis hin zu charakteristischen Änderungen des Immunsystems (Spintge und Droh 1992, Taylor 1997). Der Ausgangspunkt all dieser Veränderungen ist eine entsprechende Änderung der Aktivität der an der Steuerung dieser integrativen Regelsysteme beteiligten neuronalen Netzwerke im Gehirn der betreffenden Patienten.

Bis vor wenigen Jahren konnten derartige Veränderungen im Gehirn noch nicht nachgewiesen werden. Doch inzwischen ist auch hier die Zeit reif geworden für neue Einsichten. Die Neurobiologen sind nicht nur dabei, das Hören, Wiedererkennen und Erzeugen von Musik als besonders komplexe Leistungen des zentralnervösen Verarbeitungsapparates zu entdecken und genauer zu beschreiben, sie haben auch damit begonnen, die dabei im Gehirn ablaufenden Prozesse genauer zu analysieren. Die neuesten Untersuchungen nutzen die beim Hören von Musik

im Gehirn ablaufenden Prozesse als Modell zur Untersuchung komplexer psychoaffektiver und kognitiver Leistungen (Koelsch und Siebel 2005).

Aber diese neurowissenschaftlichen Befunde zeigen auch, dass es wenig nützt, die Wirkungen von Musik auf das Gehirn immer genauer zu beschreiben, jedenfalls dann nicht, wenn es darum geht, die therapeutischen Wirkungen von Musik zu verstehen oder verständlich zu machen. Dazu müsste vielmehr herausgearbeitet werden, wie die an der Verarbeitung von Musik beteiligten neuronalen Netze und synaptischen Verbindungen im Verlauf der Hirnentwicklung herausgeformt werden, wie und auf welche Weise diese Netzwerke dabei mit anderen, tiefer liegenden und früher entstandenen oder gleichzeitig aktivierten Netzwerken verknüpft werden. Es käme darauf an, besser als bisher zu verstehen, wie die so auf jeder Entwicklungsstufe jeweils herausgeformten Verschaltungsmuster selbst wieder zur Grundlage für die weitere Entwicklung synaptischer Verknüpfungen in allen später ausreifenden, assoziativen Bereichen des Gehirns werden.

Reifungsschritte des auditiven Systems während der vor- und nachgeburtlichen Entwicklung

Im Verlauf der embryonalen Entwicklung werden die Grundstrukturen des ZNS ab dem Alter von 6 Wochen angelegt, ab 8 Wochen beginnt sich das Großhirn zu entwickeln. Ab diesem Zeitpunkt kann man viele strukturelle Veränderungen beobachten; in der Zeit zwischen 8–16 Wochen wächst die Anzahl der Nervenzellen bis zur endgültigen Zahl von etwa 10 Milliarden.

In dieser Zeit, ab dem Alter von 5 Wochen, entwickelt sich auch das Hörorgan; mit 18 Wochen ist es reaktionsfähig (Rubel, 1985). Mit verzögerter Latenz sind fetale Reaktionen auf akustische Signale ab der 20. Woche nachweisbar, ab 25 Wochen erfolgt eine unmittelbare Antwort auf den Reiz (Shahidullah und Hepper 1993). Auch die Diskriminierungsfähigkeit lässt sich intrauterin nachweisen: in der 36. Woche können Feten zwischen 2 Tönen im Oktavabstand unterscheiden (Lecanuet 2000). Hören im eigentlichen Sinn ist möglich, wenn die Nervenleitungen zwischen Thalamus und Cortex gelegt sind – denn der Vorgang des Hörens als einem „bewussten“ Vorgang ist erst durch die Verbindung zum Cortex gegeben. (Lamparter und Nelting 2003) beschreiben als Beginn dieser Entwicklung die 32. Schwangerschaftswoche; im Zeitraum vom 1. bis 2. Lebensjahr ist die Fähigkeit des Richtungshörens und der Wahrnehmung des gesamten Frequenzspektrums von 16–20 000 Hz abgeschlossen (Olsho et al. 1987); die gesamte Hörentwicklung ist im Alter von 5 Jahren abgeschlossen (Lamparter u. Nelting 2003).

Das Hörorgan wird durch Schallwellen d. h. mechanische Schwingungen gereizt. Diese Schallwellen werden im Innenohr in neuronale Impulse umgewandelt und über den Hörnerv im auditorischen Hirnstamm verarbeitet (v. a. im colliculus inferior). Im Hirnstamm existieren Neurone, die spezifische Antworten auf musika-

lische Parameter wie Tonhöhe, Klangfarbe und Intensität zeigen (Koelsch 2005). Diese Vorverarbeitung auditorischer Information ermöglicht die Ortung von Gefahren bereits auf der Ebene des Thalamus. Vom Thalamus ziehen Verbindungen in den primären auditorischen Kortex. Es gibt aber auch direkte Verbindungen zwischen Thalamus und Amygdala sowie zwischen Thalamus und Orbitofrontalcortex. Diese Strukturen sind sowohl in die emotionalen Prozesse (Amygdala) als auch in die Evaluation sensorischer Informationen und in die Kontrolle des emotionalen Verhaltens involviert (beides im Orbitofrontalcortex) (Koelsch 2005). Auch die Neurowissenschaftler gehen davon aus, dass das Hören bereits vor der Geburt stattfindet, allerdings geschieht dies offenbar subcortical, denn der thalamische Kniehöcker und der auditorische Cortex entwickeln sich erst in den ersten zwei Jahren nach der Geburt (Roth 2003, 391).

Die akustische Umgebung des ungeborenen Kindes ist durch den kontinuierlichen niedrigfrequenten Geräuschteppich der ventrikulären und intestinalen Geräusche im Mutterleib bestimmt sowie durch den mütterlichen Herzschlag und ihre Atmung strukturiert. Unterbrochen wird dieses Kontinuum durch natürliche Umweltgeräusche, vorwiegend aber durch die Stimmen der Eltern, insbesondere der Mutter. Dieses gesamte Spektrum erreicht das ungeborene Kind in verschiedenen Intensitäten über Schalldruck, Knochenleitung und Vibration. Geräusche aus der Außenwelt verändern sich auf dem Weg durch die amniotische Flüssigkeit und das mütterliche Gewebe. Höhere Frequenzen werden herausgefiltert; Geräusche, die das ungeborene Kind erreichen, entstammen vorwiegend dem niedrigfrequenten Bereich (Fischer und Als 2003).

Die Bedingungen für das Hören verändern sich durch die Geburt. Das Mesenchym aus den Gehörgängen bildet sich in den ersten Tagen nach der Geburt zurück. Für den hörenden Menschen bedeutet dies, dass die Schallübertragung nun über Luftleitung erfolgt, was eine Umstellung in der Wahrnehmung von Geräuschen der Umgebung und damit den Frequenzspektren zur Folge hat. Die Übertragung über Knochenleitung und Vibration verliert an Bedeutung.

Neuronale Verankerungen auditiver Erfahrungen

Die vom Hörnerv zu den auditorischen Zentren im Hirnstamm weitergeleiteten Impulse führen dort, v. a. im Colliculus inferior zur Generierung eines für die jeweilige akustische Wahrnehmung spezifischen Erregungsmusters. Je häufiger es durch gleichartige akustische Signale zum Aufbau eines solchen Erregungsmusters kommt, desto stärker werden die dabei aktivierten synaptischen Verbindungen gebahnt und gefestigt. Aktivierte Synapsen werden während dieser frühen Phase des Aufbaus neuronaler Netzwerke nicht oder nur sehr selten wieder abgebaut. Diese Herausformung spezifischer Verschaltungsmuster aus einem zunächst bereitgestellten Überangebot an synaptischen Verknüpfungen nennen die Neurobio-

logen „nutzungsabhängige Strukturierung“. Dieser Prozess – die Bereitstellung eines Überangebotes an synaptischen Verknüpfungsmöglichkeiten und nachfolgende nutzungsabhängige Stabilisierung bestimmter Verknüpfungsmuster durch entsprechende auditive Wahrnehmungen und damit einhergehenden Generierung entsprechender Erregungsmuster – vollzieht sich später, nach der Geburt, auch in den nun ausreifenden Netzwerken des auditiven Systems im Thalamus (laterale Kniehöcker) und des auditorischen Kortex.

Auf allen drei Ebenen, zunächst im Hirnstamm, später im Thalamus und schließlich auch im sensorischen Cortex entstehen auf diese Weise spezifische (durch die jeweiligen, bis dahin gemachten akustischen Wahrnehmungen geprägte) nutzungsabhängig strukturierte synaptische Verschaltungsmuster. Sie bilden die Grundlage für alle im späteren Leben durch weitere akustische Wahrnehmungen stattfindenden Erweiterungen, Spezifizierungen und Ergänzungen dieser primär ausgebildeten und stabilisierten synaptischen Verschaltungen. Vor allem auf der Ebene der zuletzt entstandenen Repräsentationen akustischer Signale in den besonders plastischen Netzwerken des auditiven Cortex lassen sich derartige Modifikationen durch gezieltes Hörtraining zeitlebens herausformen.

Wenn es während der frühen Kindheit aufgrund einer Missbildung oder Schädigung der Hörorgane bzw. -nerven nicht zur Generierung akustischer Erregungsmuster und dadurch zur Stabilisierung entsprechender synaptischer Verschaltungsmuster kommen konnte, können diese primären Repräsentationen in den betreffenden Hirnbereichen meist auch nicht herausgeformt werden. Solche Personen sind daher auch später, wenn die ursprünglichen Defizite, z. B. durch eine CI-Operation, behoben wurden, nur in sehr eingeschränktem Maße in der Lage, die nun eintreffenden akustischen Signale zu verarbeiten.

Funktionelle Kopplung von Hörerfahrungen mit anderen Sinneserfahrungen

Eine sinnliche Wahrnehmung erlangt erst dadurch Bedeutung, dass sie mit anderen Wahrnehmungen oder Erfahrungen verknüpft wird, die im gleichen Kontext gemacht werden oder gemacht worden sind. Das gilt auch für den Hörsinn. Die Neurobiologen bezeichnen das, was im Gehirn passiert, wenn zwei oder mehrere verschiedene Sinneskanäle durch ein bestimmtes Erlebnis gleichzeitig aktiviert werden, als „funktionelle Kopplung“. Wahrscheinlich gibt es keine akustische Wahrnehmung, die nicht auf irgendeine Weise mit einer anderen über ein anderes Sinnessystem gleichzeitig gemachten Wahrnehmung verknüpft ist. Kopplung ist also die Regel, nicht die Ausnahme, und zwar von Anfang an, d. h. auch schon während der vorgeburtlichen Entwicklung, wenn die betreffenden Netzwerke nutzungsabhängig herausgeformt werden.

Das ungeborene Kind ist über die physiologische Einheit mit seiner Mutter gleichzeitig mit ihrem psychischen Zustand verbunden. Auf das Hören bezogen bedeutet dies: über die Stimme der Mutter vermittelt sich dem Ungeborenen

ihr emotionaler Zustand, ihre Stimme verändert sich, und gleichzeitig auch ihr Herzschlag, ihre Atmung und der Hormonspiegel im Blut. Diese Stimme ist also mit sich verändernden rhythmischen Erfahrungen durch Sprache und Herzschlag verbunden, zusätzlich zu Vibrationen über das taktile Erleben und den Auswirkungen der hormonalen Veränderungen. Das bedeutet, dass das vorgeburtliche Hören beispielsweise der Stimme der Mutter gleichzeitig über mehrere Sinne erfolgt und über diese Verschaltungsmuster als eine Gesamterfahrung im Gehirn verankert wird.

Wenn die Mutter beispielsweise aufgeregt ist, schüttet ihr Organismus vermehrt Stresshormone (Adrenalin/Cortisol) aus, die Sauerstoffzufuhr verändert sich, der Herzschlag wird schneller, die Bauchdecke spannt sich an und engt das ungeborene Kind in seiner Bewegungsfreiheit ein. Gleichzeitig wird die mütterliche Stimme vielleicht höher, lauter oder schriller. Diese Stimmlagenveränderung wird mit der in dieser Situation vom Kind erlebten Belastung oder Bedrohung gekoppelt. Ist die Mutter umgekehrt entspannt und ausgeglichen, erfährt das Kind eine harmonische Versorgungslage und eine Entspannung, die sich ebenfalls mit der Erfahrung der nun ruhigeren und ausgeglicheneren mütterlichen Stimme verknüpft. Solche mit der emotionalen Empfindlichkeit einhergehenden Veränderungen der Stimme sind von Mutter zu Mutter unterschiedlich. Durch die hier beschriebene Verknüpfung mit anderen somatosensorischen Erfahrungen gewinnen solche Veränderungen der mütterlichen Stimme für das ungeborene Kind eine eigene Konnotation.

Dasselbe gilt natürlich auch für alle anderen, auch externen Hörerfahrungen: vom Hören von Musik bis zu lautstarken Auseinandersetzungen. Das laute Zuschlagen einer Tür (z. B. in einer Kinderstation) muss nicht stresshaft sein, aber wenn es an eine Körpererfahrung gekoppelt ist, die als Stress erlebt wird und nicht durch Beruhigung wieder aufgelöst werden kann, wird sie mit diesem Erleben gekoppelt und als solche internalisiert.

In der Zeit nach der Geburt werden solche Kopplungsphänomene vielfältiger und nun auch deutlicher beobachtbar. Leicht nachweisbar sind hierbei Kopplungen von Sprache, Gesang oder Musik mit bestimmten, damit einhergehenden und gleichzeitig ausgelösten Körpererfahrungen: im positiven Fall mit Wiegen und Schaukeln, Streicheln und Bewegen, Sättigung und Befriedigung basaler Bedürfnisse. All die damit einhergehenden Körpererfahrungen werden mit der von der Mutter ausgehenden Stimme, ihrer Sprachmelodie, mit einzelnen Wörtern oder ihrem Gesang verbunden. Mit der Ausreifung der optischen Wahrnehmung wird die nun auch jeweilige Veränderung von Mimik und Gestik der frühen Bezugspersonen mit den von ihnen ausgehenden akustischen Signalen verknüpft. Durch das Verhalten der Eltern während dieser Phase werden also Muster generiert, die bei späteren Erfahrungen aktiviert werden.

Durch solche Kopplungsphänomene werden die vom Kind über verschiedene Sinneseingänge gemachten Wahrnehmungen nicht nur miteinander, sondern auch mit dem dadurch ausgelösten Gefühl. Auf diese Weise werden die gewisser-

maßen als „Gesamtbild“ im Gehirn in Form miteinander verkoppelter neuronaler Netzwerke und synaptischer Verschaltungsmuster verankert. Je stärker die emotionalen Zentren im limbischen System dabei miterregt werden, desto intensiver wird die entsprechende Verkopplung mit den in dieser Situation besonders eindringlich wahrgenommenen Sinneseindrücken, d. h. dem jeweils Gesehenen, Gehörten, Gerochen oder Gespürten. Je mehr unterschiedliche Sinneswahrnehmungen bei einem Erlebnis gleichzeitig gemacht werden können, desto vielfältiger und komplexer wird dieser Gesamteindruck im Hirn verankert.

Verknüpfungen mit übergeordneten assoziativen Leistungen

Eine neue Wahrnehmung, ein neuer Wissensinhalt oder eine neue Erfahrung lässt sich nur dann im Gehirn verankern, wenn das durch einen solchen neuartigen Stimulus generierte Erregungsmuster in irgendeiner Weise an ein bereits vorhandenes Verschaltungs- und entsprechendes aktivierbares Erregungsmuster anknüpfbar ist. Zu jedem Zeitpunkt der Hirnentwicklung bildet das bis dahin bereits erworbene Wissen also die Grundlage für die Anknüpfung des nun neu hinzugekommenen Wissens.

Jede neue Sinneswahrnehmung und jede neue Erfahrung muss auf diese Weise an bereits entstandene Verschaltungsmuster angeknüpft, assoziiert und letztlich integriert werden. Immer dann, wenn das gelungen ist, wird das so entstandene erweiterte Muster selbst wieder zur Grundlage für alle nachfolgenden Anknüpfungs- und Assimilationsprozesse. Auf diese Weise erwirbt jeder Mensch im Verlauf der frühen Kindheit nicht nur eine zunehmende Kompetenz auf einzelnen Teilgebieten, er gewinnt auch eine zunehmend breitere und komplexere Grundlage für seine generelle Anknüpfungsfähigkeit. Indem es einem Kind möglich wird, mehr konkrete Sinneserfahrungen miteinander zu verknüpfen, gewinnt es auch eine immer bessere Vorstellung von den dahinter verborgenen, nicht sichtbaren, nicht hörbaren, nicht fühlbaren Phänomenen seiner Lebenswelt.

Bei diesen Fähigkeiten handelt es sich um metakognitive Leistungen. Sie werden auf der komplexesten Assoziationsebene im menschlichen Hirn, im sog. präfrontalen Cortex verankert: als innere Einstellungen und Haltungen, Selbstwirksamkeits-Konzepte und Selbstbilder, als Fähigkeit, zeitliche Abfolgen von Ereignissen vorauszuschauen, Handlungen zu planen oder Impulse zu kontrollieren.

Diese Metakompetenzen können nicht unterrichtet oder auswendig gelernt werden, sie können nur durch eigene Erfahrungen im Gehirn verankert werden. Interessanterweise sind frühe Erfahrungen mit Musik, das Hören von musikalischen Sequenzen und das eigene Musizieren, Singen oder Trommeln, in besonderer Weise geeignet, die Grundlage für die Herausbildung dieser hochkomplexen Metakompetenzen zu schaffen: Aufgrund ihrer Prozesshaftigkeit ermöglichen solche frühen Musikerfahrungen die Herausbildung einer inneren Vorstellung von

zeitlichen Abfolgen. Das was eben noch war (das Vergangene) ermöglicht Voraus-sagen und damit Erwartungen über das, was nun kommt (die Zukunft). Musik vermittelt so eine innere Vorstellung von Kontinuität, von der Verlässlichkeit und der Eingebundenheit dessen, was Gegenwart ist: Nachklang von Vergangenem und Ausgangspunkt für Kommendes.

Therapeutische Erfahrungen zeigen, dass im gesunden Regelfall eine gleich-mäßig zuverlässige rhythmische Struktur ein Gefühl von Geborgenheit und Kon-tinuität vermittelt. Das Tempo in der Musik, das wir als beruhigend empfinden, entspricht dem des ruhigen Herzschlags mit 60 Schlägen pro Minute. Das ist seit Urzeiten überliefertes Wissen, alle Kulturen benutzen es in ihren Wiegenliedern – aber auch heute die esoterische – bzw. Meditationsmusik.

Wenn Beruhigung durch ein rhythmisches Metrum verursacht wird, initi-iert umgekehrt dieses rhythmische Metrum wiederum Beruhigung. Die Beobach-tungen von Leo Salk (1973), dass Neugeborene, die den Herzschlag eines Erwach-senen hören, signifikant weniger schreien, schneller einschlafen und eine größere Gewichtszunahme zeigen als Kinder einer Kontrollgruppe, sind ein Beispiel dafür.

Musik knüpft also an vorgeburtliche Erfahrungen durch Harmonie und Rhythmus an. Sie entwickelt diese Erfahrungen aber auch durch Irregularitäten weiter. Harmoniebrüche und Rhythmuswechsel können als spielerische Ausein-andersetzung zwischen Bekanntem und Neuem erfahrbar gemacht werden. Auf der Grundlage eines Gefühls emotionaler Sicherheit, wird die Angst vor dem Fremden so zur Neugier auf das Befremdliche.

Vor allem der Rhythmus schafft Kontinuität und Sicherheit durch verlässliche Wiederkehr, und bildet damit die Basis für das, was Erik H. Erikson Urvertrauen nennt (1974). Die ursprünglichste Begegnung mit Rhythmus ist eine biologisch-ganzheitliche, denn allem Leben wohnt die pulsierende Kraft der rhythmischen Natur inne. Bei ihren psychoanalytischen Überlegungen zur Wirkung von Rhyth-mus zu Beginn der kindlichen Klangwahrnehmung geht Suzanne Maiello davon aus, dass bei Rhythmus Schlag und Pause in regelmäßigen Abständen abwechseln, er demzufolge in einer zeitlichen Dimension Anwesenheit und Abwesenheit verbind-et. Noch vor den frühesten Zuständen von Bewusstheit könnte deshalb die zuver-lässige Wiederkehr des Abwechslens von Schlag und Pause die Voraussetzung dafür sein, dass das Kind verlässliche zeitliche Muster internalisiert. Diese rhythmische Kontinuität während der intrauterinen Zeit könnte eine Voraussetzung dafür sein, dass das Kind vertrauensvoll Unregelmäßigkeiten erforschen und ertragen lernt – ein Prozess, der entscheidend für die weitere mentale Entwicklung ist.

Maiello beschreibt die Erfahrung von Anwesenheit und Abwesenheit als Voraussetzung für die Fähigkeit zu denken. Etwas muss als abwesend er-fahren werden, damit es als anwesend gedacht werden kann. Dieser leere Raum dazwischen entsteht durch die damit verbundene Aufgabe der „Primärfantasie der fusionellen Ureinheit. Ohne Abwesenheit gibt es kein Denken und ohne Denken keine Sprache“ (Maiello 2003, 92–94).

Bezogen auf die primären rhythmischen Erfahrungen heißt das: Im frühen Kindesalter verankern sich Erfahrungen von Variationen, Pausen oder Unregelmäßigkeiten sowohl durch diese biologischen rhythmischen Erfahrungen als auch durch die Stimme und damit die Sprache der Mutter. Die Stimme ist naturgemäß ein unregelmäßiger akustischer Reiz – sie erklingt mal und dann wieder nicht. Alle damit verbundenen sensorischen und vielleicht auch hormonellen Erfahrungen sind gleichermaßen unregelmäßig. Dadurch lernt das Kind die protomentale Erfahrung von Anwesenheit und Abwesenheit, bevor es entsprechende Erfahrungen im weiteren Verlauf symbolisieren und gestalten wird.

Der Einfluss von zwischenmenschlichen und musikalischen Beziehungserfahrungen auf die Strukturierung des Gehirns

Nach der Geburt sind es vor allem interaktionelle Prozesse, die strukturbildend das implizite Erfahrungsgedächtnis auf der Basis von Beziehungen (*implicit relational knowing*) formen.

In diesem Zusammenhang spricht Michael Basch davon, dass wir in den ersten 6 Monaten mehr lernen als in unserem gesamten späteren Leben. Säuglinge erleben einen permanenten Wechsel innerer Befindlichkeiten (*states*) – für Basch Vorläufer von Gefühlen (Basch 1994). Dieses wechselnde Spiel von Spannung und Entspannung, mehr und weniger in unterschiedlichen Intensitätskonturen – ähnlich dem Verlauf von Melodien – erlebt der Säugling mit jeder Person seiner Umwelt auf unterschiedliche Weise. Können sich beide Interaktionspartner gegenseitig regulieren, bildet sich in den ersten Monaten im Baby ein flexibles psychisches System aus, das ihm im weiteren Verlauf des Lebens erleichtert, sich an unterschiedliche Situationen anzupassen und Lösungen zu finden. Des Weiteren findet durch die interaktionellen Prozesse und die spezifischen Charakteristika der frühen Kindheit – wie Gegenseitigkeit, Gleichzeitigkeit und das Teilen von Affekten und Gefühlen, die gegenseitige Beeinflussung im „Spiel des Lebens“ statt – eine Aktivierung der angeborenen Fähigkeit zur Selbstregulation. Es ist ein Prozess, dessen Verlauf von der Qualität der Beziehungen abhängt und in einer sicheren oder unsicheren Bindung endet. Wir kennen den Säugling mit der Fähigkeit zur globalen, amodalen Wahrnehmung und zur kreuzmodalen Verknüpfung; dies befähigt ihn Übereinstimmung bzw. feinste Abweichungen irritiert wahrzunehmen.¹ In der Interaktion mit seiner Mutter (oder anderen Bezugspersonen) reagiert er, wie auch sie, in Sekundenbruchteilen. In einem bidirektionalen System ist das Verhalten der einen Person aus dem Verhalten der anderen vorhersagbar – beide beeinflussen sich gegenseitig und gleichzeitig; Verhaltensrhythmen werden von einem Moment zum anderen koordiniert. Die Mikroanalyse von Filmen hat gezeigt, dass Mutter und Säugling in Sekundenbruchteilen oder simultan miteinander kommunizieren und dass Verhaltensmuster oft weniger als eine halbe Sekunde dauern. Diese Geschwindigkeit lässt vermuten, dass die Angleichungen bei der Mutter intuitiv ver-

laufen. Im Verlauf dieser ineinandergreifenden zeitlichen Responsivität eignet sich der Säugling eine elementare Mikrostruktur des „Zusammenseins“ mit einer anderen Person an (Beebe 2004). Frühe implizite Interaktionsmuster bilden die Art und Weise des Umgangs miteinander ab; sie bleiben, da sie nicht bewusst ablaufen, ohne intensive Neuerfahrung relativ stabil.

Die Face-to-face-Interaktion zwischen Mutter und Säugling geht mit vokalen Interaktionen einher: das vokale Muster entspricht dem Interaktionsstil der beiden. Mit 4 Monaten haben sich charakteristische Muster ausgebildet, aufgrund derer man das Bindungsmuster mit 1 Jahr und die kognitive Entwicklung mit 2 Jahren vorhersagen konnte (Beebe 2004). Interessant ist, dass sowohl die „perfekte“ wie auch die zu geringe Responsivität zu unsicheren Bindungsmustern führen. Zu gering bedeutet, die Pausen sind zu lang, der Kontakt bricht ab, auf der anderen Seite erzeugt das Bemühen um perfektes Timing wiederum Enge und verhindert das flexible Zwischenspiel. Allein ein flexibles Hin- und Her, ein Herausfallen und geglücktes Wiederherstellen, fördert beim Säugling ein sicheres Bindungsmuster. Durch diese Prozesse des Wiederherstellens der Beziehung entsteht die für das spätere Leben notwendige Flexibilität. Beebe meint dazu, dass sich in den später erwähnten „now-moments“ und „moments of meeting“ (Momenten der Begegnung) ein Wissen, eine Wahrnehmung über den Zustand des anderen in einem selbst abbildet – so perfekt abgestimmt, dass die Selbstwahrnehmung der Fremdwahrnehmung entspricht. Diese Angleichung im Moment der Begegnung – das Sich-Erkennen im Anderen – fördert die Entstehung von Urheberschaft und Identität. Auch diese Prozesse laufen aufgrund ihrer Geschwindigkeit intuitiv ab (Beebe 2004). Die Voraussetzungen liegen in dem Bedürfnis des Säuglings, gute Beziehungen mit seiner Umwelt herzustellen.

Dies führt zu der Frage, ob das Verlangen nach Intersubjektivität ein ähnlich biologisch angelegtes System sein könnte wie das Bindungssystem. Diese subtilen Vorgänge sind nicht als Verschmelzungsprozesse im Sinn von Symbiose anzusehen. Die Grundeinheiten bei der Entstehung des impliziten Erfahrungswissens sind Momente der Begegnung, emotionale Erfahrungen, die geteilt und gemeinsam erlebt werden – und die das implizit gefühlte intersubjektive Erleben verändern: gelebte Erfahrung im Augenblick des Entstehens. Stern betont, dass wir Erleben und Gefühle oft wie eine Momentaufnahme, ähnlich einer Fotografie betrachten; hierbei geht der innere Fluss einer nach vorne gerichteten Bewegung verloren.... Die innere Dramatik, die das Dynamische abbildet, bezeichnet er als Vitalitätsaffekte. Diese dynamischen Zeitgestalten (dynamic time-shapes) können mit Bewegungen, Empfindungen und anderen Wahrnehmungen verbunden sein und simultan ablaufen, wie in einer Partitur polyphon und polyrhythmisch. Ähnlich wie die „States“ in ihrer beweglichen Feinheit und Flüchtigkeit (dies sind auch Charakteristika von Klang und Musik) stellen Vitalitätsaffekte die Schwingungsgestalt des inneren Erlebens dar (Stern 1992). Die mit musikalischen Begriffen beschriebenen Vitalitätsaffekte bilden zeitliche Gefühlskonturen (*temporal feeling shapes*), musikalische Phrasen, charakteristische dramatische Spannungslinien

(*dramatic lines of tension*), Empfindung, die die innere Kontur eines Gefühls ausdrücken. Diese Qualität des Erlebens beschreibt Damasio als *background-feelings*; bei ihm, noch mehr als bei Stern, sind diese eng mit dem Körper verbunden (Damasio 2001).

In dieser Art erfährt der Säugling die Welt in einer Atmosphäre von Gegenseitigkeit, Gleichzeitigkeit und dem Teilen von Affekten und Gefühlen. Dies ist ein Leben lang Teil unseres Erlebens; es wird aber von expliziten Formen überlagert, die unser späteres Leben bewusst bestimmen.

Positive Beziehungserfahrungen sind ein lebenslanger protektiver Faktor (Bauer 2002); sie können sogar eine genetische Prädisposition, die die Ausbildung von aggressivem Verhalten fördert, verhindern (Moffitt 2002, Teicher 2002). In der frühen Kindheit bilden Beziehungserfahrungen ein Grundmuster aus, das dem späteren Leben die Grundfärbung verleiht; dort entscheidet sich, ob sich ein Mensch auf soziale Beziehungen verlassen kann und diese als hilfreich erwartet, oder ob er sich, aufgrund von Verletzungen seiner Erwartungen, zum „unabhängigen“ Einzelkämpfer entwickelt. Die Grundmuster dieser Phase treffen wir im späteren Leben als Verhaltensmuster, im pathologischen Fall als Wiederholungszwang wieder.² Wenn wir wirklich von Empfindungen ergriffen sind, was nur im Moment der Gegenwart geschehen kann, ist dies ein Erlebnis. Es gibt im Interaktionsfluss – ebenso wie in der Musik – zahlreiche Anhaltspunkte, die es erleichtern, den Prozess einzuteilen und bedeutungsvolle Einheiten zu erschaffen – etwa eine Geste oder eine Veränderung der Haltung, die einen Anfang und einen vorhersagbaren Endpunkt, oder eine vokale Einheit mit einer vorhersagbaren Klangkontur (Stern 2004). Dazu gehört auch das Gestalten der Sprache, das melodische bedeutungsvolle Sprechen, das die Zeit des Säuglings strukturiert.

Wissenschaftler haben sich intensiv mit der Frage beschäftigt, wie es dazu kommen kann, dass Säuglinge ein so feines Unterscheidungsvermögen haben, kreuzmodal verknüpfen können und die Beziehung mit ihrer menschlichen Umwelt so aktiv mitgestalten können.

Zur Erklärung dieser Phänomene wird angenommen, dass es neben dem Bindungssystem (*attachment motivational system*) ein auf Intersubjektivität ausgerichtetes System gibt (*intersubjective motivational system*) (Gergely und Watson 1999). Auch die Spiegelneurone könnten hierbei eine Rolle spielen (Gallese 2003). Neurophysiologische Forschungen legen nahe, dass Vertrautheit, Wiederholung und Erwartbarkeit einen entscheidenden Einfluss auf die Organisation neuronaler Funktionen und Verknüpfungen haben.

Die Fähigkeit zur Synchronisation ist angeboren und im intersubjektiven Kontext ein genuines Bedürfnis von Menschen. Diese Erlebnisse schaffen im späteren Leben die Voraussetzung, um sich mit sich zu synchronisieren wenn man beispielsweise ganz in eine Tätigkeit versunken ist (Pöppel 2005).

Sich mit sich zu synchronisieren und damit in einen Resonanzprozess einzutreten, der wie oben beschrieben, eine bestimmte innere Haltung und Gestimmtheit erfordert, beschrieb Oliver Sacks in seinem Buch „Der Tag an dem mein

Bein wegging“: Nach einem Unfall und nachfolgender Operation, verliert Sacks vollkommen das Gefühl für sein verletztes Bein. Er erlebt Gefühle von Panik als er bemerkt, dass er sich mit seinem Fachwissen selbst nicht helfen kann. Während dieser Zeit hat er als einzige musikalische Quelle einen Kassettenrekorder mit dem Violinkonzert von Mendelssohn bei sich. Dieses Stück hört er immer wieder. Der Tag kommt, als er seine ersten Gehversuche machen soll. Mit absoluter visueller Kontrolle schiebt er das kranke Bein vor sich und malt sich verzweifelt aus, ob er von nun an wie ein Roboter durch die Welt gehen werde. Auf einmal erklingt vor seinem inneren Ohr das Mendelssohnsche Violinkonzert und er geht mit vollkommener Leichtigkeit die nächsten Schritte. Die Physiotherapeutinnen sind begeistert: „Ja, Dr. Sacks, jetzt gehen Sie wie ein richtiger Mensch...“ dann bricht die Musik in ihm ab und er hat jede Fähigkeit verloren, fließend zu gehen. Diese Form der inneren Synchronisation, eines offenen Systems in dem alles miteinander in Resonanz verbunden ist, ergibt einen bestimmten inneren Klang, eine besondere Empfindung – einfach Musik.

Diese begrenzte zeitliche Einheit einer bestimmten Empfindungskontur findet sich auch in dem Gedicht von T. S. Eliot: *You are the music, whilst the music lasts.*

Zur Wirksamkeit musiktherapeutischer Interventionen

Vor der Geburt finden Kommunikation und Beziehung zwischen Mutter und Kind auf der körperlichen Ebene auf der Basis physiologischer Austauschprozesse statt. Somit kann man von einem psychosomatischen Gedächtnis sprechen, entsprechend der neurobiologischen Prämisse der untrennbaren Einheit und körperliche Prozesse. Diese Erfahrungen sind dem Bewusstsein nicht zugänglich, aber sie werden – das belegt die Hirnforschung heute- in den tiefen Schichten unseres Gehirns (in Teilen des limbischen Systems, vor allem der Amygdala) gespeichert und komplex verschaltet. Von dort aus steuern bzw. beeinflussen sie (uns nicht bewusst) unser gesamtes späteres Leben.

Die Chance von Psychotherapie ist es, diese unbewussten frühen Erfahrungen zu erreichen. Roth schreibt dazu, dass – entgegen der Ansicht anderer Neurobiologen, die ein Umlernen der Netzwerke der Amygdala und damit auch die Möglichkeit, über Psychotherapie die verknoteten limbischen Netzwerke aufzulösen bezweifeln – die Wirkung der Psychotherapie doch „darin bestehen könnte, dass im Laufe einer Therapie aufgrund andersartiger Erfahrungen d. h. positiver emotionaler Erfahrungen in der Amygdala „Ersatzschaltungen“ angelegt werden, die die negativen Schaltungen einkapseln und an ihnen vorbei einen eigenen Zugang zur Handlungssteuerung erlangen. Therapie wäre dann die Induktion der Bildung dieser kompensatorischen Netzwerke“ (Roth 2003, 439/440).

Es ist wichtig zu wissen, besonders für Psychotherapeuten, dass die für unser Erleben und unsere Beziehungsgestaltung zuständige emotionale Basis vor der Geburt gelegt wird. Diese dafür verantwortlichen Strukturen, die unser Denken,

Fühlen und Handeln beeinflussen, sind deshalb nur sehr schwer und, wenn überhaupt, dann nur über die gleichzeitige Aktivierung der emotionalen Zentren im limbischen System veränderbar (Hüther 2004, 21). Deshalb ist die Chance von Psychotherapie, mit Hilfe tiefgreifender Beziehungserfahrungen, die therapeutisch genutzt, bearbeitet, gedeutet werden, hilfreiche neue kompensatorische Netzwerke zu schaffen. Dass dies ein Leben lang möglich ist, bestätigen heute die Forschungen der Neurowissenschaften.

Unter den verschiedenen Richtungen der Psychotherapieforschung liefert die Boston Change of Process Study Group (Boston Group)³ sowie Beatrice Beebe und Frank M. Lachmann unserer Ansicht nach die schlüssigste Erklärung für therapeutische Veränderung. Sie betonen, dass der Ablauf von impliziten Prozessen ein Leben lang gleich bleibt, und dass das Implizite und Explizite zwei parallel laufende Systeme sind.⁴ In vergleichenden Fallanalysen untersuchten sie, warum und wodurch sich in psychoanalytischen Behandlungen Veränderungen ergeben haben.

Damit sich Veränderungen ereignen, muss ein Moment entstehen, in dem sich beide Systeme treffen, in Resonanz geraten, sich synchronisieren und dadurch regulieren.

Die Boston Group nennt diese Momente, in denen das Zusammenwirken, das Sich-Treffen zweier selbstorganisierender Systeme gelingt „now-moments“. Ob dieser Moment gelingt, hängt davon ab, ob die Chance ergriffen werden kann und der „now-moment“ zu einem „moment of meeting“, einen Moment der Begegnung werden kann. Es sind Momente, die das ganze Erleben der beteiligten Personen, ihr Denken und Fühlen, auf eine andere Stufe hebt.

Wie die Psychotherapieforschung schon lange belegt hat, geschieht Veränderung nur in einem dyadischen Prozess, d. h. über Beziehung. Lenz und v. Moreau schreiben zu Tronicks Hypothese einer dyadischen Bewusstseins-Erweiterung: „Diese Hypothese beschreibt einen mikro-regulativen, sozial-emotionalen Prozess der Kommunikation, der dyadische, intersubjektive Zustände geteilten Bewusstseins schafft. Jedes Individuum – Mutter und Kind – stellt ein sich selbst-organisierendes System dar, welches seinen eigenen Bewusstseinszustand (Zustand der neuronalen Organisation) herstellt. Dieser kann sich im Zusammenwirken mit anderen selbst-organisierenden Systemen zu kohärenteren und komplexeren Zuständen ausbreiten.“ (Lenz, v. Moreau 2003, 124).

In einem solchen Moment der gegenseitigen Ansteckung ist eine wirkliche, tiefe Begegnung möglich. Dies bedeutet, dass der Therapeut als Person in Erscheinung tritt – in diesem Moment wird die therapeutische Beziehung real. Die therapeutische Rollenverteilung löst sich für diesen Moment auf.

Eine Veränderung ist möglich, wenn diese Chance von beiden ergriffen wird.

Stern geht in seinem neuesten Buch noch weiter und beschreibt „now-moments“ und Momente der Begegnung als zwischenmenschliche regulative Faktoren im täglichen Leben (Stern 2004).

In einer Pilotstudie zu „Musiktherapie bei frühen Interaktionsstörungen“ wurden flüchtige Momente beschrieben, die die Beziehung zwischen Mutter und

Kind auf eine neue Basis brachten und von so tiefer Wirkung waren, dass die Frage auftauchte, ob es wohl eine „Erziehung zum Glücklich-sein“ gebe“ (Lenz, 1995). Es waren Momente von Begegnung, gemeinsamer Freude und eröffneten einen neuen Raum, in dem sich die Beziehung neu gestalten konnte; wogegen die Zeit vorher dadurch charakterisiert war, dass beide Partner verzweifelt auf der Suche nacheinander waren und „immer haarscharf aneinander vorbei liefen“. Diese Momente bewirkten teilweise Quantensprünge in der Entwicklung der Kinder (Lenz 2000). Das Bestreben der Kinder ab ca. 8 Monaten, Synchronisation aktiv herzustellen, war eindrucksvoll und von einem tiefen Gefühl von Zufriedenheit und Sicherheit gekrönt.

In der Musik, im Musizieren oder Improvisieren können sich ähnliche Momente fast von allein einstellen, denn Musik ermöglicht es Menschen, sich auf einer Intensität, einer Schwingung, einem rhythmischen Ereignis oder einer dynamischen Kontur zu begegnen. Gemeinsames Musizieren bzw. Improvisieren gelingt dann, wenn man die innere Bereitschaft hat, sich einzulassen, sich auf den anderen, auf die Musik einzuschwingen. Dies ist nicht willentlich herzustellen, es ist ein interaktives affektives Geschehen. Am therapeutischen Improvisieren kann man sehr deutlich die Bedeutung der Resonanz, sich auf einer Wellenlänge zu bewegen, hören und erleben: zwei Menschen treffen sich, geraten in Resonanz, synchronisieren sich, beide fühlen sich anders miteinander – es ist nicht mehr so wie es vorher war⁵. Hier wird deutlich, dass dieses Einander-Begegnen Voraussetzung dafür ist, damit beide diesen „moment of meeting“ ergreifen können, und dadurch ein therapeutischer Prozess in Gang kommen kann.

In diesem Sinn ist Musikerfahrung Beziehungserfahrung, die therapeutisch genutzt werden kann, um einen Menschen emotional, unmittelbar und unbewusst zu erreichen, ihn zu berühren und tief im Inneren zu bewegen.⁶

Die Neurowissenschaft bestätigt mit ihren Befunden unser aller persönliche und therapeutische Erfahrungen, dass Worte allein nicht wirken: wir können über alles reden, alles verstehen, ohne dass es Folgen hat. Einsichten verändern nichts grundlegend, sie sind auch nicht in der Lage, neue kompensatorische Netzwerke aufzubauen. Sprache dient allein der verbalen Kommunikation. Entscheidungen darüber, was wir letztlich tun oder nicht tun, treffen wir auf der Grundlage unserer unbewussten emotionalen Erfahrungen.

Die gilt es in unserem Fall mithilfe von Musik zu erreichen – wie verschieden der Musikbegriff verstanden wird und was immer Musik in den verschiedenen musiktherapeutischen Schulen bedeutet.

Wie wir gezeigt haben, gewinnt ein akustischer Reiz, ein Rhythmus, eine Musik, ein Klang, eine Stimme erst im Zusammenhang, in der Verkoppelung mit allen daran beteiligten sensorischen und biochemischen Erfahrungen und den damit verbundenen Erlebnissen oder Assoziationen eine spezifische Bedeutung. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass „Musik“ in der Lage ist, die damit verbundenen und auf anderen Ebenen und Bereichen des Gehirns verankerten Erfahrungen wieder wach zu rufen.

Dass Musik per se unterstützend, heilend, therapeutisch wirkt, belegen medizinische und neurowissenschaftliche Forschungen (Spintge und Droh 1996; Taylor 1997, Thaut et al. 2004). Da Musik das Gehirn sowohl auf emotionaler als auch auf sensorisch-motorischen Ebenen erreicht, stimuliert oder dämpft sie die Ausschüttung von Transmittern, bzw. stimuliert und integriert sie neuronale Netzwerke auf musikimmanente Weise. Ralph Spintge nutzt seit Jahren erfolgreich die stressreduzierende Wirkung von Musik, die auf Veränderung des kardiovaskulären und endokrinen Systems, bzw. biochemischer Vorgänge beruht, im operativen Setting. Auch Dale Taylor beschreibt diese biophysiological Erkenntnisse als Grundlage für seine Theorie zur Wirkung von Musiktherapie.

Michael Thauts Neurologische Musiktherapie beruht auf der neurowissenschaftlichen Forschung zur psychischen und physischen Wirkung von Musik auf Hirnprozesse, insbesondere auf die Motorik. Gezielte Stimulation über die akustische Beeinflussung motorischer Prozesse durch rhythmische Zeitgeber und damit verbundenem aktiven Üben verändert Verhaltens- und Wahrnehmungsprozesse. Neurowissenschaftlich gesehen erzeugt der musikalische Rhythmus stabile interne Referenzintervalle, die das Timing von Bewegungsreaktionen lenken. Therapeutisch wird dieses Wissen in akute und rehabilitative Settings integriert, bei Patienten mit motorischen Störungen und neuropathologischen Entwicklungsstörungen.

Wir können also festhalten, dass Musik mit diesen nachgewiesenen Wirkungen einen wissenschaftlich begründeten etablierten Platz im klinischen Bereich hat.

Schlussbemerkungen

Wir sind in diesem Beitrag ganz bewusst nicht auf die Musiktherapie in ihren unterschiedlichen Methoden und Anwendungsgebieten eingegangen.

Wir haben in diesem Beitrag methodenübergreifend heraus zu arbeiten versucht, dass es in der Musiktherapie im Wesentlichen um Beziehung geht – um eine Beziehungserfahrung die hilft, über Musik eine Wandlung einschränkender impliziter Muster anzuregen und sie in ihrer gefrorenen Dynamik wieder in Schwingung zu versetzen. Klang trägt die Potenz in sich, Veränderungen in einer unflexiblen Gestalt einem Verhaltens- oder Erlebensmuster anzuregen.

Die Boston Group hat intensiv nach Verbindungen von der Säuglingsforschung zur Erwachsenenpsychotherapie gesucht und dabei nachweisen können, dass sich die Art und Weise, wie nonverbale Prozesse ablaufen, bereits sehr früh als implizites Erfahrungswissen abgespeichert wird. Entscheidende Veränderungen lassen sich später auf dieser Ebene nur erreichen, wenn eine therapeutische Intervention an dieses implizite Erfahrungswissen anknüpfen kann.

Im Lauf der Therapie und mit Unterstützung des Therapeuten kann der Patient eine Wahrnehmung dafür entwickeln, ob er den Schritt in eine neue Richtung wagen kann oder in die Sicherheit eines alten vertrauten Musters zurückfällt.

Diese feinsinnigen, auf der Ebene von Empfindungen ablaufenden Prozesse anzuregen, ist vielleicht das größte Potential der Musiktherapie.

Musiktherapie arbeitet mit den präkognitiven und emotionalen Bereichen des Menschen und knüpft damit an sehr früh angelegte, eben auch intrauterine Erfahrungsmuster an. Dieses implizite Erfahrungswissen kann durch Musik wieder erweckt werden. Wenn die Welt zu diesen frühen Zeiten noch in Ordnung war, kann auf diese Weise das gestärkt werden, was in einem Menschen als noch heiles Fundament vorhanden ist. Empfundener wird dies als „innere Berührung“, als Wecken einer alten Sehnsucht, eines ressourcenstärkenden Gefühls. Dieses Gefühl kann dann zum Ausgangspunkt für die Aneignung neuer Denk- und Verhaltensmuster werden.

Literatur

- Basch, M. (1994): Psychoanalysis and developmental processes. Infant research and changing practice of psychoanalysis. Symposium Köln
- Bauer, J. (2002): Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen unsere Gene beeinflussen. Frankfurt
- Beebe, B., Lachmann, F. M. (2004): Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener, Stuttgart
- Boston Process of Change Study Group: s. Stern und Tronick
- Damasio, A. R. (2001): Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins. München
- Emde, R., Biringen, Z., Clyman, R., Oppenheim, D. (1991): The moral self in infancy: Affective core and procedural knowledge. *Dev Rev* 11
- Erikson, E. H. (1974): Kindheit und Gesellschaft. 5. Aufl. Stuttgart
- Fischer, C., Als, H. (2003): Was willst du mir sagen? Individuelle beziehungsgeführte Pflege auf der Neugeborenen Intensivstation zur Förderung der Entwicklung frühgeborener Kinder. In: Nöcker-Ribaupierre, M. (Hrsg.): Hören – Brücke ins Leben. Musiktherapie mit früh- und neugeborenen Kindern. Göttingen
- Gallese, V. (2003): The Roots of Empathy: The Shared Manifold Hypothesis and the eural Basis of Intersubjectivity. *Psychopathology* 36, 171–180
- Gergely, G., Watson, J. S. (1999): Early social-emotional development: contingency, perception, and the social biofeedback model. I. P. Rochat (Ed.): *Early social cognition* Hillsdale, 101–136
- Hüther, G. (2002): Die Folgen traumatischer Kindheitserfahrungen für die weitere Hirnentwicklung. In: PAN Pflege- und Adoptivfamilien NRW e. V. (Hrsg.): *Traumatisierte Kinder in Pflegefamilien und Adoptivfamilien*. Ratingen

- Hüther, G. (2004): Ebenen salutogenetischer Wirkungen von Musik auf das Gehirn. MU 25 (1), 16–26
- Hüther, G. (2005): Mein Körper – das bin doch ich. Neurobiologische Argumente für den Einsatz Körperorientierter Verfahren in der Psychotherapie. Psychoanalyse & Körper, 4(7), 7–24
- Koelsch, S. (2005): Ein neurokognitives Modell der Musikperzeption. MU 26(4), 365–381
- Koelsch, S., Siebel, W. A. (2005): Towards a neural basis of music perception. Trends in Cognitive Sciences, in press
- Krause, K.-H., Dresel, S., Krause, J. (2000): Neurobiologie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Psycho 26, 199–208
- Lamparter, U., Nelting, M. (2003): Hörwelt. In: Hyperakusis. Frühzeitig erkennen, aktiv behandeln. Stuttgart, 13–25
- Lecanouet, J. P., Graniere-Deferre, C., Jaquet, A. Y., DeCasper, A. I. (2000): Fetal discrimination of low-pitched musical notes. Developmental Psychobiology 36(1), 29–29
- Lenz, G. M. (1995): Pilotstudie – Abschlussbericht für die Andreas-Tobias-Kindstiftung Hamburg
- Lenz, G. M. (2000): Musiktherapie bei frühen Interaktionsstörungen. MU 21, Heft 21, 126–140
- Lenz, G. M., v. Moreau, D. (2003): Resonanz und Synchronisation als regulative Faktoren von Beziehung – das Spezifische der Musiktherapie. In: Nöcker-Ribaupierre, M. (Hg): Hören – Brücke ins Leben. Musiktherapie für früh- und neugeborene Kinder. Göttingen, 109–134
- Maiello, S. (2003): Die Bedeutung pränataler auditiver Wahrnehmung und Erinnerung für die psychische Entwicklung – eine psychoanalytische Perspektive. In: Nöcker-Ribaupierre, M. (Hg): Hören – Brücke ins Leben. Musiktherapie für früh- und neugeborene Kinder. Göttingen: 85–108
- Moffitt, T., Casp, A., McClay, J, Mill, J., Martin, J., Craig, I, Taylor, A., & Poulton, R. (2002): Role of Genotype in the Cycle of Violence in Maltreated Children. Science 297, 851–854
- Neugebauer, L. (1998): Herzfrequenz und Kommunikation. Kairos II: 26–38. Bern
- Nöcker-Ribaupierre, M. (Hg.) (2003): Hören – Brücke ins Leben. Musiktherapie für früh- und neugeborene Kinder. Göttingen
- Pöppel, E. (2005): Die Diktatur der Uhr. www.geo.de/GEO/kultur 07 2005
- Olsho, L. W., Koch, E. G., Haplin, C. F. (1987): Level and age effects in infant frequency discrimination. J Acoust Soc Am 82, 454

- Roth, G. (2003): *Fühlen, Denken, Handeln*. Frankfurt
- Rubel, E. W. (1985): Ontogeny of auditory system function. *Ann Rev Physiol* 46, 213
- Salk, L. (1962): Mothers heart beat as an imprinting stimulus. *Transaction of the New York Academy of Science Series* 24, 753–763
- Schumacher, K. (1999): *Musiktherapie und Säuglingsforschung*. Frankfurt
- Shahidullah, S., Hepper, P. G. (1993): The developmental origins of fetal responsiveness to an acoustic stimulus: *J of Reprod and Inf Psych* 11(3), 135–142.
- Singer, W. (1995): Development and plasticity of cortical processing architectures. *Science* 270, 758–764
- Spintge, R., Droh, R. (1996): *Musik Medizin*. Stuttgart
- Stern, D. N. (1992): *Die Lebenserfahrungen des Säuglings*. Stuttgart
- Stern, D. N. (1998): *Mutterschaftskonstellation*. Stuttgart
- Stern, D. N. (1998): The Process of Therapeutic Change Involving Implicit Knowledge: Some Implications of Developmental Observations for Adult Psychotherapy. *Inf Mental Health J* (19), 300–308
- Stern, D. N. (2004): *The Present Moments in Psychotherapy and Everyday Life*. New York
- Tauth, M. H., Nickel, A. K., Hömberg, V. (2004): Neurologische Musiktherapie – Übersicht zum wissenschaftlichen Hintergrund und zur klinischen Methodik. *MU* 25 (1), 35–44
- Taylor, D. B. (1997) *Biomedical Foundations of Music as Therapy*. St.Louis
- Teicher, M. (2002): Scars That Won't Heal: The Neurobiology of Child Abuse. *Scientific American* 286 (3), 68–75
- Tronick, E. Z. (1989): Dyadically Expanded States of Consciousness and the Process of Therapeutic Change. *Infant Mental Health Journal* 19, 290–299
- Tronick, E. Z. (1998): Interventions that effect change in psychotherapy: a model based on infant research. *Infant Mental health J* 19(3), 277–279

Anmerkungen:

- ¹ Globales, amodales Erleben, bzw. die Fähigkeit zur Kreuzmodalität könnten wir auch als basale Wahrnehmung bezeichnen. Alle Säuglinge erleben die Welt im Spiel dynamischer Kräfte, unterschiedliche Beziehungen werden in charakteristischen dynamischen Intensitätskonturen im prozeduralen Gedächtnis gespeichert
- ² Wenn das erste Lebensjahr mit geglückten Interaktionen verbunden war, bildet sich bis zum Ende des 1. Lebensjahres ein von der jeweiligen Kultur unabhängiges grundständiges moralisches Empfinden aus (Emde et al. 1991).
- ³ L. Sander, D. Stern, N. Bruschiweiler-Stern, E. Tronick, K. Lyons-Ruth, A. C. Morgan, J. P. Nahum
- ⁴ Implizites Wissen ist prozedural, non-verbal, nicht-symbolisch, vor- oder unbewusst – aber in Beziehungen erfahrbar – und schwer in Worte zu fassen. Vor allem aber ist es dynamisch bewusst, es ist schnellen Wechseln unterworfen, wie es intuitivem Verhalten eigen ist und bestimmt eine grundlegende Art und Weise, wie wir in Beziehungen mit anderen umgehen. Auf dieser Ebene spielt sich affektives Verhalten ab und auf dieser Basis entstehen Wiederholungszwänge. Wie ein mitschwingendes Band begleitet uns dieses frühe Erfahrungs-Wissen und beeinflusst, wie wir etwas empfinden
- ⁵ Diese Prozesse wirken sich auch auf vegetative Funktionen aus (s. Neugebauer 1998)
- ⁶ Dies zeigen auch sehr eindrucksvoll die Studien von Schumacher zur Musiktherapie mit autistischen Kindern (Schumacher 1999).

Dr.s.mus. Monika Nöcker-Ribaupierre, Wehrlestraße 22, 81679 München,
mnoeckrib@aol.com

Gisela M. Lenz, Ismaningerstraße 106, 81675 München, gmlenz@web.de

Prof. Dr. rer. nat., Dr. med. habil Gerald Hüther, Psychiatrische Klinik der Universität Göttingen

Musiktherapie in Praxis, Forschung und Lehre Musiktherapeutische Habilitation an der Universität Dortmund

Music Therapy in Practice, Research and Teachings Music Therapy Habilitation, Dortmund University

Rosemarie Tüpker, Münster

Die hier zusammengefassten Schriften der kumulativen Habilitation zur Musiktherapie umfassen Themenstellungen zur Musikpsychologie, zur Theorie und Praxeologie der Musiktherapie und zur musiktherapeutischen Lehre. Sie setzen sich aus wissenschaftstheoretischer Sicht kritisch mit Fragen der Forschung im Bereich der künstlerischen Therapien auseinander. Sie beruhen weitgehend auf qualitativen Forschungsmethoden und sind vom theoretischen Hintergrund der Psychoanalyse, der Gestaltpsychologie und der Morphologischen Psychologie verpflichtet. Sie beinhalten zahlreiche Fallbeispiele aus unterschiedlichen Praxisfeldern.

This postdoctoral lecture qualification presents cumulative studies in music therapy comprising topics on music psychology and on theory, practice and teachings of music therapy. Based on the philosophy of science these essays grapple critically with questions on research in arts therapies. Relying primarily on qualitative research methods and bound to theoretical foundations in psychoanalysis, Gestalt and morphological psychology they include numerous case studies from diverse clinical fields.

Einleitung und Zusammenfassung

Die 2005 an der Fakultät Rehabilitationswissenschaften (Prof. Dr. Irmgard Merkt) der Universität Dortmund zur Habilitation eingereichten Schriften entstand im Zeitraum von 1990 bis 2004, also während meiner Lehrtätigkeit an der Universität Münster. Durch die hohe Lehrverpflichtung und die Leitung des Studiengangs war diese, kumulative, Form der Habilitation der für mich geeignete Weg, da die Stellenstruktur weder eine Freistellung noch Forschungsfreiemester zuließ, so dass mir ein umfangreicheres wissenschaftliches Arbeiten „am Stück“ nicht möglich war. Dafür sehen Habilitationsordnungen diese Form vor, bei der keine einheitliche Habilitationsschrift vorgelegt wird, sondern bereits veröffentlichte Schriften als Habilitationsleistung zusammengefasst werden können. Die Auswahl der eingereichten Schriften zentriert auf vier Schwerpunkte: 1. Psychologie der Musik, 2. Theorie und Praxeologie der Musiktherapie, 3. Forschungsmethodik und Wissenschaftstheorie, 4. Lehre der Musiktherapie. Sie sind methodisch an der Mor-

phologischen Psychologie, der Psychoanalyse und Gestaltpsychologie orientiert, und somit einer geisteswissenschaftlichen Sicht- und Denkweise verpflichtet, ihre Untersuchungen basieren auf qualitativen Forschungsmethoden. Die *venia legendi* wurde für das Lehrgebiet „Musik in Rehabilitation und Therapie“ erteilt.

Beiträge zur Psychologie der Musik

Die fünf zwischen 1999 und 2003 entstandenen Beiträge versuchen einen neuen Musikbegriff herauszuarbeiten, wie er sich durch die andersartige Umgangsweise mit Musik in der Praxis der Musiktherapie, in der Improvisation und in bestimmten Bereichen der Musikpädagogik herausgebildet hat, aber theoretisch bisher kaum expliziert worden ist. Neben musiktherapeutischen Erfahrungen dienten dazu als Ausgangsmaterial Märchen, Erlebensbeschreibungen zu Improvisationen – auch außerhalb der Musiktherapie – zum Üben, zum Erlernen und zur Bedeutung von Musikinstrumenten und zum Musikhören. Außerdem wurden Fachbeiträge aus der Musiktherapie, Musikwissenschaft und Psychoanalyse zu vergleichenden Studien herangezogen. Theoretische Grundlagen der Ausführungen sind die Gestaltpsychologie, Psychoanalyse und die Psychologische Morphologie.

Der Aufsatz „*Musik – eine Zaubermacht? Kritische Untersuchung zur Bedeutung der Musik im Märchen*“¹ basiert auf einer textanalytischen Untersuchung von 66 europäischen Volksmärchen, in denen Musik eine wesentliche Rolle spielt. Ziel der Untersuchung war es, den impliziten Musikbegriff der Märchen herauszuarbeiten und die in den Märchen aufzufindenden ‚Konzepte‘ von Musik, die als vorwissenschaftlich psychologisches Wissen über die Wirkung von Musik verstanden werden können, darzulegen.

Ausgangspunkt war die Beobachtung, dass Märchen in der Musikkultur, bisweilen auch in der musiktherapeutischen Literatur, gerne als ‚Kronzeugen‘ für idealisiert überhöhte Auffassungen von der ‚Zauberkraft‘ oder ‚Heilkraft‘ von Musik benutzt werden. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen demgegenüber kritisch, dass die Musik in der Konnotation der Märchen einen alltagsnahen und oft eher herb-realistischen Charakter aufweist und dass sie ein wesentlich differenzierteres und psychologisch aufschlussreiches Bild zeichnet. Methodisch ging es bei der Untersuchung nicht um die psychologische Ausdeutung einzelner Märchen, sondern um den Vergleich einer größeren Anzahl von Märchen aus dem gleichen Kulturkreis anhand der Wiederkehr von Motiven, der Suche nach Entsprechungen wie nach unterscheidbaren Bedeutungen und typisierbaren Zusammenhängen. Im Wesentlichen ließen sich vier typisierbare Themenschwerpunkte extrahieren, deren übergeordnet durchgängiges Charakteristikum darin besteht, dass mit der Musik in den Märchen immer eine Verbindung hergestellt wird:

1. „*Musik als Bewegende*“ schafft eine Verbindung zwischen zwei oder mehreren Menschen, indem der Musizierende andere äußerlich – oft gegen ihren

Willen und manchmal bis zum Erschöpfungstod – in eine Bewegung versetzt, oder eine innere Bewegtheit, die zuvor fehlende Affekte erzeugt.

2. In dem Typus „*Musik als Zeugin*“ stellt die Musik eine Verbindung zwischen Gegenwart und Vergangenheit her, psychologisch einen Zugang zum verdrängten Unbewussten. Musik ist in diesem Typus Zeugin oder Verkünderin unentdeckter Verbrechen und führt damit zur Gestaltschließung durch späte Aufdeckung, Bestrafung oder Sühne.
3. In umgekehrter Richtung schafft die „*Musik als das Begehrte*“ eine Verbindung zwischen Gegenwart und Zukunft, im Sinne eines durch heftiges Begehren ausgelösten Entwicklungsimpulses, des Folgens einer Vision, des Verfolgens einer Passion. Als Ziel des Begehrens schafft die Musik es dabei, Lust und Kultivierung so miteinander zu verbinden, dass eine Sublimierung ermöglicht wird.
4. „Musik als Verbindende zweier Welten“, insbesondere der menschlichen, alltäglichen, ‚diesseitigen‘ Welt und der Welt des Unsichtbaren, der Feen, Tiere und Märchenwesen, einer Welt, in der die Zeit aufgehoben ist, stellt einen vierten Typus dar. Sie ermöglicht hier den Übergang zu dieser sonst verschlossenen Welt. Eine Variante ist die Trennung zwischen zwei geschiedenen gesellschaftlichen Ständen, die durch die Musik überwunden werden kann.

Durch diese Ergebnisse konnten psychologisch wesentliche Konzepte im verschlüsselten Alltagswissen der Märchen herausgearbeitet werden, die auch in der Musiktherapie und Musikpädagogik genutzt werden: Die Verbindung zwischen Menschen als sozial fördernder Aspekt; die Möglichkeit, Erstarrtes in Bewegung zu bringen, Bewegtheit zu erzeugen und zu vermitteln; die Herstellung der Verbindung zum Unbewussten, Verdrängten und Abgewehrten, zu Schuld oder Trauma, aber auch die Fähigkeit in und mit Musik archaisches Begehren zu sublimieren und als Entwicklungsimpuls zu nutzen.

Der Aufsatz „*Zum Musikbegriff der musiktherapeutischen Improvisation*“² führt die Frage nach dem Musikbegriff anhand eines Vergleichs der Auffassungen von Musik in musikwissenschaftlicher und musiktherapeutischer Literatur fort. Im Ergebnis zeigt die Untersuchung, dass sich in der Musiktherapie ein deutlich von der Musikwissenschaft abweichender Musikbegriff herausgebildet hat. Während in der Musikwissenschaft ein *objektivierender Werkbegriff* vorherrscht, versteht die Musiktherapie *Musik als Kommunikation*. Dies trifft besonders auf die musiktherapeutischen Konzepte zu, in denen die Improvisation zwischen Patient und Therapeut als Hauptmedium der Behandlung angesehen wird, ist aber durchaus als eine Gemeinsamkeit jenseits der Unterschiede der einzelnen musiktherapeutischen Schulen anzusehen. Neben der polarisierenden Gegenüberstellung konnten aber auch neuere Tendenzen in der Musikwissenschaft aufgezeigt werden, in denen sich eine Abwendung von einem ausschließlich werkbezogenen Musikbegriff abzeichnet und die dem Musikverständnis, wie es sich durch die musiktherapeutische

Praxis entwickelt hat, näher steht (z. B. Fricke, Said, Kaden). Bezogen auf den Musikbegriff der in den Musiktherapieausbildungen gelehrt wurde Improvisation wurde ergänzend die Frage erörtert, was die Unterscheidung zwischen affirmativem und kritischem Musikbegriff (Adorno) gegenüber den aktuellen gesellschaftlichen Verhältnissen und ihrer Spiegelung in der Ausbildungssituation bedeutet. Die Ausführungen kritisieren dabei die aktuelle Rede von der „Schaffung von Humankapital“ als Aufgabe der Universitäten und zeigen eine Verbindung zu einem verdeckten Vernichtungsgedanken gegenüber den Klienten der Musiktherapie (Kranken, Alten, Behinderten) auf.

Zwei Buchbeiträge setzen den begonnenen Gedankengang von Musik als Beziehung anhand verschiedener Untersuchungen fort. Im ersten wird Musik unter der ironisierenden Frage „*Wo ist die Musik, wenn wir sie nicht hören?*“³ als ein Phänomen herausgearbeitet, welches sich (mittelbar oder unmittelbar) im Wirkungsraum zwischen Menschen ereignet und diesen zugleich in besonderer Weise gestaltet. Untersucht wurden dazu sowohl allgemeine musikalische Phänomene als auch solche aus dem Bereich musiktherapeutischer Erfahrungen. Grundlage der Darstellungen bildeten qualitative Befragungen oder Erlebensbeschreibungen zum Erlernen eines Instruments, zum Üben, zum Verhältnis von Musikinstrument und Musiker, zur Erfahrung des Singens und zur Improvisation im Alltag, daneben Analysen der Beziehungssituation in der musiktherapeutischen Improvisation zwischen Patient und Therapeut.

Die Hauptaussage des Beitrags besteht in der Zentrierung darauf, dass Musik zwischen Menschen entsteht und im Subjekt als eine Codierung von Beziehungserfahrungen bewahrt wird, und dass – in einer umgekehrten Bewegungsrichtung – Beziehungserfahrungen in Musik zum Ausdruck kommen. An ausgewählten Beispielen konnte gezeigt werden, dass Musik Gestaltung und Gestaltet-Werden jeweils an der Grenze zwischen zwei Phänomenen ist, so z. B. zwischen Spieler und Hörer, Komponist und Interpret, zwei und mehr SpielerInnen, aber auch zwischen dem Musiker und seinem Instrument, ‚Ich und Welt‘, musikalischer Vorerfahrungen und aktuell gehörter oder gespielter Musik. Ferner, dass Musik zugleich diese Grenze, dieses ‚Dazwischen‘ zu einem aktuellen sinnlich erlebbaren Wirkungsraum gestaltet.

Es konnte dargelegt werden, wie Musik Übergänge und Verbindungen schafft und gestaltet, nicht nur zwischen Subjekten, sondern auch zwischen Unbewusstem und Bewusstsein, Körperlichem und Seelischem, ‚Außen‘ und ‚Innen‘. Die Eignung der Musik als therapeutisches wie erzieherisches Medium lässt sich daraus ableiten, dass Musik Beziehungsräume entstehen lässt und zugleich helfen kann, Beziehungen als Strukturen zu verinnerlichen, zu bewahren und wieder auffindbar zu machen.

Dass diese Grundthese auch für das Musikhören gilt, wird in dem Beitrag „*Musikhören als Gestalt*“⁴ herausgearbeitet. Nach einer kurzen Einführung zum Mu-

sikhören als Forschungsgebiet innerhalb der Musikpsychologie gibt der Aufsatz eine auf Erlebensbeschreibungen basierende Untersuchung zum psychologischen Wirkungsfeld des Musikhörens wieder. Vom gestaltpsychologischen und morphologischen Denken ausgehend wurde – in Abgrenzung zu anderen Betrachtungsweisen, die eher Musik und Rezeption als zwei Einheiten trennen – zunächst „Musikhören“ als *eine* wirksame psychologische Einheit dargestellt, die sich deutlich von anderen aktualgenetischen Einheiten unterscheiden lässt.

Von da aus wurden verschiedene Fassungen des Musikhörens herausgearbeitet, sowohl solche, bei denen Musikhören im Vordergrund des Erlebens steht (Konzert, bewusstes Hören einer Musik vom Tonträger etc.), als auch solche, bei denen Musik im Hintergrund wirksam ist (Musikhören bei den Schulaufgaben, bei Haushaltstätigkeiten etc.) und solche, bei denen es zu einer besonderen Fassung der Schweben zwischen den beiden genannten Fassungen kommt. Differenziert wurden daneben unterschiedliche Typen von Musikhörern, verschiedene Arten des einzelnen Menschen, Musik zu hören, sowie der Aspekt der individuellen biographischen Entwicklung des Musikhörens beim Einzelnen.

Es konnte gezeigt werden, dass Musikhören eine „Selbstbehandlung im Alltag“ darstellt, wie diese Selbstbehandlung in den verschiedenen Fassungen funktioniert und dass die Rezeptive Musiktherapie letztlich in solchen Alltagserfahrungen im Umgang mit Musik gründet.

Spezieller konnte festgestellt werden, dass die bekannten Formen der Rezeptiven Musiktherapie vorwiegend die letztgenannte Fassung der Schweben zwischen dem Musikhören im Vordergrund und im Hintergrund aufsuchen und methodisch nutzen.

Die Frage nach dem Einfluss des neueren psychoanalytischen Denkens auf die Musiktherapie rundet dieses Kapitel ab. Anhand relevanter musiktherapeutischer Literatur wurden die Einflüsse der Selbst- und Objektbeziehungstheorien auf die Musiktherapie untersucht (*Selbstpsychologie und Musiktherapie*⁵). Nachgewiesen werden konnten im Wesentlichen Einflüsse von Melanie Klein (mit den Konzepten: 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 und des Schöpferischen, Prä-Objekte, Bedeutung der therapeutischen Regression), sowie Weiterführungen dieser Konzepte für die Psychosenbehandlung durch Gaetano Benedetti u. a., Heinz Kohut (Selbst, Selbstobjektfunktion der Musik, ‚Glanz im mütterlichen Auge‘, Selbst-Selbstobjektbeziehung, umwandelnde Verinnerlichung) und Daniel Stern (mit den verschiedenen Stufen der Selbstentwicklung und insbesondere den Konzepten der amodalen Wahrnehmung, der Affektstimmung und der Vitalitätsaffekte). Darüber hinaus wird die Vorstellung des „Music Child“ in der Nordoff-Robbins-Musiktherapie auf seine selbstpsychologische Implikationen hin betrachtet und der Begriff eines

„Keimselfst“ entwickelt, um die therapeutisch, menschlich und gesellschaftliche bedeutsame Paradoxie des Begriffes herauszustellen.

Abschließend wurden drei Thesen zur Wirkungsweise musiktherapeutischer Behandlung aus Sicht dieser neueren Theorien der Psychoanalyse entwickelt und ausführlicher begründet:

1. In einem Teil der musiktherapeutischen Improvisationen spiegeln sich die verinnerlichten und zu Selbstsubstanz gewordenen Objektbeziehungen der Patienten.
2. Durch die besondere Beziehungssituation in der musikalischen Improvisation kann der *mitspielende* Therapeut für den Patienten Selbstobjektfunktion bekommen und der Patient kann die sich verändernde Musik so verinnerlichen, dass es zu einer Veränderung im Selbst kommt.
3. Die so verstandene musiktherapeutische Arbeit begründet sich auch darin, dass der Musiktherapeut Musiker ist, was in dem Sinne verstanden sein soll, dass für ihn die Musik Selbstobjektfunktion hat. (Darin liegt der neue Impuls, den die Musiktherapie in den Kanon der Psychotherapien einzubringen hat.)

Beiträge zur Theorie und Praxeologie der Musiktherapie

Eine Zusammenfassung der Grundgedanken, Forschungsmethoden sowie der neueren Forschungsergebnisse der morphologischen Musiktherapie bietet der Beitrag „*Morphologisch orientierte Musiktherapie*“⁶. Nach einer kurzen historischen Ableitung der Morphologischen Wissenschaften aus der Morphologie Goethes, der darauf sowie auf der Psychoanalyse und der Gestaltpsychologie basierenden Morphologischen Psychologie Wilhelm Salbers und einer wissenschaftstheoretische Einordnung werden die Grundzüge der Morphologischen Musiktherapie anhand von vier Versionen dargestellt, aus denen in der Morphologie jeweils spezifischere Forschungsmethoden abgeleitet werden. So wurden für die Musiktherapie vier Schritte eines wissenschaftlichen Verfahrens zur Analyse musiktherapeutischer Improvisationen („Beschreibung und Rekonstruktion“) entwickelt sowie eine Methodik zur Analyse und Planung musiktherapeutischer Behandlungsverläufe („Behandlungsschritte“). Letztere wird in dem Beitrag an vier Fallvignetten aus den Bereichen der Psychosomatik mit Erwachsenen und Kindern illustriert.

Diese beiden Analyseverfahren sowie ein „Leitfaden zur Dokumentation musiktherapeutischer Behandlungen“ wurden in zahlreichen Einzelfallstudien angewandt. Von dem diagnostisch orientierten Verfahren der ‚Beschreibung und Rekonstruktion‘ liegen inzwischen über 100 Durchführungen vor. Die untersuchten Beispiele stammen aus fast allen musiktherapeutischen Arbeitsbereichen, in denen mit freier Improvisation im weitesten Sinne gearbeitet wird, und erfassen die Arbeit mit Kindern ebenso wie die mit Erwachsenen sowie Einzel- und Gruppentherapien. Auf der verallgemeinernden Ebene konnte durch diese Ana-

lysen eine wesentliche Voraussetzung für die Verwendung der Improvisation als Mittel einer psychotherapeutisch orientierten Musiktherapie geschaffen werden, da die Analysen durchgängig zeigen, dass unabhängig von der musikalischen Vorbildung des Patienten in der gemeinsamen Improvisation immer grundlegende seelische Strukturen zum Ausdruck kommen, die auch im Zusammenhang mit der Erkrankung oder Konfliktsituation des Patienten stehen. Über ihre Manifestation als musikalische Strukturen sind sie durch unabhängige Beobachter beschreibbar (objektivierbar) und leisten einen Beitrag zum psychologischen Gesamtverständnis des Patienten, der sprachgebundene Verstehenszugänge ergänzt. Eigene Analysen musiktherapeutischer Improvisationen finden sich in den Beiträgen: „*Zur Bedeutung künstlerischer Formenbildung in der Musiktherapie*“⁷ und „*Musiktherapie: Hören und Verstehen*“⁸.

In nicht-wissenschaftlichen Zusammenhängen wie in Supervision und praxisnaher Qualitätssicherung wird das Verfahren seit seiner ersten Veröffentlichung 1988 oft auch in vereinfachter Fassung genutzt, um eine vertiefende und klärende Sicht auf den Einzelfall von der Musik her zu ermöglichen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass sich das, was die unabhängigen Beschreiber in der Musik des Patienten hören, direkt für einen fokussierten Aufbau der Behandlung nutzen lässt. Für das Behandlungsteam kann der Musiktherapeut auf diese Weise, im Sinne eines zusammenfassenden Assessments, einen wichtigen Beitrag für das Verstehen eines Patienten leisten, indem er die Ergebnisse aus der musikalischen Kommunikation mit dem Patienten in psychologisch übersetzter Form mitteilen kann. Für bestimmte Arbeitsbereiche wurden Modifikationen des Verfahrens entwickelt, z. B. für die Arbeit mit geistig behinderten Kindern. Außerdem wurde das Verfahren zum Ausgangspunkt für vergleichende Studien, die teilweise in von mir betreuten Diplomarbeiten durchgeführt wurden, so für chronische Schmerzpatienten, Patienten mit Anorexia nervosa, Borderline-Patienten.

Die dargestellte Methodik der Analyse des Behandlungsverlaufs wurde in ca. 30 Fallstudien oder Kurzdarstellungen zur Überprüfung des Behandlungsgeschehens genutzt. Die Ergebnisse differieren hier stark aufgrund der sehr unterschiedlichen Behandlungsvoraussetzungen, die einen Vergleich erschweren. Dabei spielen nicht nur die sehr unterschiedlichen Indikationsbereiche eine Rolle, sondern vor allem auch die von den Musiktherapeuten nicht zu beeinflussenden Rahmenbedingungen. Als Ergebnis lässt sich aber feststellen, dass es in den untersuchten musiktherapeutischen Behandlungen, die nicht *zu* stark durch äußere Bedingungen eingeschränkt sind, zu einem vollständigen Durchlaufen der vier Behandlungsschritte kommt, was methodisch im Sinne einer erfolgreichen Behandlung angesehen werden kann.

Der Beitrag zeigt ferner die bisherige Verbreitung und Konzeptualisierung der Morphologischen Musiktherapie in den verschiedenen Anwendungsfeldern auf. Dies waren zum damaligen Zeitpunkt die stationäre psychosomatische Rehabilitation, die ambulante Arbeit mit psychosomatisch und neurotisch Erkrankten,

die Arbeit mit psychotisch Erkrankten, mit Kindern und Jugendlichen in den verschiedenen klinischen, heilpädagogischen und sonderpädagogischen Betreuungsbereichen, mit geistig behinderten Menschen verschiedener Altersstufen, in der Onkologie, der sozialen Arbeit mit Strafgefangenen und der Neurologie.

Musiktherapeutische Fallbeispiele oder Fallvignetten finden sich in elf weiteren Beiträgen.⁹ In der morphologischen wie auch anderen tiefenpsychologischen Auffassungen stellen Falldokumentationen einen wesentlichen Anteil qualitativer Forschung dar, die dem Junktum von Praxis und Forschung entsprechen. Dies gilt insbesondere dort, wo es noch darum geht, ein neues Therapieverfahren zu entwickeln, wie dies für die Musiktherapie der Fall ist.

In dem Beitrag *„Nichts ist ohne Grund – Musiktherapie bei funktionellen Störungen“* a. a. O. wird der Missachtung von Patienten mit organmedizinisch nicht begründbaren Schmerzzuständen und anderen Leiden, die scheinbar „ohne Grund“ sind, mit einer kritischen Reflexion des zugrundeliegenden medizinischen Modells begegnet. Aus der Erfahrung mit dem großen Leid dieser Menschen werden die besonderen Möglichkeiten der Musiktherapie anhand praktischer Beispiele vor dem theoretischen Hintergrund der Morphologischen Musiktherapie dargestellt. Musik zeigt sich dabei als Brücke zwischen dem im körperlichen Symptom gefangenen Seelischen und der Sprache, die das Leiden nicht zum Ausdruck bringen konnte. Zentrum der Behandlung ist neben dem Gespräch die musikalische Improvisation zwischen Patient und Therapeut. Bezogen auf die musikalische Ausdrucksdynamik dieser Patienten konnte dabei vor allem eine Reduktion der musikalischen Formenbildung festgestellt werden, die sich im Einzelnen darstellt:

- in einer hohen Redundanz der Spielweise,
- in der Selbstbeschränkung auf einen sehr engen Tonraum oder
- auf die alleinige Nutzung des immer selben Instrumentes über Wochen,
- in geringer rhythmischer Varianz und Flexibilität,
- in der kaum wahrnehmbaren Dynamik auf meist eher leisem Niveau.

Diese klinischen Beobachtungen konnten in einer von mir betreuten Diplomarbeit anhand der morphologischen Analyse der Erstimprovisationen von zwölf verschiedenen SchmerzpatientInnen und deren systematisiertem Vergleich verifiziert und erweitert werden. (Krapf 2001¹⁰)

Weitere der eingereichten Beiträge zur Praxeologie und Theoriebildung der Musiktherapie diskutieren spezielle behandlungstechnische und methodische Fragen. Einen Überblick zur Behandlungstechnik aus Sicht der Morphologischen Musiktherapie geben die *Lexikonartikel* zu den Stichworten ‚Leiden-Können‘, ‚Methodisch-Werden‘, ‚Anders-Werden‘, ‚Bewerkstelligen‘.¹¹ Der Beitrag *„Einigung in Differenz. Zum Behandlungsauftrag der Musiktherapie“*¹² erörtert die Frage nach dem musiktherapeutischen Behandlungsauftrag. Als ‚Einigung in Differenz‘ wird der Behandlungsauftrag, im Kontrast zu dem eher medizinisch konnotierten Begriff der

Indikation, als eine erste paradoxe Leistung dargelegt, an der PatientIn und TherapeutIn gleichermaßen beteiligt sind. Im zweiten Teil wird aufgezeigt, dass in diesem Behandlungsauftrag – nicht nur in der Kindermusiktherapie – immer auch ein Drittes zu berücksichtigen ist (Eltern, institutionelle Gegebenheiten etc.) und es werden die verschiedenen Aspekte solcher Dreieckskonstellationen genauer differenziert.

Die morphologische wie alle anderen tiefenpsychologisch orientierten Musiktherapierichtungen arbeiten dort, wo Sprache verfügbar ist, mit den Mitteln der Musik und der Sprache in einem methodisch näher zu bestimmenden Austausch. In dem Beitrag: „*Musik und Sprache als Mittel in psychologischer Behandlung und Forschung*“¹³ werden die Besonderheiten dieser beiden Medien herausgearbeitet und ihr Verhältnis zueinander als ein Ergänzungsverhältnis näher bestimmt. Ausgehend von der Freudschen Bestimmung der Psychotherapie als einer ‚Behandlung durch Worte‘¹⁴ werden die Möglichkeiten und Grenzen des Mittels Sprache dargestellt und von da aus die Musiktherapie, wie auch die anderen künstlerischen Therapien, als eine konsequente Weiterführung der Behandlung mit seelischen Mitteln, wie Freud dies ausdrückte, begründet. Dazu wird der kulturpsychologische Gedanke Lorenzers¹⁵ aufgegriffen, der das Verhältnis der Künste zur Sprache als ein notwendiges Ergänzungsverhältnis näher bestimmt. Es werden zum einen Gemeinsamkeiten von Sprache und Musik als Mittel menschlicher Kommunikation und Kultivierung sowie als Mittel psychologischer Behandlung und Forschung herausgearbeitet. Zum anderen werden einige wesentliche Unterscheidungen gezeigt und ihre Auswirkungen für die psychologische Behandlung wie für die Forschung erörtert. So wird z. B. auf die Metaebene der Sprache hingewiesen, die in dieser Form in der Musik nicht möglich ist und der deshalb zum einen in der Behandlung selbst eine wichtige Rolle zukommt, zum anderen aber auch bei der ‚Übersetzung‘ musikalischen Erlebens für die wissenschaftlichen Begründung musiktherapeutischen Handelns.

Es wird ausgeführt, wie die entwicklungspsychologische Vermittlungsfunktion von Sprache dort, wo diese in der Kindheit versagt hat, durch die Musik ergänzt werden kann. Hingewiesen wird auf die unterschiedlichen Sinnesbezüge der verschiedenen Medien sowie ihre unterschiedlichen Bezüge zu Raum und Zeit. Als ein Spezifikum der Musik wird näher auf die psychologische Bedeutung und die besonderen Möglichkeiten durch die Mehrstimmigkeit eingegangen sowie auf die hervorragende Bedeutung der Improvisation bezüglich einer Arbeit *in* der Übertragung (im Sinne Körners 1989¹⁶).

Der Beitrag: „*Vergewaltigung und sexueller Mißbrauch. Kein Thema für die Musiktherapie?*“¹⁷ beruht auf einem Vortrag auf einer Tagung des Deutschen Berufsverbandes der Musiktherapeuten (1989), durch den erstmals die Frage der musiktherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten für sexuell traumatisierte Frauen in die musiktherapeutische Fachdiskussion eingebracht wurde. Hintergrund war meine Erfahrung mit dieser neu ins Blickfeld gerückten Problematik in meiner damaligen Arbeit in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik. Eine wesentliche Aussage des Beitrages bestand darin, deutlich zu machen, dass und warum die einmal

entstandene therapeutische Beziehung nicht delegierbar ist, sondern dass das ‚Wegschicken‘ dieser Patientinnen, auch wenn es aus Gründen des subjektiven Empfindens der Überforderung mit dieser Problematik geschieht, immer die Gefahr in sich birgt, dass dies, wie das damalige Wegsehen und Nicht-Wissen-Wollen, als sekundäre Traumatisierung erlebt wird. Die Thematik wurde noch einmal für den Lexikonartikel zum Stichwort „*Sexueller Missbrauch*“¹⁸ behandelt.

In dem Beitrag: „*Musiktherapie als Erweiterung des Behandlungsangebotes oder: Warum braucht die Psychiatrie die Kunst?*“¹⁹ wird die Notwendigkeit der Künste für die Psychiatrie abgeleitet von den Gedanken Lorenzers (1973) zur Bedeutung der Künste in der Gesellschaft. Darauf aufbauend wird aufgezeigt, wie Musiktherapie – und die künstlerischen Therapien allgemein – in den bestehenden Kanon der Behandlungsangebote in den Psychiatrien sinnvoll integriert werden können. Häufig vorkommende Konzepte wie die scheinbar „gerechte“ Verteilung der Angebote eines einzigen Musiktherapeuten auf zu viele Stationen werden kritisiert, weil sie z. B. jegliche Kooperation mit den anderen Teammitgliedern verhindern und die Musiktherapie als Behandlungsangebot für diejenigen, die sie verordnen sollen, nicht ausreichend verstehbar wird. (Grundlagenmaterial für diesen Vortrag waren zahlreiche Supervisionen der Praktika der Studierenden wie auch von KollegInnen, die mir einen umfassenden Überblick über die Arbeitsbedingungen von MusiktherapeutInnen in den Psychiatrien vermittelt haben.)

Einen einführenden Charakter haben die Schriften: „*Musiktherapie in der Psychosomatik*“²⁰, der sich an Pflegepersonal richtet, „*Musiktherapie: Hören und Verstehen*“²¹, der auf einem Vortrag bei einer Tagung der ‚Gesellschaft zur Psychosomatischen Gynäkologie‘ beruht, sowie der mit Manfred Kühn verfasste Beitrag „*Musiktherapie*“²² für das Lexikon Naturheilverfahren und unkonventionelle medizinische Richtungen, mit dem die Musiktherapie methodenübergreifend für Mediziner dargestellt wird. Er gibt einen Überblick darüber, wie Musiktherapie sich entwickelt hat, welche musiktherapeutischen Verfahren zu unterscheiden sind, über bisherige Anwendungsfelder, Indikationsstellungen, Rahmenbedingungen sowie Ausbildungs- und Forschungssituation der Musiktherapie. Um eher allgemein gesellschaftliche Bezüge geht es in dem Beitrag: „*Blickpunkt Musiktherapie: Tötungsphantasien heute und ‚Euthanasie‘ im ‚Dritten Reich‘*“²³, der entstanden ist durch meine Teilnahme an den Gedenkveranstaltungen der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster zum 8. Mai 1945. Er knüpft an die musiktherapeutischen Erfahrungen mit den Nachwirkungen der ‚Euthanasie‘ bei heutigen, auch jüngeren geistig behinderten Menschen an, referiert die Geschichte der ‚Euthanasie‘ von 1933–1945 und thematisiert die aktuelle Problematik der verdeckten Tötungsphantasien durch Pränataldiagnostik und Gentechnologie.

Einen neuen Schwerpunkt bilden die beiden eigenen Beiträge für die Buchveröffentlichung „*Musik bis ins hohe Alter*“²⁴. Der erste Beitrag gleichen Titels begrün-

det ein Plädoyer für eine musikalische Arbeit mit alten Menschen von der Instrumentalpädagogik über die Erhaltung musikalischer Aktivitäten und die Förderung sozialtherapeutischer Aktivitäten bis hin zur Psychotherapie. Diese Positionen, die Grundlage der Tagung wie des Buches waren, wurden anhand von vier Thesen expliziert:

- Es ist nie zu spät, ein Instrument zu lernen.
- Jeder hat das Recht auf Kultur. In jedem Alter und auch unter den Bedingungen von Krankheit, altersbedingten Einschränkungen und Desorientiertheit. Jeder Mensch kann Musik machen.
- Es gibt kein Alter, in dem eine Psychotherapie – allein aufgrund des Alters – nicht mehr indiziert, nicht mehr möglich, nicht mehr sinnvoll ist. Musiktherapie kann eine geeignete Form der Psychotherapie für alte Menschen sein. (Hierzu wird über ein Fallbeispiel aus der eigenen Praxis berichtet.)
- Musiktherapie mit alten Menschen sollte methodisch flexibel und individuell sein. Sie darf nicht weniger professionell und reflektiert sein als jede andere Musiktherapie.

Der zweite ausführlichere eigene Beitrag in diesem Buch: „*Musiktherapeutische Konzepte mit alten Menschen*“ a. a. O. versucht eine Konzeptualisierung der Musiktherapie mit alten Menschen, die auf insgesamt zehn von mir betreuten Diplomarbeiten und einem eigenen Projekt mit Studierenden des Studiums im Alter beruht. Dabei wird versucht, einem defizit-orientierten Denkmodell, wie es in der musiktherapeutischen Arbeit mit alten Menschen zunächst üblich war und auch in der älteren Literatur zu finden ist, ein entwicklungs-offenes entgegenzustellen, welches auch die Erfahrungen der Validation (Feil 1999, 2000) einbezieht und für die musiktherapeutische Arbeit nutzbar macht.

Als gemeinsame Merkmale eines solchen Ansatzes konnten herausgearbeitet werden:

- die Wahrnehmung des Individuellen und Gewordenen, welches sich dann auch in der aktuellen Begegnung zeigt,
- eine therapeutische Haltung, die eher fragend und suchend ist, als dass sie davon ausgeht zu wissen, was für den Anderen gut sei, was er brauche, wohin die Entwicklung ginge sowie
- eine methodische Flexibilität, welche die Bedürfnisse des Einzelnen über eine vermeintliche ‚Reinheit des Verfahrens‘ stellt.

Die therapeutische Haltung und das methodische Vorgehen sind davon geprägt,

- dass es möglich ist zu verstehen,
- dass Verstehen der Hilfe zum Ausdruck von Empfindungen bedarf,
- dass Verstehen selbst eine heilende Wirkung entfalten kann und
- dass die Integration unverarbeiteter vergangener Erlebnisse und Konflikte eine wichtige Entwicklungsaufgabe auch im hohen Alter ist.

Die Beispiele beschreiben und diskutieren u. a. Gruppen- und Einzelarbeit, Arbeit mit der Stimme, Beispiele für methodische Flexibilität, spezielle Probleme der Rollenfindung und die Abgrenzungsnotwendigkeit für MusiktherapeutInnen in den Institutionen für alte und pflegebedürftige Menschen.

Ausführlich wird abschließend das eigene Projekt „*Musik und Lebenserfahrung*“ dargestellt. Dabei waren Studierende des Studiums im Alter der Universität Münster eingeladen, das musikalische Improvisieren in einer selbsterfahrungsnahen Gruppenarbeit kennen zu lernen. Die freie Improvisation stand dabei im Austausch mit Erzählungen über eigene Lebenserfahrungen. Die Erfahrungen der GruppenteilnehmerInnen wurden nach Abschluss der Gruppenarbeit mittels eines halbstrukturierten Fragebogens ermittelt. Studierende der Musiktherapie nahmen beobachtend an dieser Gruppe teil, waren aufgefordert, die Gruppenstunden zu protokollieren und diskutierten ihre Eindrücke mit mir in Nachgesprächen und gesonderten Treffen. Mit der Gruppenarbeit, der Auswertung der Protokolle und den Fragebögen konnte die in der musiktherapeutischen Literatur oft aufgestellte Behauptung, dass ältere Menschen nichts Neues mehr lernen könnten oder wollten, sich ungen auf ‚Experimente‘ einließen und die Improvisation als Mittel der Musiktherapie nicht mehr geeignet sei, für die nach der WHO-Definition „jungen Alten“ (55–70), klar widerlegt werden.

Die Gruppenarbeit bot einen Wechsel von Gespräch und freier, assoziativer und musikalisch gebundener Improvisation und richtete sich im Einzelnen ganz nach den Wünschen der GruppenteilnehmerInnen aus. Das führte zu einer Form, in der das musikalische Improvisieren selbst gegenüber dem Gespräch einen deutlich Vorrang hatte. Die einmal gefallene Formulierung davon, dass die Gruppe insgesamt ein „Experiment“ sei, wurde von den TeilnehmerInnen mehrfach aufgegriffen, wenn es darum ging, den Charakter der Zusammenarbeit zu bestimmen und bildete mit den Konnotationen von „Abenteuer, entdecken, versuchen, etwas Neues probieren“ den Haupttenor der Gruppenarbeit. So nahm das Erproben der Instrumente einen breiten Raum ein. Ganz entgegen den Aussagen in der Literatur waren Neugier, Abenteuerlust, Experimentierfreude, Offenheit und Kreativität Merkmale beider durchgeführter Gruppen, wie sich dies z. B. auch in den Themen widerspiegelt, die aus den Gesprächen heraus zu Titeln für Improvisationen wurden wie: „Lebensfülle und Leichtigkeit des Seins“, „Novemberinsel“, „Licht und Schatten“, „Klangmauer“, „Tafelmusik mit einem Butterbrot“, „Unterhaltungen zwischen einer Nordsee- und einer Karibikinsel“. Dass dies mit der Art der Veranstaltung zusammenhängt, wurde dabei nicht bestritten. Vielmehr zeigt die Tatsache, dass die Arbeit mit gesunden älteren Menschen so stattfinden kann, dass bei Aussagen zu dem, was ältere Menschen musikalisch können, mögen, was ihnen helfen kann, zwischen altersbedingten und krankheitsbedingten Einschränkungen unterschieden werden muss und Generalisierungen zu vermeiden sind.

Beiträge zu Forschungsmethodik und Wissenschaftstheorie

Neben den Forschungsbeiträgen zur Musiktherapie selbst wurden unter diesem Abschnitt diejenigen Beiträge zusammengefasst, die auf einer Metaebene die Fragen der Forschungsmethoden in der Musiktherapie bzw. den künstlerischen Therapien diskutieren und sich um eine wissenschaftstheoretische Fundierung der künstlerischen Therapien bemühen.

Der erstmals 1990 erschienene und 2002 erneut aufgenommene Artikel: „*Auf der Suche nach angemessenen Formen wissenschaftlichen Vorgehens in kunsttherapeutischer Forschung*“²⁵ kritisiert die unreflektierte Übernahme einzelner Aspekte eines (veralteten) naturwissenschaftlichen Paradigmas für die Erforschung der künstlerischen Therapien, hier im übergeordneten Sinne von Musik-, Kunst-, Drama-, Bewegungstherapien gebraucht. Konkret werden die unkritisch klischeehaft aufgestellten Forderungen nach Reproduzierbarkeit, Objektivität und Empirie auf ihre Angemessenheit in Bezug auf den Untersuchungsgegenstand hin untersucht und durch Alternativen ersetzt, die dem Sinn dieser Forderungen nachkommen, indem sie diese für den Bereich der künstlerischen Therapien modifizieren.

Abschließend wird aufgezeigt, dass die künstlerischen Therapien nur dann zu einer Erkenntniserweiterung über seelische Erkrankungen beitragen können, wenn es ihnen gelingt, Forschungsmethoden zu entwickeln, die ihrem Gegenstand angemessen sind. Der Gedanke, dass Kunst auch ein Erkenntnismittel sein kann, ist nicht neu, er gewinnt aber im Zusammenhang der Kunsttherapien eine neue praktische und methodisch anwendbare Bedeutung. Durch eine eigene Gegenstandsbildung, die tatsächlich von den Erfahrungen im Umgang mit Kunst und Behandlung ausgeht, könnte Kunst als Erkenntnisweg methodisch genutzt werden und zu einer Belebung der Wissenschaft ebenso beitragen wie zur Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten.

Der „*Leitfaden zur Protokollierung musiktherapeutischer Behandlungen*“²⁶ ist aus der Betreuung der Praktika und der darauf aufbauenden Diplomarbeiten der Studierenden entstanden. Ausgehend von den immer wieder auftauchenden Fragen nach einer sinnvollen und vergleichbaren Dokumentation des Originalmaterials musiktherapeutischer Behandlungen einerseits und dem Dokumentationssystem Michael Balints im Zusammenhang der Fokaltherapie andererseits wurden musiktherapiespezifische Dokumentationsbögen für die Musiktherapie entwickelt und mit zahlreichen Beispielen aus der Praxis beschrieben. Sie bilden inzwischen die Grundlage für viele Falldokumentationen und wurden von anderen Autoren für die besonderen Bedürfnisse einzelner Praxisbereiche modifiziert.²⁷ Der Leitfaden beinhaltet einen Bogen zum Erstinterview, einen zu einem ergänzenden Interview (z. B. mit den Eltern, Betreuern, Lehrern etc.) und einen Verlaufsbogen und soll vor allem auch einen besseren Vergleich von Einzelfallstudien ermöglichen.

Der Beitrag „*Forschen oder Heilen. Kritische Betrachtungen zum herrschenden Forschungsparadigma*“²⁸ setzt die Kritik aus wissenschaftstheoretischer Perspektive fort und beginnt mit 14 Thesen zum herrschenden Forschungsparadigma. Im Kern geht es darum, dass das weitgehend vorherrschende Forschungsparadigma einer experimentell-naturwissenschaftlich orientierten Forschung die Gemeinsamkeit und Kollegialität zwischen therapeutischen Berufsgruppen dahingehend zerstören kann, als dass bestimmte Forderungen in Behandlungskonzepte eingreifen, die sich nicht intrinsisch aus den Notwendigkeiten der Behandlung ergeben, sondern bloße Folge der unreflektierten Anwendung der Methoden sind, die als wissenschaftlich notwendig gelten. So wird z. B. zum Zwecke des Nachweises der Wirksamkeit der Kunsttherapie, für die Gelder einer renommierten Forschungsstiftung eingeworben werden konnten, auf einer Station eine Kontrollgruppe gesucht. Aufgrund der Strukturen wird die Bewegungstherapeutin, die ihre Gruppe für diese Zwecke zur Verfügung stellen soll, sich dieser Anforderung nicht entziehen können. Damit wird eine künstliche Rivalität zwischen Kunst- und Bewegungstherapeutin geschaffen, die erstens jedem Stationskonzept, welches die Patienten ja immer als Team behandelt, zuwider läuft, und zweitens durchaus existentiell bedrohliche Züge gewinnen kann, weil der Nachweis des Erfolges der Kunsttherapie ja in einem solchen Forschungsdesign nur dadurch möglich ist, dass gezeigt werden kann, dass diese ‚besser‘ wirkt als die Bewegungstherapie.

Es kann gezeigt werden, dass mit den Instrumenten der Qualitätssicherung häufig auch andere Interessen verfolgt werden, die mehr dem Interesse einflussreicher Berufsgruppen dienen als einer Qualitätssicherung im Dienste von Patienten. Ferner, dass die tendenzielle Auflösung einzelner Bereiche der Psychologie in Medizin und Biologie zunehmend dazu führt, dass mit einem eingeeengten Forschungsparadigma die Grenzen zwischen erkenntnisgeleiteten und interessengeleiteten Absichten und Motiven verschwimmen. Der alte Grundsatz: „Wer heilt, hat Recht“, wird mit der Diskussion um ‚wissenschaftliche‘ und ‚unwissenschaftliche‘ Ansätze unterlaufen und führt dazu, dass der Diskurs zwischen unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen zunehmend verfällt.

Dabei ist zu beobachten, dass es schleichend zu einer Verfälschung des epidemiologisch und statistisch relevanten Datenmaterials kommt, da nur statistisch verwertbare Daten herangezogen und daraus neue Aufgaben oder Forschungsziele postuliert werden, die die vorfindbare Realität jedoch nur in geringem Ausmaß widerspiegeln. Beispiel hierfür ist eine in der Praxis häufig anzutreffende Diagnostik psychischer Erkrankungen, die sich an den Vorgaben des Katalogs der gesetzlichen Krankenkassen und nicht an den tatsächlich vorfindbaren Störungen orientiert. Wenn dadurch z. B. die Zahl der depressiv Erkrankten oder der Angststörungen steigt, kann sich dies unmittelbar auf Forschungsinteressen auswirken.

Ein biologistisch orientiertes Forschungsparadigma führt zudem zu einer zunehmenden Entsubjektivierung und Enthistorisierung des Leidens, womit sich vor allem auch ökonomische Interessen durchsetzen lassen, ohne dass mögliche Alternativen in Betracht gezogen oder diskutiert würden.

Im ausführlichen Text werden diese Thesen an konkreten Beispielen aus der Praxis und an Forschungsprojekten der Musiktherapie zu belegen gesucht. Einen Schwerpunkt bilden dabei aktuelle Veränderungen des Gesundheitswesens und ihre negativen Auswirkungen auf die Ausübung der künstlerischen Therapien sowie die missbräuchliche Verwendung des Kriteriums der Wissenschaftlichkeit zu berufspolitischen Interessen. Das empirische Material für diese Auseinandersetzung stammt aus zahlreichen Supervisionen inner- und außerhalb des Studiengangs.

In einem zweiten Abschnitt wird die Kritik an den seltsam anmutenden „Sprechverboten“, denen Musiktherapeuten in der Praxis immer wieder ausgesetzt sind, noch einmal genauer in einer Art Durchführung behandelt. Es wird versucht zu zeigen, wie das herrschende Forschungsparadigma als Abwehrformation genutzt werden kann, um – auch gesellschaftlich mitbedingte – Leiden der Patienten nicht zur Sprache kommen zu lassen.

Inhaltlich geht es hier um die Beobachtung, dass gesprächsorientierte Mediziner und Psychologen häufig von Musiktherapeuten erwarten, dass sie mit den Patienten spielen und keine psychotherapeutischen Gespräche führen. Es wird die These entworfen, dass Musik in der Psychotherapie ein „zweiter Vermittlungsversuch“ ist, bei dem das, was ausgegrenzt, isoliert, exkommuniziert oder privatisiert worden ist, wieder eingeholt und symbolisierbar gemacht werden kann. Von daher kann die Musik in der Therapie als ‚im Sprung begriffen‘ verstanden werden, als eine Vorstufe zur Übersetzung in Sprache. Wenn dies jedoch nicht geleistet wird, droht eine Ausgrenzung dieser Inhalte. Diese Ausgrenzung ist häufig dort zu beobachten, wo Patienten angehalten werden, sich ‚an der Realität zu orientieren‘ und ihre ‚Probleme hinter sich zu lassen‘.

Insgesamt wird in diesem Abschnitt reflektiert, dass die durch die Musik hörbar und erfahrbar werdenden seelischen Prozesse sowohl aus institutionellen als auch aus gegenläufigen Forschungsinteressen häufig als ‚unerwünscht‘ oder ‚nicht notwendig‘ klassifiziert und zurückgedrängt, respektive symbolisch ‚wieder in den Keller‘ verbannt werden, was der realen Arbeitssituation vieler MusiktherapeutInnen auch tatsächlich entspricht.

Im dritten Abschnitt wird die Kritik durch die Darstellung eines konkreten Forschungsprojektes ergänzt, in welchem gezeigt wird, wie von erprobten wissenschaftlichen Verfahren der Einzelfallanalyse ein methodischer Übergang zu vergleichenden Studien möglich ist. Während im Beitrag selbst mehr auf einige inhaltliche Aspekte einer damals laufenden Untersuchung eingegangen wurde, sei hier ein Schema für diese vergleichenden Studien wiedergegeben, wie es sich in den bisherigen Studien herausgebildet hat:

Als Grundlage sollen 8–12 Erstimprovisationen der zu untersuchenden Patientengruppe auf Tonträger zur Verfügung stehen. Methodisch sind dabei Improvisationen mit verschiedenen Therapeuten zu bevorzugen, um Artefakte bezüglich des Untersuchungsergebnisses durch den Einfluss des mitspielenden Therapeuten zu vermeiden. Die Untersuchung kann dann folgendem Plan folgen:

1. Untersuchung der psychologischen Wirkungsgestalt

1.1 jeder einzelnen Improvisation

1.1.1 Durchführung einer Beschreibung durch externe Untersuchungsgruppe (5–8 Personen)

1.1.2 Ergebnis: 5–8 individuelle Beschreibungstexte

1.1.3 Vereinheitlichende Zusammenfassung

1.1.4 Vergleich der *individuellen Beschreibungstexte* gemäß der textanalytischen gebildeten Kategorien (nach Mömesheim ²⁹ 1999):

- | | | |
|---|---|------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Gattung • Sprache (Stil etc.) • Erzählperspektive | } | formal |
| <ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung vs. Zustand • Figuren und Beziehungen • Zeit • Raum • Struktur • Affekte • thematische Durchgängigkeit vs. Fragmentierung | } | inhaltlich |

1.2 im Vergleich

1.2.1 der *vereinheitlichenden Zusammenfassungen*

1.2.2 der *individuellen Beschreibungstexte* entlang der textanalytischen Kriterien (aus 1.1.4.)

1.2.3 Zusammenführung der beiden Ebenen und Vergleich

1.2.4 Feststellung, ob die Ergebnisse als eine *Wirkungsgestalt* aufgefasst werden können oder nicht

1.2.5 ggf. vereinheitlichende Beschreibung der *Wirkungsgestalt*

2. Untersuchung der musikalischen Formenbildung

2.1 jeder einzelnen Improvisation

2.1.1 Musikimmanente Aspekte

- Instrumentenwahl (Klangfarben)
- Dauer

- Tempo
 - Struktur (Ablauf, Gliederung)
 - evt. Transkription, grafischen Notation o.ä.
 - Metrik
 - Rhythmik
 - Melodik
 - Harmonik
 - Dynamik
 - evt. Klangfarben
- } und deren Entwicklung
im Verlauf

2.1.2 Psychologische Aspekte

- Gefühlbeteiligung
- Musikalische Beziehung
- Absicherung vs. Suchbewegung/Innovation

2.2 im Vergleich

2.2.1 anhand der genannten Kriterien (2.1.1. und 2.1.2.)

2.2.2 Zusammenfassung der Ergebnisse

3. Zusammenführung der Ergebnisse beider Ebenen

4. Schlussfolgerungen zum Verstehen des Krankheitsbildes, Auswirkungen auf die Behandlung

Beiträge zur Lehre

Die hier zusammengefassten Aufsätze sind aus der Lehrtätigkeit im Studiengang Musiktherapie sowie den Erfahrungen aus der Morphologischen Weiterbildung entstanden und bilden einen Beitrag zu Fragen der Lehre (und Lehrbarkeit) der Musiktherapie wie zum Teil der künstlerischen Therapien allgemein. Mit den Themenschwerpunkten Supervision, musiktherapeutischer Improvisation, Lehrmusiktherapie widmen sie sich insbesondere den Bereichen der Ausbildung, in denen sich die Musiktherapie von anderen universitären Fächern unterscheidet und in denen andere methodisch-didaktische Fragen zu lösen sind. Die dabei berührten Fragen sind auch deshalb Neuland, weil bisher mit der Musik- und Kunsttherapie erstmals psychotherapienaher Fächer Teil staatlicher Ausbildungen sind, da die

klassisch psychotherapeutischen Ausbildungen der Ärzte und Psychologen weitgehend privatrechtlich organisiert sind. Das beinhaltet nicht nur andere rechtliche Rahmenbedingungen, sondern wirkt sich auch auf die Beziehungsstruktur und Rollendefinition von Studierenden und Lehrenden aus. Dies fokussiert sich gerade in den drei genannten Fächern, wobei hier zwischen Supervision und Improvisation auf der einen und der Lehrmusiktherapie auf der anderen Seite eine deutlich Trennlinie verläuft, da die ersten beiden Fächer Teil des universitär angebotenen Fächerkataloges sind, während die Lehrmusiktherapie selbst organisiert neben der Ausbildung stattfindet und von Lehrmusiktherapeuten durchgeführt wird, die nicht Teil des Lehrkörpers sind und die die Studierenden frei wählen können und selbst finanzieren müssen bzw. über spezielle Studiengebühren finanziert werden.

Die beiden Aufsätze „Supervision im Erleben von Studierenden der Musiktherapie“³⁰ und „Supervision als Unterrichtsfach in der musiktherapeutischen Ausbildung“³¹ widmen sich dem Fach Supervision innerhalb einer universitären Therapieausbildung und den damit verbundenen methodischen Fragen sowie der Beziehungsgestaltung dieses Faches innerhalb einer staatlichen Ausbildung. Sie beruhen auf einer schriftlichen Befragung von ehemaligen Studierenden, die ich 1995/96 durchführte. Sie ist die erste (und bisher einzige) Befragung von Musiktherapiestudierenden über ihr Erleben mit und in der Supervision. Die einzelnen Fragen richteten sich auf die subjektiv erlebten Vor- und Nachteile dieser Veranstaltung innerhalb eines Studiengangs insgesamt, nach der optimalen und (noch) akzeptablen Gruppengröße, den erlebten Arbeitsmethoden und Vorgehensweisen, den besonderen Konflikten und Problemen in der Supervision als Unterrichtsfach, geeigneten Konzepten, diesen zu begegnen, dem Lerngewinn unterschieden in Situationen, in denen man selbst einen Fall vorgestellt hat, und Situationen, in denen andere TeilnehmerInnen etwas vorgestellt hatten, nach Unterschieden zu anderen Unterrichtsveranstaltungen und zu anderen Supervisionserfahrungen sowie nach der Abgrenzung zur Selbsterfahrung. Außerdem wurden die Probanden gebeten, eine besonders erinnerliche Situation aus ihrer Sicht zu schildern.

Die Auswertung erfolgte aufgrund der sehr offen formulierten Fragen in weiten Teilen qualitativ und quantifizierte die Ergebnisse dort, wo eine Quantifizierung möglich und sinnvoll war. Die Ergebnisse zeigen auf der einen Seite den hohen Stellenwert des Faches Supervision in der Entwicklung der Studierenden (alle Befragten befürworteten die Supervision auch *innerhalb* des Studiums) sowie den subjektiven Gewinn gerade im Hinblick auf die Entwicklung des Bildes von der Musiktherapie und der eigenen therapeutischen Rolle. Auf der anderen Seite wurde deutlich, dass die Handhabung der Beziehung der Studierenden untereinander in dieser Lehrveranstaltung einer besonderen Sensibilität bedarf und fortlaufend, auch im Austausch mit den jeweiligen Supervisionsgruppen, reflektiert werden muss. Hinsichtlich der erlebten Arbeitsformen in der Supervision zeigen sich unterschiedliche Ergebnisse dergestalt, dass erlebensnahe Formen, wie z. B. psychodramatische Ansätze, einerseits als besonders wirkungs- und eindrucksvoll erlebt werden, andererseits aber

auch am ehesten Probleme hinsichtlich der Frage der Abgrenzung aufwerfen. Auch hinsichtlich der Frage „eigener Fall“ oder „mitwirken“ zeigt sich ein differenziertes Bild: Fast alle Befragten betonen, dass sie in beiden Situationen gleichermaßen von der Supervision profitiert haben. Dem entspricht, dass in den zu schildernden konkreten Einzelsituationen auch nur etwas über die Hälfte Beispiele beschrieben werden, bei denen die Befragten selbst einen Fall vorgestellt hatten. Andererseits zeigt eine Tendenz, dass die Studierenden sich zu Beginn wohler fühlen, wenn sie ‚nur‘ mitwirken, während mit zunehmender Erfahrung die Neigung, gerne auch eigene Fälle vorzustellen, deutlich zunimmt.

Auch die konkreten Beschreibungen erinnerbarer Szenen zeigen ein vielschichtiges Bild, welches von Beispielen der Verbesserung der Einfühlung in die behandelten Patienten über das Verstehen im psychologischen Sinne und die Veränderung des eigenen Erlebens im Sinne der Gegenübertragung bis zu stärker methodisch-lernorientierten Aspekten der Supervision reicht. Als besonders eindrucksvoll wurde es erlebt, wenn sich allein durch Deutungen des Geschehens „tatsächlich etwas verändert“.

Der umfangreichere Buchbeitrag „*Reflexion seelischer Verhältnisse in der musikalischen Improvisation*“³² beschreibt das Unterrichtsfach Improvisation in seinen methodischen und didaktischen Implikationen und gibt die Erfahrungen aus zahlreichen Lehrveranstaltungen mit allgemein musikalischen, musiktherapeutischen wie künstlerischen Zielsetzungen wieder. Er enthält konkretes Unterrichtsmaterial und reflektiert die Frage der Lehrbarkeit von Improvisation und musiktherapeutischem Handeln.

Improvisation als Unterrichtsfach haftet aufgrund der ‚geforderten Spontaneität‘ und der Einbeziehung des Selbstausseschlusses beim Improvisieren etwas Paradoxes an. Dass diese Paradoxie handhabbar und in spiralförmigen Bewegungen lösbar ist, zeigte mir die langjährige Erfahrung in der Lehre der Improvisation, die mit Improvisationsunterricht im Fach Klavier begann und sich über viele Zwischenschritte bis hin zu den Erfahrungen im Studiengang Musiktherapie selbst weiterentwickelte. Die berechtigte Frage, was ‚musiktherapeutisches‘ Improvisieren sei und was dieses Improvisieren von sonstigen Improvisationsformen unterscheidet, wird in der Einleitung diskutiert und ist oft zentrales Thema im Unterrichtsgeschehen selbst.

Auf der theoretischen Ebene wird verdeutlicht, dass dies kaum an musikimmanenten Kriterien festgemacht werden kann, sondern vielmehr eine Frage des Beziehungsgeschehens ist, welches sich in der musiktherapeutischen Situation anders gestalten muss als bei anderen Improvisationsanlässen. Praktisch manifestiert sich dies in einer bestimmten Spielhaltung, einer auf den Patienten in ‚schwebender Aufmerksamkeit‘ ausgerichteten seelischen Verfassung beim Mit-Spielen, die zugleich das In-sich-Hineinhorchen im Sinne der Wahrnehmung der ausgelösten Gegenübertragung beinhaltet. Diese Verfassung in sich zu finden und so zu etablieren, dass sie in einer gewissen Klarheit jederzeit wieder auffindbar ist,

stellt einen wesentlichen Teil des Musiktherapeut-Werdens dar. Die dargestellten Methoden und Spielideen sollen Wege zeigen, wie eine solche Haltung eingeübt werden kann, die allerdings notwendigerweise durch die musiktherapeutische Selbsterfahrung und angeleitete praktische Erfahrungen zu ergänzen sind.

In einem ersten Abschnitt werden Spielformen vorgestellt, die eine Einübung ermöglichen in die musikalische Gestaltung von *Affekten* (kategoriale Affekte wie ‚Freude‘, ‚Traurigkeit‘, ‚Furcht‘, ‚Zorn‘ oder Vitalitätsaffekte wie ‚anschwellend‘, ‚ausklingend‘, ‚schwungvoll‘, ‚explodierend‘), *Gesten* (z. B. Gesten der Dankbarkeit, Gesten unaufdringlicher Zuwendung, ängstlicher Verunsicherung, der Anerkennung des Anders-Seins eines Anderen etc.) und *seelischen Verhältnissen* (wie z. B. ein resonanzgebendes Verhältnis, ein begleitendes, ein entgegenkommendes oder Verhältnisse wie ‚Dazwischen-Sein‘, ‚Isoliert-Sein‘, ‚Beengt-Sein‘). Dabei können sich Übungen in zwei Richtungen ergänzen. Zum einen kann geübt werden, eine bestimmte gewählte Aufgabe musikalisch immer ‚besser‘ auszugestalten und dadurch die musikalischen Ausdrucksmöglichkeiten zu differenzieren und zu erweitern. Zum anderen kann mit diesen Übungen Musik (Musizieren) als Erkenntnisweg erfahrbar werden, da das Spielen der Affekte, Gesten und Verhältnisse ihre spezifische Qualität und ihre Grundbedingungen psychologisch ausloten kann. Eine Verbindung zu den Beschreibungen musiktherapeutischer Improvisationen aus Behandlungszusammenhängen entsteht dadurch, dass Ergebnisse solcher Beschreibungen zum Vorbild für eine musikalische Gestaltung genommen werden. An diesem musikalisch rekonstruierenden Vorgehen wird zugleich deutlich, wie komplex die (musikalischen) Verhältnisse sind, die sich in den Behandlungssituationen ‚von selbst‘ einstellen, indem erfahrbar wird, wie schwierig es ist, sie ‚gewollt‘ nachzuspielen. (Beispiele: „Ein Schwebезustand, der Mangel und Sehnsucht, Resignation und Aufbegehren in ein Gleichgewicht bringt.“/„Durch Szenenwechsel wird versucht, an der Fülle des Lebens teilzuhaben, ohne Konsequenzen erfahren zu müssen.“)

Der zweite Abschnitt knüpft an das Rollenspiel im Sinne des Psychodramas an und geht von Grundübungen aus, bei denen die Studierenden sich probeweise musikalisch in die Rolle des Therapeuten begeben, während die Mitstudierenden musikalisch die Rollen von Patienten einnehmen. Diese Grundübungen können von den beiden Situationen Einzel- oder Gruppentherapie ausgehen und an erlebte Praktikumssituationen anknüpfen und diese musikalisch ausloten oder weiterführen. Damit lernen die Studierenden zugleich ein mögliches musiktherapeutisches Supervisionsverfahren kennen. Dieser Abschnitt beschreibt genauer die verschiedenen Ebenen der Nachgespräche mit denen diese Erfahrungen aufgegriffen werden sowie einige typische Situationen, die von Studierenden als schwierig erlebt werden, wie ‚der Patient hört den Therapeuten nicht‘; ‚der Patient nimmt keine Beziehung auf‘; ‚der Patient löst heftige Affekte im Therapeuten aus‘. Im Rollenspiel können verschiedene Formen des Mitspielens erprobt und erfahren werden wie ‚begleiten‘, ‚ergänzen‘, ‚imitieren‘, ‚bewusst nicht imitieren‘, ‚gegensätzlich spielen‘, ‚Gegensätze ermöglichen‘, ‚sich beeinflussen lassen‘, ‚etwas Neues ins

Spiel bringen‘. Bei diesen Übungen gehen Erweiterungen der musikalischen Fähigkeiten der Studierenden und psychologische Differenzierungen ineinander über wie auch das Erproben der verschiedenen Instrumente der Musiktherapie und die Suche nach dem oder den persönlich bevorzugten ‚Therapeuteninstrument/-en‘.

Während diese Übungen direkt auf die zukünftige Rolle als Musiktherapeut vorbereiten, wird mit dem dritten Abschnitt ‚Konzertante Improvisation‘ in gewissem Sinne eine entgegengesetzte Richtung eingeschlagen, da es hier um Übungen geht, die auf die Aufführung von improvisierter Musik ausgerichtet sind und auch konkret in die Möglichkeit der Teilnahme der Studierenden an Konzerten mit improvisierter Musik führen. Die Erfahrung hat m. E. gezeigt, dass dieser Richtungswechsel aber durchaus Sinn macht, weil das Finden eines eigenen künstlerischen Ausdrucks in der Improvisation, die Auseinandersetzung mit künstlerischen Fragen musikalischer Wirkung, die Entdeckung und Erprobung ästhetischer Gesetze improvisierter Musik der Weiterentwicklung der eigenen musikalischen Persönlichkeit dienen und dies auch der Entwicklung der therapeutischen Haltung zugute kommt. In der unterschiedlichen Zentrierung dieser beiden Improvisationssituationen konturiert sich das therapeutische Improvisieren klarer und die ästhetischen Ansprüche der konzertanten Improvisation helfen, die Entstehung musikalischer (oder kommunikativer) Klischees zu vermindern. Die im Text näher beschriebenen Übungen richten sich zum einen auf die Präzisierung in der musikalischen Formenbildung, beziehen vor allem Erfahrungen aus der Neuen Musik ein sowie Möglichkeiten der Gestaltung von Musik und Texten und geben Hinweise zur Handhabung der Vorbereitung auf Konzerte mit improvisierter Musik mit der besonderen Spannung zwischen Festlegung und Offenheit, Üben und Unmittelbarkeit.

Der vierte Abschnitt widmet sich ergänzend zwei spezielleren Themen: dem Umgang mit dem vielschichtigen Instrumentarium in der Musiktherapie und verschiedenen in der Musiktherapie verwendeten Umgangsformen der musikalischen Arbeit mit Märchen.

Zum Abschluss wird anhand einer mit den Studierenden durchgeführten Untersuchung zum Üben auf die Frage der psychologischen Bedeutung des Musizierens allgemein eingegangen und versucht, einige Idealisierung kritisch zu hinterfragen.

Der Artikel *„Lehrmusiktherapie im veränderten Berufsfeld“*³³ stellt eine Zusammenfassung der Debatten über die Frage der Lehrmusiktherapie in staatlichen Ausbildungen durch die Studienleiterkonferenz in Deutschland dar und fasst die von der Autorin entwickelten – und von der Konferenz verabschiedeten – Regulierungen für die Anerkennung von Lehrmusiktherapeuten zusammen. Neben der Qualitätssicherung soll damit eine wechselseitige Anerkennung von LehrmusiktherapeutInnen ermöglicht werden.

Der Aufsatz *„Education in Arts Therapies“*³⁴ basiert auf dem Eröffnungsvortrag zum europäischen Kongress des Ecarte 1999 und begründet einige wesentliche

Forderungen für die Ausbildung in künstlerischen Therapien. Hintergrund ist die Tatsache, dass die Entwicklung der künstlerischen Therapien, zu denen neben den bekannteren wie Musiktherapie, Kunst- und Gestaltungstherapie und Tanz- und Bewegungstherapie auch weniger bekannte wie Bibliothherapie, Poesietherapie, Dramatherapie und Gartengestaltung gehören, überaus unterschiedlich ist und zwar sowohl fachbezogen untereinander als auch hinsichtlich ihrer Entwicklung in den europäischen Ländern und noch einmal hinsichtlich der Entwicklung der Ausbildungsgänge. Deshalb wurde in diesem sehr kurzen Beitrag als übergeordnete Thematik die Frage behandelt, welche Notwendigkeiten für die Ausbildungen sich allein aus den Fragen der therapeutischen Beziehung und ihrer verantwortlichen Handhabung für die Ausbildungen ergeben.

Anmerkungen:

- ¹ In: Musiktherapeutische Umschau, Band 20/3. Göttingen/Zürich, 1999, 231–248
- ² In: Einblicke, Heft 12, BMV Berlin, 2001, 44–69
- ³ In: Oberhoff, B. (Hg.) (2002): Das Unbewusste in der Musik. Gießen, 75–102
- ⁴ In: Frohne-Hagemann, I. (Hg.): Theorie und Praxis der Rezeptiven Musiktherapie – Theorie und Praxis. Wiesbaden, 2004
- ⁵ In: Oberhoff, B. (Hg.) (2003): Die Musik als Geliebte. Gießen, 99–138
- ⁶ In: Decker-Voigt, H.-H. (Hg.) (2001): Schulen der Musiktherapie. München/Basel, 55–77
- ⁷ In: Decker-Voigt H.-H. (Hg.) (1992): Spiele der Seele. Bremen, 121–144
- ⁸ In: Petersen et. al. (Hg.) (1993): Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Berlin/Heidelberg/New York, 105–112
- ⁹ Wo ist die Musik, wenn wir sie nicht hören? a. a. O./Selbstpsychologie und Musiktherapie a. a. O./Musik und Sprache als Mittel in psychologischer Behandlung und Forschung. In: Spielen und Sprechen in der Musiktherapie. Materialien zur Musiktherapie und Morphologie, Heft 5, IMM, Zwosten 1992, 7–44/Musiktherapie: Hören und Verstehen. a. a. O./Nichts ist ohne Grund. Musiktherapie bei funktionellen Störungen, 8–37 In: Tüpker (Hg.): Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis. Münster, 1996/Morphologisch orientierte Musiktherapie. In: Decker-Voigt (Hg.): Schulen der Musiktherapie. München Basel 2001, 55–77/Musik bis ins hohe Alter, 6–19; Musiktherapeutische Konzepte mit alten Menschen, 87–142, beide In: Tüpker; Wickel (Hg.): Musik bis ins hohe Alter. Fortführung, Neubeginn, Therapie. Münster 2001/Leitfaden zur Protokollierung musiktherapeutischer Behandlungen. In: Einblicke, Heft 4, Berlin 1993, 43–67/Forschen oder Heilen. Kritische Betrachtungen zum herrschenden Forschungsparadigma. In: Peter Petersen (Hg.): Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Stuttgart 2002, 34–72/„Musiktherapie“ in: „Naturheilverfahren und unkonventionelle medizinische Richtungen.“ Hg. Bühring, Kemper. Loseblattsammlung 9, 1–20. Berlin, Heidelberg, New-York, 1997 (mit Manfred Kühn) 20 Seiten
- ¹⁰ Krapf, Jana Maria (2001): Auf den Schmerz hören. Vergleichende Untersuchung der musikalischen Erstimprovisationen von chronischen Schmerzpatienten. Diplomarbeit, Zusatzstudiengang Musiktherapie, Universität Münster
- ¹¹ In: Decker-Voigt, H.-H. et. al. (Hg.) (1996): Lexikon Musiktherapie. Göttingen
- ¹² In: Einblicke, Heft 14, Berlin, 2003, 124–140
- ¹³ In: Spielen und Sprechen in der Musiktherapie. a. a. O.
- ¹⁴ Vgl. Freud, Sigmund (1890): Psychische Behandlung, Studienausgabe Fischer Wissenschaft Hg. von Alexander Mitscherlich et. al. 1982, Ergänzungsband, 17
- ¹⁵ Vgl. Lorenzer, Alfred (1984): Das Konzil der Buchhalter, insbesondere Kapitel II: Kultur als Symbolsystem. Frankfurt a. M.
- ¹⁶ Körner, Jürgen (1989): Arbeit an der Übertragung? Arbeit in der Übertragung! In: Forum der Psychoanalyse 5, 209–233

- ¹⁷ In: Einblicke (1990), Heft 2, Berlin, 52–66
- ¹⁸ In: Decker-Voigt, H.-H. et. al. (Hg) (1996): Lexikon Musiktherapie a. a. O.
- ¹⁹ In: ‚therapie kreativ‘ Zeitschrift für kreative Sozial- und Psychotherapie (1998), Heft 21. Neukirchen-Vluyn, 3–23
- ²⁰ In: Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift (1990), Heft 10. Stuttgart, 730–733
- ²¹ In: Petersen/Fevers-Schorre/Schwerdtfeger (Hg.) (1993): Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe, a. a. O.
- ²² In: Bühring/Kemper (Hg.) (1997 f.): Loseblattsammlung 9. Berlin/Heidelberg/New York, 1–20
- ²³ In: Mohrmann, R.-E. (Hg.) (1996): Blickpunkt Musiktherapie: Tötungsphantasien heute und ‚Euthanasie‘ im ‚Dritten Reich‘. In: Vor 50 Jahren ... Gedenkveranstaltungen der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster zum 8. Mai 1945. Münster, 101–119
- ²⁴ Tüpker, R./Wickel, H. H. (Hg) (2001): Musik bis ins hohe Alter. Münster/Hamburg/London
- ²⁵ In Petersen, P. (Hg) (1990): Ansätze kunsttherapeutischer Forschung. Berlin/Heidelberg/New York, 71–86
- ²⁶ In: Einblicke (1993), Heft 4, Berlin, 43–67
- ²⁷ z. B. von Barbara Irle für die Arbeit mit geistig Behinderten: Irle, B.: Leitfaden zum musiktherapeutischen Erstkontakt mit Menschen mit geistiger Behinderung. In: Einblicke (2001), Heft 11, Berlin, 65–83
- ²⁸ In: Petersen, P. (Hg) (2002): Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Stuttgart, 34–72
- ²⁸ Mömesheim, E. (1999): „Wer verschweigt das letzte Wort?“ – Vergleichende Untersuchung von Beschreibungstexten aus der Morphologischen Musiktherapie. Diplomarbeit, Zusatzstudiengang Musiktherapie, Universität Münster
- ²⁹ In: Einblicke (1996), Heft 7, Berlin, 53–80
- ³⁰ In: Musiktherapeutische Umschau (1996), Band 17. Göttingen/Zürich, 242–251
- ³¹ In: Lenz, M./Tüpker, R. (Hg) (1998): Wege zur musiktherapeutischen Improvisation. Münster, 135–203
- ³² In: Musiktherapeutische Umschau (1999), Band 20. Göttingen/Zürich, 114–122
- ³³ In: Kossolapow, L. et. al. (Hg) (2003): Arts – Therapies – Communication. On the Way to a Regional European Arts Therapy. Volume II. Münster/Hamburg/London, 450–455

Dr. Rosemarie Tüpker, Institut für Musikwissenschaft und Musikpädagogik der Universität Münster, Philippistraße 2, 48149 Münster, tupker@uni-muenster.de

Die Habilitationsschrift ist voraussichtlich ab Herbst 2006 als pdf-Datei verfügbar unter: www.uni-muenster.de/Musiktherapie

Zeitschriftenprofile

An dieser Stelle sollen künftig internationale Zeitschriften für Musiktherapie die Gelegenheit haben, sich vorzustellen. Dabei werden Zeitschriften, die ausschließlich im Internet veröffentlichen ebenso berücksichtigt werden, wie herkömmlich gedruckte Zeitschriften.

Codex flores – Onlinemagazin für Musikästhetik und kognitive Musikpsychologie

Das Webmagazin Codex flores wird von einer unabhängigen Schweizer Firma produziert, die in ihrer Gründungsphase unternehmerisch vom nationalen „venturelab“-Förderprogramm für innovative Schweizer Jungunternehmen in der Hochtechnologie-Branche unterstützt worden ist.

Codex flores ist seit September 2003 online. Der Start fiel zusammen mit der Konferenz der European Society for the Cognitive Sciences of Music (Escom) in Hannover. Codex flores ist informeller Partner der Schweizerischen Gesellschaft für Musik-Medizin (SMM).

Das Konzept:

Codex flores hat sich der journalistischen Aufarbeitung von Themen aus dem breiten Spektrum der Systematischen Musikwissenschaft verschrieben und deckt Akustik, Instrumentenbau und elektroakustische Musik genauso ab wie Musikphilosophie, Musikpsychologie, Musikmedizin, Musiktherapie, Neue Musik und Oper. Es besteht aus Dossiers, Features, Rezensionen von CD und Büchern, Konferenzberichten und einem täglichen Nachrichtendienst zu allen Bereichen des Musiklebens.

Die Zukunft:

Codex flores ist ein Pilotprojekt. Aufgrund der damit gesammelten Erfahrungen sollen vergleichbare Magazine zu weiteren Themen wie Literatur, Bildende Kunst, Architektur, Design und so weiter aufgeschaltet werden.

*Hg.: Codex flores Onlinemagazine, Pfäffikon SZ, Switzerland, www.codexflores.ch,
Chefredaktion: Wolfgang Böhler (M. S.), Walter Schönenberger (M. A.),
e-mail: info@codexflores.ch*

The Australian Journal of Music Therapy

The Australian Journal of Music Therapy (ISSN 1036-9457) is published by The Australian Music Therapy Association Inc and is a peer-reviewed journal published annually (www.austmta.org.au). The Journal publishes articles in English only and invites submissions from national and international clinicians and researchers. Articles may be descriptions of philosophical, historical, qualitative or quantitative research, literature reviews, or discussion papers on issues pertinent to music therapy theory and practice. Clinical articles are also welcomed. AJMT is indexed in the Australian Medical Index; Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature; Music Therapy World Journal Index; and PsycINFO. Subscriptions to the journal are at the rate of AUS\$ 44.00 per annum. To arrange membership or subscription please contact the Administrator AMTA Inc, MBE 148/45 Glenferrie Rd, Malvern, VIC 3144. Ph +61 3 9525 9625, Fax +61 3 9507 2316. Email: info@austmta.org.au

Dr. Felicity Baker, PhD, RMT Head of Music Therapy Training School of Music University of Queensland Australia 4072, E-mail: f.baker1@uq.edu.au

Internationale Zeitschriften für Musiktherapie und Randbereiche

Australien Journal of Music Therapy

www.austmta.org

Editor: Dr. Felicity Baker, PhD TRM

E-Mail: f.baker1@uq.edu.au

British Journal of Music Therapy

BSMT, 61 Church Hill Road, East Barnett, Hertfordshire, EN 48SY, Großbritannien

info@bsmt.org

Codex flores

Online magazine für Musikästhetik und kognitive Musikpsychologie (Schweiz)

info@codexflores.ch

Journal von Musikterapeuternes Landsklub (Danish Association of Music Therapists)

www.musikterapi.org

E-Mail: musikterapeuterneslandsklub@hotmail.com

International Foundation for Music Research (IFMR)

info@music-research.org

Journal der International Arts Medicine Association (1993–1997)

Barcelona Publishers

E-Mail: www.barcelonapublishers.com/international_journal_of_mt.htm

Journal of Music Therapy

8455 Colesville Road, Suite 1000

Silver Spring, Maryland 20910, USA

info@musictherapy.org

<http://otto.cmr.fsu.edu/memt/jmt/>

Journal of the Society for the Cognitive Sciences of Music (ESCOM)

Centre de Recherches Musicales de Wallonie

16 place du 20 Août

B-4000 Liège (Belgien), Fax 0032-42220668

Irene.Deliege@scarlet.be

Musikforum

Herausgeber: Deutscher Musikrat

Oranienburger Str. 67/68, D-10117 Berlin

Tel. 030 308810-10

Fax 030 308810-11

E-Mail: musikforum@musikrat.de

Musiktherapeutische Umschau

Verlag Vandenhoeck & Ruprecht

E-Mail: info@vandenhoeck-ruprecht.de

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie e. V.

Libauer Straße 17. D-10245 Berlin

Tel.: 030/20492493

E-Mail: info@musiktherapie.de – <http://www.musiktherapie.de>

Music Therapy Today (e-magazine)

David Aldridge – Editor in Chief

www.musictherapyworld.de

Nordic Journal of Music Therapy

Griegakadmiert – institutt for musikk

Universitet i Bergen

5015 Bergen, Norway

www.njmt.nobrynjulf.stige@hisf.no**Psychology of Music**

SAGE Publications Ltd, 1 Oliver's Yard, 55 City Road, London EC1Y 1SP Tele-

phone: +44 (0)20 7324 8500 – Fax: +44 (0)20 7324 8600

market@sagepub.co.uk**Society of Music, Perception & Cognition****Zeitschrift: Music Perception**

Bill Thompson Institute for Communication & Culture University of Toronto at

Mississauga 3359 Mississauga Road, Mississauga, Ontario, L5L 1C6

b.thompson@utoronto.cawww.musicperception.org**The Arts in Psychotherapy**

Customer Service Department (Europe)

P. O. Box 211, 1000 AE Amsterdam, The Netherlands

www.Elsevier.come-mail: nlinfo-f@elsevier.com**Tijdschrift voor Creatieve Therapie**

Fivelingo 253, 3524 BN Utrecht, NL

info@creativetherapie.nl

Buchbesprechungen

Christine Plahl, Hedwig Koch-Temming: Musiktherapie mit Kindern. Grundlagen – Methoden – Praxisfelder. Hans Huber, Bern 2005, 400 Seiten, EUR 29,95, ISBN 3-45684-219-8

„Musiktherapie mit Kindern, Grundlagen – Methoden – Praxisfelder“ will einen praxisorientierten Überblick über musiktherapeutische Behandlungsmethoden bei Kindern geben. Die Autorinnen stellen hierfür zunächst die allgemeine Bedeutung von Musik im Leben von Menschen dar und zeichnen die historischen Wurzeln und Entwicklungen der Kindermusiktherapie auf. Dabei beziehen sie sich auf umfangreiche Quellen, die zwar gelegentlich etwas knapp gestreift werden – ein Tribut an den Anspruch eines Grundlagenwerks –, die aber genügend Ansatzpunkte zum Studium und Weiterstudium bieten.

Die Autorinnen halten sich im Wesentlichen an die bekannte Einteilung nach psychologischen bzw. heilpädagogischen Schulen: „anthroposophische Musiktherapie mit Kindern“, „verhaltenstheoretisch orientierte Musiktherapie mit Kindern“ „psychoanalytisch orientierte Musiktherapie“ u. a. M. Für erfahrene MusiktherapeutInnen bietet dieser Abschnitt wenig Neues. Diese Art von Übersicht wurde bereits in anderen Fachbüchern und Lexikonbeiträgen ähnlich präsentiert. Erst am Schluss dieses Abschnittes wird deutlich, was die Autorinnen vor allem intendierten: Musiktherapie mit Kindern „muss einschlägigen gesetzlichen Vorgaben ... zur Ausübung der Heilkunde gerecht werden.“ Es sollte offenbar deutlich werden, dass Musiktherapie als eigenständige professionelle Behandlungsdisziplin bereits auf fundierte Theorien und vielfältige, differenzierte Behandlungsformen zurückgreifen kann und so, auch im Sinne des Kassenrechts, einen legitimen Platz innehat.

Die Bedeutung von frühem Dialog, Bindungsverhalten und sensumotorischer Entwicklung wird im Kapitel sechs unter „Entwicklung und Lebenswelt des Kindes“ umfassend dargestellt. Optisch abgesetzte Kästen sowie Zwischenzusammenfassungen zu einzelnen Hauptthemen erleichtern die Aufnahme der Informationen. Auch hier beeindruckt wieder der große Fleiß der Autorinnen angesichts der vielen Informationen aus den Bereichen Entwicklungsbiologie und Entwicklungspsychologie.

Einen erfreulich breiten Raum nimmt die Auseinandersetzung mit kindlichen Hörgewohnheiten unter dem Einfluss von Medien und Fernsehsendungen ein. Sie bieten dem Musiktherapeuten bzw. der Musiktherapeutin wichtige Informationen über den Kontext Hör-Umwelt sowie soziale Wirklichkeit. Sie bereichern das musiktherapeutische Verstehen wie auch die musikalisch-kreativen Behandlungsstrategien.

Die Darstellung „Die therapeutische Praxis in der Kindermusiktherapie“ orientiert sich an den Standards, die aktuell von Kostenträgern an jede qualifizierte

(musik)therapeutische Behandlung von Kindern gestellt werden. Dies ist unverzichtbar, wenn Musiktherapie dermaleinst auch als Richtlinienpsychotherapie anerkannt werden soll. Hier geht es endlich um die zentrale Frage: „Wie kann Musiktherapie helfen ein Kind und seine Bezugspersonen zu entlasten, zu befreien oder auch zu heilen?“ In der Begegnung mit den Beiträgen aus der Praxis der Kindermusiktherapie (im gleichnamigen Kapitel) erfahren die Leser von verschiedenen Autoren und Autorinnen, wie musiktherapeutische Interventionen konkret und nachhaltig helfen, Entwicklungshemmungen aufzulösen (Melanie Voigt), traumatische Erlebnisverarbeitung zu unterstützen (Susanne Mitzlaff) und psychische Störungen zu behandeln (Dorothee von Moreau). Diese praxisorientierten Beiträge machen das Buch sehr lebendig und greifbar.

Dem Ringen um die Anerkennung von Kindermusiktherapie durch die gesetzlichen Krankenkassen ist das letzte Kapitel des Buches „Gesundheitspolitische Aspekte und Forschung in der Musiktherapie mit Kindern“ gewidmet. „Heute wird von der Musiktherapie erwartet, dass sie ihr therapeutisches Vorgehen wissenschaftlich evaluiert und mit Hilfe empirischer Studien ihre Wirksamkeit belegt.“ (342) Plahl und Koch-Temming stellen Methoden zur Evaluation von musiktherapeutischen Prozessen vor, wobei der Verbindung zwischen qualitativen und quantitativen Methoden der Vorzug gegeben wird. Auch zur Frage der Wirksamkeitsforschung in der Kindermusiktherapie tragen die Autorinnen vieles aus der deutsch- und angloamerikanischen Literatur zusammen.

Ohne Zweifel wird in diesem Buch deutlich, dass sich die Musiktherapie mit Kindern mittlerweile zu einem eigenständigen Behandlungsansatz entwickelt hat. „Musiktherapie mit Kindern“ ist ein wichtiges und gutes Grundlagenwerk, das diesen Anspruch verdeutlicht. Es ist sehr geeignet für Studienanfänger der Musiktherapie und für andere Studienrichtungen, die Musiktherapie als Praxis- und Forschungsfeld behandeln. Es bietet auch dem praktizierenden und forschenden Musiktherapeuten reiche Möglichkeiten zur Orientierung und zur eigenen Standortbestimmung und zur Aktualisierung oder zur Auffrischung des vorhandenen Wissens.

Darüber hinaus hatten die Autorinnen den Anspruch ein „tragfähiges theoretisches Fundament“ zu entwickeln, um die Wirksamkeit wissenschaftlich zu belegen. Es müsse theoretisch erklärt werden, „wie durch die entwicklungsorientierte Anwendung von Musik im Rahmen einer therapeutischen Beziehung erfolgreich Entwicklungsstörungen, psychische Störungen sowie Behinderungen und Belastungen“ (356) von Kindern behandelt werden. An dieser Aufgabe jedoch bleiben die Autorinnen hängen. Sie stellen zwar alles zur Verfügung stehende Material vor und bereiten es für einen systematischen Kontext auf, verzichten aber auf einen eigenen Entwurf. Langfristig kann das anspruchsvolle Anliegen aber nur gelingen, wenn Forschung und Praxis der Musiktherapie sich nicht in eklektizistischen Bestandsaufnahmen verliert. Der Ansatzpunkt einer Integration quantifizierender und qualitativer Forschungsmethoden ist überzeugend, muss nur in den (hoffentlich!) noch folgenden Projekten umgesetzt werden. Vorläufig bietet

das vorliegende Kompendium auch jetzt schon dem forschenden Leser die Möglichkeit, sich in die verschiedenen Aspekte zu vertiefen – nicht zuletzt durch eine profunde, aktuelle und umfangreiche Literaturzusammenstellung.

Beate Mahns, analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Musiktherapeutin, Rendsburg mahns@t-online.de

Monika Nöcker-Ribaupierre (Hg.): Hören – Brücke ins Leben. Musiktherapie mit früh- und neugeborenen Kindern. Forschung und klinische Praxis. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2003, 302 Seiten, EUR 29,90, ISBN 3-525-46200-X

Music Therapy for Premature and Newborn Infants. Edited by Monika Nöcker-Ribaupierre. Barcelona Publishers (2004), 226pp. Pbk. \$ 28.00, Available in the UK from the BSMT £20.00, ISBN 1 891278 20 7

Dieses Buch wurde von Susan Weber ins Englische übersetzt und erschien 2004 bei Barcelona Publishers. Rezensiert wurde es dort von Jaqueline Robarts. Wir danken der Rezensentin und dem Verlag für die Erlaubnis, diese Rezension in das Jahrbuch Musiktherapie aufzunehmen.

This book provides a comprehensive introduction to music therapy with premature and newborn hospitalised infants on the threshold of life. It merits the attention of a wide readership, not only of specialists in Neonatal Intensive Care, but also music therapists and other professionals working with all kinds of clients, children and adults, where there has been a difficult start in life. Monika Nöcker-Ribaupierre has assembled an international collection of twelve chapters from leading clinicians and researchers in music therapy, child psychoanalysis, developmental psychology and psychiatry, communication sciences, obstetrics and gynaecology, anaesthesiology. Following a foreword by the internationally known infancy researcher, Mechtild Papousek, the book is divided into two sections: Part One, *The Basics*; Part Two, *Research and Clinical Practice*.

Part One introduces aspects of earliest infant development, and shows the complex interplay of neurological, physiological, emotional, developmental concerns that premature birth brings infants and parents. Five chapters offer an ever deepening understanding of the premature or newborn/hospitalised infant's inner and outer worlds: early neurophysiological development (Fischer and Als), fetal hearing (Gerhardt and Abrams), attachment formation in the neonate (Gutbrod and Wolke), psychoanalytic perspectives on auditory perception and the development of mind (Maiello), and the regulating impact of resonance that assists the stabilising of the infant's state and the development of the bonding process between parent and

infant (Lenz and von Moreau). There are interlinking themes throughout, such as meticulous observation of infant internal and external state, sensitivity of the infant (skin, motion, position, smell, taste and hearing), the specialised input supporting infant-parent and family relationships, and, central to all of this, the well being and psychological development of the tiny infant. Yet each chapter stands alone, offering a choice of starting points for readers from different backgrounds, whether it be a parent, audiologist, paediatric nurse, doctor, psychologist or therapist. I was immediately drawn to child psychoanalyst Suzanne Maiello's chapter discussing early relatedness and her original concept of the 'sound object'. Maiello describes the beginnings of mind through the generating of shared meaning in relationship where 'protoforms of an experience of relatedness may develop.... at the auditory level'. She proposes that the rhythmical qualities of this 'sound-object' may lie at the core of the infant's developing basic trust. It is a concept particularly relevant to the field of early trauma, and can help music therapists think about the ways in which music therapy may serve to help repair foundations of being and being-with. I then backtracked to chapter 1 and the territory of fetus brain development and the infant's behaviour observed as communication. Christine Fischer's and Heidelise Als' comprehensive introduction to this field is a tour de force in its copiously referenced and well structured overview of neurophysiological beginnings of life, where we see how the baby feels through its behaviour. It brings a new dimension of clinical experience to music therapists working in other fields, who will recognise this world, in which the external reveals the internal from moment to moment, if we can tune our perceptions sufficiently finely. It is this fineness of attention that is evident in every chapter throughout this book. Practical advice is also on hand: for example, Gerhardt and Abrams recommend that bass rather than treble frequencies should be emphasised in music played to a very young infant. I found this very useful information, and something of a revelation to me, as infancy research widely reports that infants show a preference for the higher vocal register and melodic contouring of 'motherese'. I was left wondering at what stage the premature infant's hearing makes the transition to accommodating the higher frequencies. Tempo was not mentioned in this context, yet this also is an important feature in emotional regulation in very early infant-parent communication the adagio of speeding up after two months or so to andante (Trevarthen 1984). I wondered if this principle applies also to receptive music therapy with the premature baby. These and other contributors here triggered my curiosity to explore the auditory world of the fetus and 'preemie', and think about its relevance to depth music therapy with older clients.

My appreciation of being in the hands of these experts in their individual fields grew from chapter to chapter. As a clinician-researcher working with older children and adults, I must confess not a small surge of envy when reading of all the 'hard' data that is gathered in the NICU. Necessitated by the critical nature of infant's state, monitoring is meticulous, with samples taken, machines and tubes

watched, measures recorded, the subtlest shifts in behaviour evaluated. This means that the infant's NICU environment plays host to a proliferation of machines and measuring instruments, a panoply of interventions that impact on the infant's bodily experiences and emerging consciousness – and those of parents too. What seems a persistent 'assault' on natural, normal human experience is almost tangible in Lenz and von Moreau's chapter and in the clinical chapters of Part Two. Lenz and von Moreau describe misunderstandings and misconnections that impair parents' relationship with their newborn, and they give a particularly moving account of how the music therapist can work to help the bonding process. As Mechtild Papousek puts it in her foreword: music adds 'something more "natural" to the necessary, but often abounding technology involved in neonatal care.' This section brings the reader up to date with recent neurological and the earlier, now classic, infant studies, such as those of De Casper and colleagues. There is one inexplicable omission: that of any reference throughout this excellent text to the publications of Allan Schore. Schore's work on early attachment and the significance of affect regulation in psychological development would have aptly drawn together the neurological, psychological, developmental, and psychodynamic perspectives of these opening chapters. The work of Daniel Stern, Beatrice Beebe, and members of the Process of Change group on procedural memory and the significance of 'now' moments are first referred to here. Their work forms a recurring theme in Part Two. This unity of thinking offers a common point of reference within different disciplines and the different music therapy approaches that follow in Part Two.

In Part Two (*Research and Clinical Practice*), we are brought up to date with research in the field of medical music therapy in a substantial opening chapter by Fred Schwartz. He expands on the research into the acoustical environment of the fetus, and draws attention to the consequences of exaggerated stress response for the premature baby: namely, that energy expended by stress response diverts it from serving growth and development. Most welcome is his report here of Jayne Standley's important 1998 study showing that music and multi-modal stimulation can reduce duration of hospitalisation and is related to an infant's weight gain. Once more we see that NICU is a field in which progress can be measured in a controlled environment, and where invasive and non-invasive procedures coexist in the service of preservation of life.

Chapters 7–10 report clinical process within a variety of music therapy approaches. I make no apology for giving a brief overview of each, for each chapter is remarkable for its depth of clinical work and for the moving yet incisive reporting of this emotionally difficult clinical field. It made me aware of the fortitude required and, as Helen Shoemark notes in her chapter on work with families, the necessity for regular supervision. Monika Nöcker-Ribaupierre (Chapter 7) explores the use of a therapeutic approach called Auditive Stimulation, and the fundamental role of the mother's voice. She reports that most mothers became overwhelmed with

emotion when trying to sing to their tiny babies. Auditive Stimulation offers a way of modulating these feelings (containing them perhaps), and a means of bonding as the mother reads to her baby, the music of her voice, its resonance, prosody, and rhythm of speech creating a sonorous feeling mutuality. The overall influence of the mother's voice is a central theme throughout the clinical chapters especially, showing in various ways how crucial the experience of hearing the mother's voice is for the infant's physical and personality growth. There follows a chapter by Marie-Luise Zimmer also reporting on the use of Auditive Stimulation with premature babies and their mothers. She describes, from a psychoanalytic perspective, the process of mourning an infant who does not survive and the role that music assumes in this process with the parents. I was not surprised to learn that Zimmer also works with children with eating disorders and early childhood disorders. Auditive Stimulation seems apt for this population, too, and their families. This is yet another aspect of NICU work that highlights the value of a breadth of clinical approaches in music therapy with clients where there is emotional fragility behind massive defence, where there are invasive treatment procedures, and where life is at risk. Elisabeth Dardart (Chapter 9) gives an account of her use of music and massage in NICU work. She discusses a range of ways in which she uses music, emphasising ways in which music can counteract invasive treatment procedures. She gives case examples of early experiences surfacing from infantile memory in later life, showing how important it is that infant trauma is addressed at the time. The psychological and physical pain that arise in this work was familiar to me from working with children and adults with histories of early trauma and difficult births. Turning to the whole family's needs, leading Australian music therapist, Helen Shoemark, then describes family-centred music therapy (Chapter 10). In her clinical setting, music therapy is the first intervention offered to families, and is viewed as a form of empowerment drawing on their pre-existing strengths. Multi-modal stimulation is again emphasised: infant-directed singing as well as selected recorded music. The meticulous observation of infant response brings detailed awareness of musical elements. Shoemark notes a 'pool' of elements (melody, pulse, rhythm, harmony, tempo, pitch, timbre, attack, duration, register, dynamics, phrasing and silence) that must be closely monitored in NICU work. The therapist's musical awareness of speech has to be honed minutely as in the most exacting clinical situations: plosives, such as 'p' and 'ch', may not be tolerated by the easily overstimulated infant. She draws from Stephen Malloch's research on Communicative Musicality in substantiating the clinical significance of these components of music therapy. Many clinicians will recognise the meticulous attention to the effect of music and voice when working with child or adult clients who are easily overwhelmed and who cannot self-soothe/self-regulate.

The final chapters provide valuable practical information for current and prospective NICU music therapists. Chapter 11 by leading clinician and researcher in this field, Joanne Loewy, describes a clinical model of music therapy in the NICU, from

consultation, program proposal and implementation, through to referral criteria, and a helpful paragraph on assessment. It is evident that the NICU music therapist has to have research and clinical skills in equal measure: the capacity for rigorous record-keeping and attention to detail as well as sensitive communication skills and creative musical resources. Loewy also discusses environmental music therapy as a central need of the NICU, with examples of how this can be achieved. Deanna Hanson Abromheit (Chapter 12) deals with the practicalities of setting up a NICU music therapy program, not the least of which is developing skills in professional communications (verbal and written) with the administrative, medical and nursing team. She stresses the importance of the music therapist understanding the issues involved in the premature infant's medical state and development, and the need for the novice music therapist in this field to communicate with established workers in this field. For any music therapist interested in embarking on this kind of work, Abromheit gives many useful tips on how to formulate a formal written proposal, including seeking financial support. Ending on a practical note, the appendix lists a bibliography and resources, specialist journals and websites in this field.

What is evident from this book is that a particular blend of personal qualities and exacting professional skills are required for NICU work. This is a book full of up to date information on the knowledge base, clinical and research perspectives relevant in NICU work. It is a practical handbook. Each chapter links theory and clinical practice with a thorough, up-to-date referencing of research. For clinicians interested in evidence-based clinically applied research, this is a treasure trove. It is a moving book to read, and one that I trust will encourage more of us to take up the challenges of this small but growing field of NICU music therapy. It is a worthy companion to existing publications in the field of paediatric music therapy: Jayne Standley's *Music Therapy with Premature Infants: Research and Development* (published by AMTA 2003), Joanne Loewy's *Music Therapy and Paediatric Pain* (published by Jeffrey Books, Cherry Hill, NJ, 1997), and Sheri Robb's *Music Therapy in Pediatric Healthcare* (published by AMTA). It has been some time since I was so enthralled by a collection of chapters. Because most of the contributors draw from a common range of interdisciplinary knowledge, the chapters flow with a sense of community and with the sharing of knowledge and expertise, led by the needs of premature and newborn babies and their families. All credit is due to the initiative and editorial skills of Monica Nöcker-Ribaupierre, assisted by the excellent translation of the English edition by Susan Weber.

Jacqueline Robarts is a Senior Therapist and Clinical Tutor at Nordoff-Robbins Music Therapy Centre, London, where she teaches on the Masters program. In her clinical practice she works with children and self-referring adults. She has many years' experience in inpatient and community-based Child and Adolescent music therapy in the NHS. A former holder of two City University Research Fellowships, her clinical specialisms and research are concerned with musical and psychodynamic

processes of symbolization in music therapy with autistic, abused, and anorexic children.

Jaqueline Robarts MA, ARCM (Performer), RTM-NR, Senior Lecturer/Clinical Tutor, Senior Therapist, Nordoff-Robbins Music Therapy Centre, London.

References

Trevarthen, C. (1984). Emotions in infancy: Regulators of contacts and relationships with persons. In K. Schere and P. Ekman (Eds) *Approaches to Emotion*: 129–157. Hillsdale, NJ: Erlbaum

Rosemarie Tüpker, Natalie Hippel, Friedemann Laabs (Hg.): Musiktherapie in der Schule. Dr. Ludwig Reichert Verlag Wiesbaden 2005, 172 Seiten, € 19,90, ISBN 3-89500-471-5

Pisa – Rütli-Schule – Gewalt der Kinder und Jugendlichen untereinander und gegen Lehrerinnen und Lehrer – Schule ist ein Ort, an dem die gesellschaftliche Umbruchssituation von den Beteiligten hautnah erlebt und erlitten wie zugleich medienwirksam vermarktet wird. Hinter hektischer Veränderungswut und Parteienstreit verbergen sich Ratlosigkeit bezüglich der notwendigen Anpassung des Schulsystems an die veränderten gesellschaftlichen Bedingungen und beruflichen Herausforderungen angesichts knapper werdender finanzieller Ressourcen. Alt bewährte Konzepte und Rollenvorstellungen greifen nicht mehr. Die Verunsicherung in den Familien erhöht den Erwartungsdruck auf die Schule, die einerseits den Veränderungsdruck ausgleichen und auffangen soll und ihm zugleich selbst unterliegt. In dieser Situation gibt das Buch von Tüpker, Hippel und Laabs vielleicht keine Antworten im Großen. Es weist aber vielfältige Wege auf unterschiedlichen Ebenen auf, in denen Ratlosigkeit als Chance begriffen wird, etwas Neues für sich zu entdecken. Dies betrifft sowohl die einzelnen Schülerinnen und Schüler, die mit inneren und äußeren Hindernissen kämpfend sich häufig mit Enttäuschung eingerichtet und Hoffnung auf Verstehen aufgegeben haben. Es betrifft aber auch die institutionellen Verhältnisse. In ganz unterschiedlichen Organisationsformen ist in den beschriebenen Beispielen Musiktherapie in der Schule verankert. Das Buch zeigt nicht nur den Spielraum und die Möglichkeiten, die in der Musik liegen, wenn sie von Menschen angeboten wird, die um ihre Chancen wissen. Das für die Improvisation wichtige Verhältnis von Offenheit und Struktur ist auch entscheidend beim Finden von Freiräumen im schulischen Kontext, die für die oben skizzierten Schwierigkeiten Lösungswege aufzeigen.

Der Band wird gerahmt von einem Vorwort von Tüpker, Hippel und Laabs, in dem die Entstehung des Buches aus der Studiengemeinschaft im Zusatzstudiengang Musiktherapie an der Universität Münster erläutert wird und dem letzten Beitrag von Tüpker, in dem sie die Bedeutung dieses Studienganges für die Persönlichkeit und berufliche Qualifikation der einzelnen Teilnehmerinnen und Teil-

nehmer darlegt. Darin führt sie auch die vom musiktherapeutischen Standpunkt her resultierende Kritik an der musikalischen Ausbildungstradition aus.

Hippel gibt in ihrem Beitrag eine ausführliche und interessante Übersicht über die unterschiedlichen Settings, in denen musiktherapeutische Arbeit in der Schule verankert ist. Die Spanne reicht nicht nur von der ‚konfliktzentrierten‘ Musiktherapie über die ‚erlebniszentrierte‘ und die ‚übungszentrierte‘ Musiktherapie bis zum Therapeutischen Musizieren. Sie betrifft auch unterschiedliche Schulformen von der Realschule über die Gesamtschule bis zur Sonderschule. Hierin liegt ein weiterer Wert dieses Buches: Es zeigt die verschiedenen Arbeitsweisen und Anbindungsformen auf, lässt sie gleichberechtigt nebeneinander stehen und setzt so einen Kontrapunkt zum Schulenstreit und Streit um ‚die reine Lehre‘. Sproten zeigt in ihrem gut gegliederten Beitrag die Bedingungen und Möglichkeiten der Musiktherapie in der Realschule. Sie demonstriert an zwei beeindruckenden Fallbeispielen, den Sinn und die Notwendigkeit ‚therapeutischer Ergänzungsmaßnahmen‘ für die Schule. Dabei wird die sensible Balance im Kontakt mit den Betroffenen und dem Lehrerkollegium deutlich, die der therapeutische Schutzraum bedarf wie auch die aus dem Setting resultierenden Grenzen der therapeutischen Arbeit. Im Beitrag von Laabs geht es um ‚Improvisieren im Gemeinsamen Unterricht‘ als sonderpädagogische Förderung an einer Regelschule. Er zeigt – ebenfalls in der Diskussion eines Fallbeispiels – wie durch das therapeutische Angebot die Fixierung emotional bedingter Schulschwierigkeiten verhindert werden kann und den Betroffenen Lernen wieder möglich wird. In den weiteren Beiträgen fächert der Band die musiktherapeutische Arbeit an verschiedenen Schulformen (Grundschule, Gesamtschule, Sonderschulen) wie auch mit unterschiedlicher Klientel (‚stille Kinder‘, Flüchtlingskinder, geistigbehinderte, blinde oder hörgeschädigte Kinder bzw. Jugendliche) auf. Hierbei werden jeweils interessante Fragen des Settings thematisiert, wenn auch nicht immer ausgeführt. Dies kann zu weiteren Diskussionen anregen. So zeigt z. B. die Darstellung des Fallbeispiels von Menebröcker interessanterweise die Vorteile, die aus der Rollenüberschneidung von Lehrerin und Musiktherapeutin resultieren. Für mich sehr anrührend ist das von Paduch vorgestellte ‚Musikprojekt mit Flüchtlingskindern‘. Die in hohem Maß von Unsicherheit geprägte Lebenssituation der Kinder spiegelt sich naturgemäß in der therapeutischen Arbeit wieder und macht in besonderer Weise Struktur als Halt notwendig. Diese Bedingungen erforderten eine Arbeit, die nicht auf das Morgen schaut, sondern dem ‚Hier und Jetzt‘ sein Recht einräumt. Pars pro toto seien hier noch die Beiträge genannt, die sich mit der Arbeit mit blinden und hörgeschädigten Kindern und Jugendlichen beschäftigen. In der ausführlichen Beschreibung der Fallarbeit von Aepkers und Stark wird deutlich, wie die Musiktherapie die reduzierten und stark eingeengten Möglichkeiten eines schwer beeinträchtigten blinden Kindes aufzugreifen und in der Umdeutung des Defizitären im Sinne eines Containings (Bion 1992) seine Lebensäußerungen aufzunehmen und zu spiegeln vermag. Guth zeigt schließlich in ihrem Beitrag ‚Musiktherapeutische Ansätze mit hörgeschädigten Kindern‘ anhand der ausführlichen Schilderung ihrer sehr be-

eindruckenden gruppentherapeutischen Arbeit, welchen Wert diese für die Möglichkeiten zum Selbstaussdruck hat, die in der verhärteten und fixierten Symptomatik oft vergraben sind. Hier wie jedoch auch an anderen Stellen des Buches wird deutlich, in welchem hohem Maß die Chancen dieser Arbeit auf dem beeindruckenden Einfühlungsvermögen der Musiktherapeutinnen und –therapeuten beruhen. Dies wird jedoch meist nur ansatzweise mitdiskutiert. Auch die Verknüpfung mit den jeweiligen theoretischen Hintergründen wird recht verkürzt dargestellt und ist von der/dem nicht musiktherapeutisch vorgebildete/n Leserin oder Leser nicht immer nachzuvollziehen. Dies mindert jedoch nicht den Wert des Buches. Es ist nicht nur für musiktherapeutische Kolleginnen und Kollegen, die in der Schule arbeiten oder solches vorhaben, eine große Bereicherung wegen des gut gegliederten Überblicks über die verschiedenen Möglichkeiten. Auch pädagogischen Kolleginnen und Kollegen, Schulleiterinnen und Schulleitern sei dies Buch ans Herz gelegt, da es Möglichkeiten aufzeigt, mit Fantasie und Einfallsreichtum schulische Freiräume zu schaffen und zu nutzen und damit den Umbau des Schulsystems an die Erfordernisse der heutigen Schülerinnen und Schüler in ihrer von Unsicherheit geprägten Situation voranzutreiben. Darüber hinaus kann das Buch die Diskussion in der musiktherapeutischen Fachwelt anregen, wenn es um Fragen des Settings, der Rollenüberschneidungen etc. geht.

Dr. Maria Becker, psychologische Praxis, Hamburg, maelbecker@t-online.de

Hans-Helmut Decker-Voigt (Hg) und Dunkelziffer e. V. – in Verbindung mit Sabine Mitzlaff und Gitta Strehlow: „Der Schrecken wird hörbar“. Musiktherapie für sexuell missbrauchte Kinder. Eres Edition, Lilienthal 2005, 246 Seiten, EUR 19,80, ISBN 3-87204-434-6

„Der Schrecken wird hörbar“, aber auch les- und nachvollziehbar in diesem bemerkenswerten Buch, das Hans-Helmut Decker-Voigt herausgegeben hat, dessen Haupt- und Kernteil aus Falldarstellungen und Theoriebeiträgen einer bis dahin fünfjährigen Projektarbeit von Sabine Mitzlaff und Gitta Strehlow besteht.

Initiiert wurde das Projekt 1996 von dem ehemaligen STERN-Redakteur Klaus Meyer-Andersen (inzwischen leider verstorben) als Vorstand des bundesweit operierenden gemeinnützigen Vereins Dunkelziffer e. V. mit der Bitte um Begleitung durch das Institut für Musiktherapie der Hamburger Hochschule für Musik und Theater in Person ihres Direktors Hans-Helmut Decker-Voigt. Die Musiktherapie wurde in diesem Fall erfreulicherweise also explizit angefragt und finanziell nicht nur unterstützt, sondern mit Personal- und Sachmitteln bis hin zur Anmietung und Einrichtung eines Praxisraumes vom Verein und seinen SpendeInnen großzügig ausgestattet.

Die Beschreibung der Entstehungsgeschichte und der Rahmenbedingungen bilden den Rahmen für die Falldarstellungen, dabei zum Beispiel auch Überlegungen zu Zielrichtungen und forschungsmethodischen Aspekten, zum Methoden-

repertoire künstlerischer Therapien im Feld (Decker-Voigt), zur Supervision des Projekts (D. Petersen) und einige kürzere Artikel zum Projekt aus Sicht von Dunkelziffer zu Beginn des Buches; den Abschluss bilden ein Glossar verwendeter Fachbegriffe, die Ergebnisse und Einordnung der quantitativen Erhebungen und ein kurzes Nachwort des Herausgebers.

Kern sowie quantitativer und qualitativer Hauptbestandteil des Buches sind sieben Falldarstellungen – fünf abgeschlossene Therapien über 3 Jahre (75–113 Behandlungsstunden) und zwei Abbrüche mit jeweils anschließenden, auf den Fall bezogenen Theoriebeiträgen, wiederum eingerahmt durch zwei Beiträge „Rahmen und Konzept der musiktherapeutischen Behandlungen“ davor und „Besonderheiten der musiktherapeutischen Arbeit mit sexuell missbrauchten Kindern und Jugendlichen“ danach.

In diesen vielfachen Einrahmungen bildet sich die häufig überlebenswichtige Notwendigkeit von Rahmen, Strukturen, Sicherungen für alle Beteiligten in diesem therapeutischen Arbeitsfeld ab.

Mit der Materie Vertraute mögen sich am Titel stören, der den Begriff „sexueller Missbrauch“ verwendet; in der Diskussion wird manchmal argumentiert, der Begriff des Missbrauchs lege nahe, dass es einen legitimen sexuellen „Gebrauch“ von Kindern geben könne. Die Autorinnen argumentieren überzeugend, dass ihnen der Missbrauchs begriff „vom Erleben der Betroffenen her, die sich oft ausgenutzt und ausgebeutet, eben ‚missbraucht‘ fühlen“ (33) nach wie vor geeignet scheint, was durch die Beschreibungen mehr als nachvollziehbar wird.

Diese Falldarstellungen sind über die Maßen eindrucksvoll. Die Therapieprozesse können beim Lesen sehr gut nachvollzogen werden; nicht nur inhaltlich, auch formal ist die Darstellung konzise und weder zu langatmig noch zu knapp. Besonders imponiert hat mir, welchen Eindruck von Nähe zu den Prozessen und somit zu dieser therapeutischen Arbeit die Kolleginnen erzeugen. Ausgesuchte Szenen und Beschreibungen plus Resonanzen der Therapeutinnen (auch und gerade sehr unangenehme, schlecht auszuhaltende, schamvolle, peinliche) ermöglichen ein emotional getöntes Mit- und Nachvollziehen dieser für alle Beteiligten anstrengenden, oft frustrierenden, aber auch erleichternden und erlösenden Therapieprozesse. Selbst das Lesen ist „harte Kost“ und erfordert Verarbeitungs- und Regenerationspausen. Häufig tauchten bei mir beim Lesen Erinnerungen an eigene Therapien mit sexuell missbrauchten Kindern und Jugendlichen in Form von Bildern, Sätzen, Empfindungen auf.

Sehr gelungen ist auch, dass die beiden Therapeutinnen jeweils abwechselnd berichten: sowohl in der Darstellung als auch bei den Theoriebeiträgen werden individuelle Unterschiede deutlich und machen das Lesen noch interessanter.

Die Theoriebeiträge befassen sich jeweils im Anschluss mit einem für diesen Fall besonders charakteristischen Thema: sexualisiertes Verhalten der Kinder im Alltag und in der Therapie, Scham und Schuldgefühl bei sexuellem Missbrauch, Trauma und Dissoziation, Zur Bindung von Opfer und Täter, sexueller Missbrauch und geistige Behinderung, Generationsgrenzstörungen bei sexuellem Miss-

brauch. Die therapeutische und theoretische Ausrichtung beider Therapeutinnen ist psychoanalytisch, was heißt, dass andere, z. B. systemische Einordnungen und Gedanken nur in Ansätzen auftauchen – mehr hätte aber wahrscheinlich auch den Rahmen des Buches gesprengt.

Als Musiktherapeutin hätte ich mir jedoch gewünscht, dass die musiktherapeutische Auswertung und Würdigung des musikalischen Materials mehr Raum einnähme. In den Falldarstellungen und in den Diagrammen im quantitativen Teil wird deutlich, dass viel Musik stattgefunden hat, der Gebrauch und Umgang mit Instrumenten und Stimme und auch die Klänge werden ausführlich und nachvollziehbar beschrieben. Dass die abschließende Einordnung der „Rolle der Musik in der Therapie mit sexuell missbrauchten Kindern und Jugendlichen“ auf nur drei Seiten geschieht und zum großen Teil ziemlich im Allgemeinen verbleibt, hat mich etwas enttäuscht, gerade weil der Schrecken so hörbar wurde.

Im Sinne der angestrebten Forschungsziele gelungen ist das Sammeln pragmatischer musiktherapeutischer Handlungsmöglichkeiten, die Beschreibung und Reflexion von Störungsbildern, Handlungsmöglichkeiten und tatsächlicher Begleitung, sowie das Erkennen und Begleiten von Re-Inszenierungen traumatischen Materials mit musiktherapeutischen Mitteln (Decker-Voigt, 18) – also ein Buch, das die Leserin „mitnimmt“ in doppelter Hinsicht.

Ich wünsche mir für das Buch viele LeserInnen – nicht nur – in der Community, und dass es ein Anstoß wird für eine Debatte zum Thema „Musiktherapie und Trauma“, die bisher irgendwie (noch) nicht so richtig in Gang gekommen ist.

Die beste Kritik für „Der Schrecken wird hörbar“ ist auf der Website von Dunkelziffer (www.dunkelziffer.de) zu finden: „Die Ergebnisse haben uns und die Therapeutinnen überzeugt, das Projekt weiterhin für die Kinder kostenfrei anzubieten.“

*Prof. Eva Frank-Bleckwedel, freie Praxis Bremen, Lehrtherapie und Supervision, Ausbildungstätigkeit am Institut für Musiktherapie Hamburg.
e.bleckwedel@web.de*

Almut Seidel (Hrsg.): Verschmerzen. Musiktherapie mit krebserkrankten Frauen und Männern im Spannungsfeld von kurativer und palliativer Behandlung, Reichert Verlag, Wiesbaden 2005, 208 Seiten, € 24,90, ISBN 3-89500-457-X

Im Vorwort dieses Buches bezeichnet David Aldridge, Lehrstuhlinhaber für Qualitative Forschung in der Medizin an der Universität Witten/Herdecke, das Buch als einen „Meilenstein in der Forschung“. Er würdigt die pragmatische Mischung aus quantitativen und qualitativen Untersuchungsergebnissen und plädiert für einen Forschungsbegriff im Sinne der ursprünglichen englischen Wortbedeutung von „re-search“ als „erneut suchen“. Sowohl die Autorinnen und Autoren als auch die Leserinnen und Leser des Buches werden somit in ihrer Eigenschaft als reflektierende Kliniker in einer Gemeinschaft der Nachforschenden angesprochen.

Das Buch wird von der Herausgeberin Almut Seidel als eine Gender-Studie bezeichnet. Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Krebspatienten werden herausgestellt, und zwar an einem ganz bestimmten Punkt ihrer Erkrankung und deren Behandlung, nämlich jenem Punkt, an dem kurative Behandlungsansätze in eine palliative Arbeit übergehen, medizinische Interventionen noch erfolgen, obwohl Patient und Behandler in den meisten Fällen um die letztendliche Begrenztheit, ja Erfolglosigkeit ihres Bemühens wissen.

Mit „Verschmerzen“ ist gemeint, überhaupt erst einmal in den Schmerz hineinzugehen und ihn einzuschließen, Narben zu bilden, wenn der letzte Weg allein gegangen werden muss. In diesem Zwischenfeld zwischen kurativem und palliativem Arbeiten ist Musiktherapie der Spannung zwischen Stille und Beredtem ausgesetzt.

Auch wenn Krebs Frauen und Männer trifft, könnte gerade die Sensibilität von Musiktherapeuten und Musiktherapeutinnen zu nützlichen Unterscheidungen zwischen männlichen und weiblichen Arten des „Verschmerzens“ beitragen. Dieser konzeptionelle Ansatz macht das Buch interessant und sehr lesenswert.

In der Onkologie wird dem Kampfgeist (*fighting spirit*) wesentlich mehr Beachtung beigemessen als der Möglichkeit, ein Schicksal anzunehmen. Eine demütige Haltung, eine Hingabebereitschaft an eine lebensgefährliche Erkrankung, wird vielerorts recht oberflächlich als „fatalistische Einstellung“ abgetan. Möglicherweise hat dies einen Grund darin, dass insbesondere die universitäre Medizin, in der die angehenden Ärztinnen und Ärzte ausgebildet werden, stark männlich dominiert ist. Hierzu gehören die Karriereorientierung, die Identifizierung mit Hochleistungswissenschaft und ein reduziertes Verständnis von Hoffnung, welche eher an einer Verlängerung von Überlebenszeit orientiert ist als am Ziel, menschliche Begleitung zu gewähren.

Eher weibliche Fähigkeiten wie Hören und Zuhören, Fühlungnahme mit Schutz- und Freiräumen oder „Musik machen nach Gefühl“ werden im Buch eher männlichen Orientierungen gegenüber gestellt wie Schaffensdrang, autoritäts- und

hierarchieorientiertes Handeln. Ich selbst habe allerdings als Leiter einer musiktherapeutischen Männergruppe – gemeinsam mit dem ebenfalls männlichen Musiktherapeuten Dr. Markus Risch – erlebt, wie stark das unerfüllte Bedürfnis von Männern sein kann, auch ihre „weiblichen“ Persönlichkeitsanteile zu spüren und zu leben. In genetischer, hormoneller und psychologischer Betrachtungsweise ist ja immer zu beachten, dass die Unterscheidung zwischen Männern und Frauen eine Polarität bedeutet, die häufig überbetont wird, da letztlich in jeder Person ein Mischungsverhältnis zwischen „weiblichen“ und „männlichen“ Dispositionen existiert.

Gertrud Loos prägte den Begriff der „matrizentrischen Musiktherapie“, die als nährend und gewährend, spielorientiert im Gegensatz zu leistungsfördernd imponiert. Die Grundregel der Behandlung könne aus dem Verhalten der Mutter zu ihrem Kind gelernt werden: „Da ist Körper und Liebe und Nähe und Singen und Lachen.“ Musiktherapie als Ganzes verkörpere so etwas wie das weibliche Prinzip. Die im Buch dargestellte Idee des Nachnährens ergibt ein einladendes Bild. Aber sind nicht auch Männer hierzu in der Lage? Könnte man nicht auch das, was ich eben als männlichen Kampfgeist bezeichnet habe, als Zeichen von Hingabe (z. B. an den Beruf) deuten? Problematisch wird diese Art der Hingabe an den Beruf allerdings dann, wenn sie – und dies scheint wohl ein spezifisch männliches Merkmal zu sein – stark mit einer Orientierung an Effizienzkriterien verbunden ist, die in der Wissenschaft eine große Rolle spielt. Und da gerade in der Medizin die wissenschaftlichen Journale und Kongresse eindeutig von der Männerwelt dominiert werden, ist mit einem systematischen Bias zu rechnen, wenn es um die „Publikationswürdigkeit“ musiktherapeutischer Forschungsergebnisse geht. Das von Almut Seidel herausgegebene Buch bietet eine Fülle wichtiger Gedanken und Forschungsergebnisse, die auf hohem Niveau reflektiert werden und dazu geeignet sind, das Selbstbewusstsein von Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten zu fördern.

Der renommierte Onkologe und Psychoonkologe Herbert Kappauf gibt zum Einstieg eine sehr gute Einführung in diejenigen Themen der Onkologie, die für Musiktherapeuten wichtig sein können. Die Sozialpädagogin Brigitte Schumann veranschaulicht, wie aktive Musiktherapie ungeahnte Möglichkeiten zum Erlernen veränderter Kommunikationsformen bietet. Almut Seidel fasst das 1999 erschienene Themenheft „Musiktherapie in der Onkologie“ der Musiktherapeutischen Umschau zusammen und fragt, ob Musiktherapie ein Adnex an die Psychoonkologie ist, deren Anliegen sie transportiert, oder ob sie etwas Eigenständiges in den Therapieverbund hineinbringt, und wenn ja, was das denn sein könne. Dabei beklagt sie eine gewisse Willkürlichkeit und auch eine mangelnde Geschlechterdifferenzierung, sowohl was die Patienten- wie die Therapeutenseite angeht. Einen Vergleich zwischen charakteristischen Kennzeichen quantitativer und qualitativer Forschung bieten Susanne Landsiedel-Anders und Almut Seidel. Wie kann man Hörerfahrungen beschreiben? Der Musiktherapeut Frank Grootaers zeigt, dass Beschreibung nicht beliebig ist, sondern auf etwas zuar-

beitet und prozessorientiert sein muss. Dass auch der Behandlungskontext als „äußere“ Datenlage zu berücksichtigen ist, betont Brigitte Schumann. Hierzu gehören Faktoren wie die Aufenthaltsdauer in der Klinik, der Ort der Musiktherapie, die Frequenz der musiktherapeutischen Sitzungen und deren Methoden sowie das vorhandene Instrumentarium. Als „innere“ Datenlage sind die Strategien der Krankheitsbewältigung der Patienten zu berücksichtigen wie z. B. Orientierungslosigkeit, Ambivalenzen, Ängste und Hoffnungen. Thomas Schröter unterscheidet dabei verschiedene Bewusstseinssebenen: Körperempfinden, Emotionalität, Imaginationstätigkeit, Gedanken und Kognitionen, Kontaktverhalten. Manfred Banschbach, Christof Kolb und Martin Deuter beschreiben, wie Hypothesen gebildet werden können und wie Improvisationen im Verlauf analysiert werden können. Birgit Gaertner bietet Möglichkeiten der Analyse der verbalen Interaktion in der Musiktherapie anhand von Transkripten und deren Interpretation. Urs Kleinholdermann stellt die Basler Befindlichkeits-Skala zur Messung der Befindlichkeit von Patienten vor. Die Nürnberger Musiktherapeutin Ulrike Haffa-Schmidt betont, dass auch die Erfahrungen von extern am Forschungsprozess beteiligten Personen in den Wahrnehmungshorizont von Musiktherapeuten gehören. Es muss ein stimmiger Forschungsrahmen an der jeweiligen Klinik hergestellt werden. Ulrike Haffa-Schmidt findet es schwierig, Männer zum Improvisieren zu bewegen und kommt zu einer direktiveren Vorgehensweise. Manchmal mache man es sich zu leicht, indem man die Patienten, die sich der Musiktherapie schneller öffnen, eher nimmt und sich auch mehr engagiert – und dies seien eher die Frauen. Das sei ein ganz menschlicher, aber leider unprofessioneller Schutzmechanismus im täglichen Umgang mit den traurigen, destruktiven und tödlichen Aspekten der Krankheit Krebs.

Gerade diese Aspekte und die ständig wirksame Abwehr gegen die damit verbundenen fast unerträglichen Gefühle scheint das Unbewusste unmittelbar in die musikalische Improvisation von Patient und Therapeut zu transportieren. Dies bekamen die „blinden“ Beschreiber, die auch nur extern am Forschungsprozess beteiligt waren und keinerlei Vorinformationen über den Kontext hatten, direkt zu spüren. Als „Tappen im Düstern“ ohne Orientierungspunkte und Austauschmöglichkeiten beschreibt Doris Sondermann diese anstrengende, aber auch weiter sensibilisierende Erfahrung.

Im abschließenden Kapitel interpretiert Almut Seidel die Beiträge des Buches im Zusammenhang und betont dabei auch den Aspekt der institutionellen Abwehr (wobei das hierzu grundlegende Buch des Psychoanalytikers Stavros Mentzos nicht erwähnt wird). Aktive Musiktherapie sei etwas für Menschen, die nicht über ihren Zustand sprechen können, wohl aber bereit sind, in sich hineinzuhören. Selbst wenn Patienten nicht in der Lage sind, über ihr Erleben und ihre Gefühle beim Musik machen zu sprechen, sondern gern – insbesondere bei Männern beobachtbar – externalisieren, also über musiktechnische Angelegenheiten wie die Instrumente, den Stil, die eigenen Erfahrungen mit Musik etc. sprechen, so schaffen

diese Sachbezüge doch eine Gemeinsamkeit auf einem „unbelasteten“ Planeten, der fern ab der Krankheit ein heilendes Eiland anbietet.

*Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Rolf Verres, Institut für Medizinische Psychologie im Zentrum für Psychosoziale Medizin des Universitätsklinikums Heidelberg
rolf_verres@med.uni-heidelberg.de*

Herta Richter (Hg.): Atemwelten. Einblicke und Gedanken zur Atemtherapie.
Reichert Verlag, Wiesbaden 2005, 188 Seiten, EUR 19,90, ISBN 3-89500-459-6

Herta Richter, Gründerin des „Atemhaus München“ 1995 hat als Herausgeberin dieses Buches sich selbst, 7 Schülerinnen und einen Schüler ihrer atemtherapeutischen Ausbildung als AutorInnen, 5 davon in Form von Diplomarbeiten der AFA (Arbeits- und Forschungsgemeinschaft für Atempflege e. V.), zu Wort kommen lassen, um „vielschichtig und umfassend...die Wirkung des Atems als Träger von Wandlungsprozessen des Lebens“ zu veranschaulichen. Aus dem jeweils spezifischen biographischen Entwicklungsweg und aktuellen Arbeitshintergrund der VerfasserInnen entfaltet sich in 9 Artikeln eine differenzierte Themenvielfalt in ihrer Beziehung zur Welt des Atems. Die Überschneidungen und Wiederholungen der Kernaussagen in immer neuen Konstellationen wirken wie das Üben mit dem Atem und am Atem selbst, wie die Vertiefung eines Erfassensprozesses. Jede neue Facette eröffnet eine neue Perspektive auf das Ganze. Dies wirkt in der Gesamtheit als analoges Geschehen zur Atemerfahrung: ein ständiges Wiederholen in immer neuer Gestalt, wie denn das ganze Buch eine hohe Stimmigkeit zwischen Inhalt und Form geradezu atmet.

Richter selbst führt in bild-, symbolhafter und metaphorischer Sprache ins Thema ein. „Sehr jung durfte ich, fast wie ein Schmetterling, der von einer Blüte angelockt wird und ihren Blütenstaub kostet, in die geistige Welt des Atems hineintauchen und aus ihr Nahrung saugen.“ Sie vergleicht die Atembewegung mit dem Meer: *Einatmen, Ausatmen, Ruhe mit Kommen und Gehen, Stille und Weite der Wellen* und stellt ihre Atemarbeit unter das Motto „... lehre sie die Sehnsucht nach dem weiten endlosen Meer“ (Saint-Exupéry). Im Geschehenlassen des Atems geht es um ein Loslassen vom Wollen, um das Zulassen der Gegenwart und einer Sehnsucht nach der Quelle des Atems, nach dem Sein und damit um Verbindung als Erfahrung im Tun. Jede, die jemals mit dem Atem sich übend verbunden gefühlt hat, weiß, was Richter meint, erkennt Erlebtes erfreut wieder. Jede Neusuchende wird sanft in Ahnungswelten geführt, die jenseits von naturwissenschaftlicher Logik und Alltagsrealität erblühen. Diese Atemlehre ist eine Philosophie, eine Seinsweise, ein Entwicklungsweg auf spirituellen Pfaden, den man wollen muss, um sich ihm anvertrauen zu können. Dieses Buch ist nicht zum Durchlesen gedacht, sondern zum Erleben und Erfahren, Kapitel für Kapitel, portionsweise.

Richters eigener Artikel *Wieviel „Methode“ verträgt der Atem?* wirkt wie ein assoziatives Nachdenken über dieses Thema. „Methode“ dient als Aufhänger, um die spirituellen, geistigen Grundaussagen dieser Arbeit anzusprechen: Die Wirklichkeit wird nicht dualistisch, sondern als Einheit gesehen. Lauschen, Spüren, Sich-dem-Innern-Zuwenden führe von der Trennung in die Einheit und ermögliche damit eine Erfahrung von Geborgenheit in der Welt. Wenn solche Gedanken bei mit diesen Themen erfahrenen LeserInnen durchaus innere Schlüssigkeit, Vertrautheit und Anrührung bewirken, bleibt doch leider die Chance des Kapitels, diese Atemkunst in ihrer Handhabung differenzierter dargestellt zu sehen, verpasst.

Die beiden folgenden Arbeiten stammen von *Mica Claus* und *Indira Daehr*, die beide gemeinsam 2004 die Nachfolge von Herta Richter in der Leitung des „Atemhaus München“ angetreten haben.

Mica Claus Arbeit *Schreiben ist wie Atmen* lässt sich wie die Gedichte erfassen, die sie in deren großer Vielfalt und Schönheit einfügt: nur im Geschehenlassen des Zusammenfügens, in dem die Worte ohne nachdenkendes Verstehen wirken. Assoziationen, Bilder, persönliche Erfahrungen, Übungssequenzen und -ausschnitte, geistige Reflexionen folgen, einer inneren Logik entsprechend, aufeinander und gestalten so ein Ganzes, das mehr ist als die Summe seiner Teile. Dieses zentriert sich letztendlich in dem Satz von Saint-Exupery „Alles Geistige mündet in Leiblichkeit“.

Indira Daehr widmet sich in *Atem-Zeit* sehr eindrücklich der Darstellung eines über Jahrtausende verlaufenen Prozesses der Veränderung von Zeitvorstellungen und –bewusstsein. Die Entwicklung von einem in natürlichen Zyklen eingebundenen Zeitempfinden hin zu einem Interesse an Zeit „im Sinne einer Kennzeichnung von messbaren Ereignisfolgen“ gehe einher mit einer Entfremdung des Menschen von der Anbindung an seine eigenen und die der Natur innewohnenden Rhythmen. Hasten und Hetzen als Alltagsbewegungsform führe zu umfassenden psychosomatischen Störungen. Als Ausweg aus dieser Entfremdung bietet sie den Rhythmus der Atmung an, der ein Bewegt-sein in der Ruhe ermögliche. Reflexionen zur Atemarbeit in der Einzel- und Gruppenbehandlung, die eine Ahnung von Hintergründen, Zusammenhängen und Erfahrungsmöglichkeiten im Leiblichen im Bezug auf Rhythmus erschließen, machen diese Arbeit besonders interessant für Musiktherapeutinnen.

Gabriele Engert-Timmermanns „*Hilfe zur Selbsthilfe. Kleine Hilfen mit Atem und Stimme*“ werden vielen MusiktherapeutInnen als große Hilfen bekannt sein. Gut platziert zwischen den geistig-assoziativen-ahnungsvollen Atmosphären der übrigen Arbeiten sind die konkreten, sprachlich selbstverständlichen, vom Übungsablauf her äußerst differenzierten, klaren Anleitungen zum Kennenlernen dessen, was bisher wortreich zu erfassen versucht wurde. Schade, dass keine CD zum Buch die konkrete Erfahrbarkeit für Übungswillige vermittelt.

Die Arbeit von *Susann Furtwängler* „*Atem und Gesang – ein meditativer Weg*“ atmet den anthroposophischen Hintergrund der Autorin, die sehr persönli-

che Erfahrungen mit sich selbst, als Waldorflehrerin und insbesondere mit der eigenen Stimme ins Zentrum rückt. Ganz in diesem Sinne entwickelt sie ihre Erkenntnisse des Zusammenwirkens von Kopf, Herz und Hand im therapeutischen Tun, von Atem und Gesang als Meditation und vom Gesang als gesteigerter Sprache und Seeleninstrument des Menschen. (Erfreulich, dass in den Literaturnachweisen ein Hinweis auf Ilse Middendorf erscheint – leider der erste auf Seite 102!)

Ulla Lorenz sieht in *Begegnung in der Atemarbeit* den Atem als Hilfe zum Heilsein auf einem gemeinsamen Weg von Therapeut und Patient/Klient. Sie bezieht sich in ihrer kurzen Klärung von psychotherapeutischen Begriffen wie Übertragung und Beziehung auf das „Modell Petersen“, d. h. auf das Buch „Der Therapeut als Künstler“ von Peter Petersen, Paderborn 1989. In der Atemarbeit sei die Begegnung als Welterfahrung das Herzstück der Haltung des Therapeuten, es werde von der „Mitte“ des Therapeuten zur „Mitte“ des Patienten gearbeitet, von Herz zu Herz. An Einzelaspekten werden u. a. benannt: Zulassen von verdrängten, unerwünschten Gefühlen (wozu allerdings hier und im ganzen Buch nicht mehr gesagt wird, weder im Hinblick auf die Patientin, noch auf die Therapeutin), Verantwortung, Wahrnehmungsschulung, Bewusstseinsarbeit und Hingabe. Bei dieser Arbeit stelle sich die

Begegnung mit dem Göttlichen von selbst ein. Die Atempause ermögliche die Aufhebung der Polaritäten von Geburt und Tod, das Ruhen im Sein. Ein- und Ausatem als 2 Polaritäten, die in der Atempause nicht als Gegensatz, sondern zusammengehörig erlebt werden, könnten damit zum Heilwerden beitragen.

Dieter Mittelsten Scheid stellt in *Heimkehr aus der Fremde auf den Wegen des Atems* die Beschäftigung mit dem Atem als wesentlich für unsere Zeit der „hypnotischen Konditionierung“ (Unterhaltungs-Elektronik, Werbung, Wirtschaft) heraus und verweist auf deren Potential als fundamentaler Veränderungsmöglichkeit der eigenen Lebenswirklichkeit. Eine Alltagswelt der Fiktionen und Illusionen entfremde immer mehr von einer lebendigen Gegenwart, einer unmittelbar anderen Wirklichkeit, wie sie im Atem erlebt werden könne. Durch die Atemarbeit könnten „wir uns, ohne nachzudenken, äußerst lebendig und präsent fühlen“ (...ohne wissen zu) „müssen, wer wir sind und was wir tun, um zu spüren, dass wir sind.“

Christl Thienwiebel erläutert in *Alle Sinne bilden. Atemarbeit mit sehbehinderten Kindern und Jugendlichen* die vielfältigen, sich negativ auswirkenden Irritationen und Störungen der Entwicklung des frühkindlichen Selbst sowie der Identität dieser Klientel. Neben Schuld- und Minderwertigkeitsgefühlen im psychischen und einer gravierenden Beeinträchtigung im motorischen Bereich gebe es eine eklatante Diskrepanz zwischen dem eigenen Anspruch, sich so unauffällig wie möglich „normal“ zu verhalten und dem eigenen Sehvermögen. Dies führe zu dem Versuch, das Selbst zu sein, das andere von diesen Kindern und Jugendlichen erwarten würden. In der Atemarbeit könne die Sensibilisierung für eine bewusste Hinwendung nach innen, eine differenzierte Selbstwahrnehmung sowie die Atembewegungserfahrung diesen Gefährdungen in der Gesamtentwicklung gezielt ent-

gegenwirken. Dies ist angesichts der gegenwärtigen wirtschaftlich-politischen Situation für den pädagogischen Bildungsauftrag unserer Gesellschaft allgemein von großer Bedeutung.

Sigrid Zörgiebel beschreibt die Atemarbeit in *Der Mensch – Wesen zwischen Himmel und Erde* als Weg der Erlösung aus dualistischem Gefangensein, der Trennung zwischen Körper und Geist. Die Verbindung zwischen Himmel und Erde, Oben und Unten, Körper und Geist werde über die Mitte, über das Herz des Therapeuten, Musikers, Sängers, Patienten, Klienten gesucht und gefunden – wenn man bereit ist zu vertrauen, sich der Führung des Atems (und der AtemtherapeutIn) zu überlassen. *Zörgiebel* wandelt in ihren Gedankengängen zwischen Gedichten, eigenen Träumen, Gott, Übungsreflexionen, Dreifaltigkeit, Sufi-Mystik, Sonatenhauptsatzform, ich, Du und wir frei umher, was mitunter geradezu schwindlig macht, weil frau nicht mehr weiß, auf welcher Ebene sie sich gerade befindet. Ob das wiederum mit der Stimmigkeit zwischen Inhalt und Form zu tun hat oder damit, dass dies die letzte Arbeit im Buch ist, ich vielleicht jetzt – nach soviel Integrationsarbeit zwischen kognitiv-geistigem und trancehaftem Erfassen – meinen Alltagsboden zu verlieren und in andere Realitäten abzudriften drohe? Aber da ist mein Atem: Einatmen, Ausatmen, Ruhe – wunderbar lebendig, gegenwärtig.

Das Buch insgesamt ist wie ein Strauß von Gedichten verschiedener Dichter, die sich alle demselben Thema verschrieben und hingegeben haben. Sie erzählen auf ureigenste Weise liebevoll, sehr persönlich, in tiefer Verbundenheit und Achtung, mit innerem Wissen und Kompetenz gleichzeitig von eigenen Erfahrungen und deren Vermittlung an andere, von Eindruck, Ausdruck und Ruhe in atmender Selbstverständlichkeit. Die Sehnsucht nach solchen Erfahrungen ist geweckt, auch die nach der Beantwortung noch offener Fragen.

Christa Maria Metzdorf, Musikpädagogin, Stimmbildnerin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Köln. personare-koeln@netcologne.de

Paolo J. Knill, Ellen G. Levine, Stephen K. Levine: Principles and Practice of Expressive Arts Therapy. Toward a Therapeutic Aesthetics. Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia 2005, 263 Seiten, EUR 27,90, ISBN 1-84310-039-8

Diese Rezension folgt der Frage, inwiefern MusiktherapeutInnen von der Lektüre des Buches „Principles and Practice of Expressive Arts Therapy. Toward a Therapeutic Aesthetics“ profitieren können, die sich bislang nicht näher mit Expressive Arts Therapy beschäftigt haben.

Das Buch ist in drei Kapitel gegliedert, die auch unabhängig voneinander verständlich sind.

Im ersten Kapitel („The Philosophy of Expressive Arts Therapy: Poesis as a Response to the World“) werden mehrere Tausend Jahre Ideengeschichte zum Stellenwert der Künste und des Kunst-Schaffens für das Menschsein durchquert, wobei u. a. Chaostheorie, griechisches Drama und Objektbeziehungstheorie verknüpft werden. Wer an philosophischen Fragestellungen interessiert ist, in seiner Arbeit eine spirituelle Dimension enthalten sieht oder Kunst als übergeordnete Lebenshaltung versteht, wird vielfältige Denkanstöße erhalten. Stephen K. Levine nimmt den Leser trotz hoher inhaltlicher Komplexität und Dichte auf seine Gedankengänge mit und lässt seine Faszination für das Thema spürbar werden. Zum „Einlesen“ nach längerer Abstinenz von englischer Lektüre empfiehlt sich jedoch, mit einem der anderen Kapitel zu beginnen.

Im zweiten Kapitel („Foundations for a Theory of Practice“) geht Paolo J. Knill von der allgemeinen Annahme aus, dass Schwierigkeiten, wegen denen Menschen eine Therapie aufsuchen, auf eine Einschränkung des Spielraumes („limited play range“) zurückzuführen sind und das Ziel von Therapie folglich in der Erweiterung des Spielraumes durch „rites of restoration“ besteht. Künstlerisches, spielerisches Tun (z. B. in Form von Malerei, Tanz/Bewegung, Theater, Musik, Poesie) mit einem „low skill/high sensitivity-approach“ bietet dazu einen in besonderer Weise geeigneten Rahmen, der „decentering“ ermöglicht. Große Wertschätzung erfährt das in diesem Übergangsraum häufig erlebte, u. U. nur schwer auszuhaltende Chaos, aus dessen absichtsloser Offenheit sich unerwartete Formen herausbilden können. Die hohe Bedeutung des Rahmens („frame“) als haltende Begrenzung wird hervorgehoben. Dieser kann beispielsweise in musikalischen Improvisationen durch bestimmte Dauer, in der Malerei durch die Größe der Leinwand abgesteckt werden. Der Autor schlägt einen klar strukturierten Stundenaufbau vor, der den Alltag über „bridges“ mit der „alternative world experience“ des Kunst-Schaffens verbindet. Unterschieden wird zwischen „play- and ritual-oriented decentering“, welches z. B. in der Arbeit mit Kindern überwiegt und den Prozess in den Vordergrund stellt, und „work-oriented decentering“, wobei die Aufmerksamkeit auf das entstandene Werk und dessen systematische, eher beschreibende als wertende oder deutende Reflexion („Aesthetic Analysis“) gerichtet ist. Letzteres wird deutlich ausführlicher behandelt, scheint bei den Klienten allerdings starke verbale Kompetenzen und hohe Motivation vorauszusetzen. Eine interessante Anregung aus diesem Bereich ist, mehrere „takes“ von wenigen Minuten Dauer nacheinander zu machen, um Entstehendes durch variierende Wiederholung zu verdichten. Weitere Möglichkeiten zu einer solchen Kristallisation bilden intermodale Transfers, z. B. die „Übersetzung“ einer Farblinie in eine Körperbewegung. MusiktherapeutInnen, die in klinischen Arbeitsfeldern und ihrer Klientel entsprechend eher prozessorientiert arbeiten, erhalten zwar keine konkret umsetzbaren Anregungen, können aber von den Ausführungen über die Rolle des Spielens und des Spielraumes und der klar gegliederten Übersicht über grundsätzliche Settingfragen profitieren und ihr Tun dadurch möglicherweise systematischer reflektieren und begründen.

Im dritten Kapitel gibt Ellen G. Levine vielfältige, z. T. sehr persönliche Praxiseinblicke in verschiedene Anwendungsfelder und settings der Expressive Arts Therapy (Ausbildung, Therapie, Supervision). Die beschriebenen Beispiele beinhalten u. a. analytische Kinderpsychotherapie, „Clowning“, Erziehungsberatung, Mutter-Kind-Therapie, den Einsatz eines „calm down chair“, multidisziplinäre Ausbildungssupervision und langjährige kunsttherapeutische Begleitung. Inwiefern die beschriebenen Interventionen spezifisch der Expressive Arts Therapy zuzuordnen sind, bleibt angesichts dieser Vielfalt unklar. Das einzige musiktherapeutische Fallbeispiel aus einem klinischen Arbeitsfeld umfasst nur eine Seite und bleibt entsprechend blass.

Im vorgestellten Buch ist nicht von Therapeuten, sondern von „facilitators“ oder „change agents“ die Rede, und die Grenzen zwischen Therapie, Lebensbegleitung, Ausbildung, künstlerischer, beruflicher und persönlicher Weiterentwicklung werden als fließend beschrieben. Insgesamt scheint der Fokus überwiegend auf einer Anwendung in Ausbildung, Selbsterfahrung, Lehrtherapie und Persönlichkeitsentfaltung mit motivierten, reflektierten und introspektionsfähigen Erwachsenen zu liegen. Das Buch wird vermutlich vor allem MusiktherapeutInnen ansprechen, die in diesen Anwendungsfeldern arbeiten und am therapeutischen Einsatz anderer Medien als Musik bzw. intermodalen Transfers interessiert sind.

Sina Glomb, Diplom-Musiktherapeutin (FH), Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Fachklinik Schleswig. s.glomb@gmx.de

Peter Fonagy/György Gergely/Elliot L. Jurist/Mary Target: Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Klett-Cotta, Stuttgart 2004, 572 Seiten, EUR 44,-, ISBN 3-608-94384-6

Wie entstehen Denken und Fühlen? Wie verläuft der Prozess, in dem das „Selbst als mentaler Urheber aus der interpersonalen Erfahrung, insbesondere aus der Beziehung zum primären Objekt, auftaucht“? (ebd. 12). Die Autoren- und Forschungsgruppe* um Peter Fonagy stellt eine psychoanalytisch-intersubjektiv ausgerichtete Theorie des Geistes vor, die sich mit den Nachbardisziplinen wie den Kognitionswissenschaften und der Verhaltensgenetik auseinander setzt und einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand gibt. Die Darstellung gliedert sich in drei große Bereiche, die als theoretische, entwicklungspsychologische und klinische Perspektiven mit umfangreichem Quellenmaterial und mit Fallstudien ausgebreitet werden. Um es vorweg zu nehmen: eine Überblicksrezension kann gar nicht allen Aspekten dieses Werkes gerecht werden. Sowohl die wissenschaftlichen Bezüge und Verweise, die Quellen- und Ideenvielfalt als auch die bewegenden Fallbeispiele schaffen so viele unterschiedliche Anknüpfungspunkte, dass eine annähernde Darstellung nur in einem sehr viel breiteren und ausführlicheren Rahmen möglich wäre. Insofern soll hier der Versuch gemacht werden, einige

wesentliche Aspekte herauszustellen und eine mögliche Relevanz für die Musiktherapie zu begründen.

Ein zentraler Begriff ist – wie schon aus dem Buchtitel hervorgeht – der Begriff der Mentalisierung, der im ersten Teil des Buches behandelt wird. Im Grunde muss man hier von einem vielschichtigen Mentalisierungskonzept sprechen, das sowohl vom theoretischen her als auch durch Untersuchungen und Fallbeispiele dargestellt wird. Dieses Konzept stellt in gewissem Sinne eine Weiterführung der psychoanalytischen Symboltheorien dar, da es reflektiert, wie die Repräsentation der Welt in unserem Bewusstsein entsteht und organisiert wird. Das Spannende an diesem Mentalisierungskonzept ist die Ausgangshypothese, dass der Geist etwas ist, was nicht vorgefunden wird, sondern entdeckt werden muss. Die Autoren betonen ausdrücklich, dass sie hier „radikal mit dieser dominierenden philosophischen Tradition (*dass das Gewahrsein mentaler Urheberschaft eine angeborene Fähigkeit sei, M. K.*) brechen“ und statt dessen die These vertreten, dass es „sinnvoller und ergiebiger sei, mentale Urheberschaft als eine sich entwickelnde und konstruierte Fähigkeit zu begreifen.“ (ebd. 11) Dabei ist es ein komplizierter Weg, wie der Säugling und das Kleinkind aus dem sichtbaren und erlebbaren Verhalten zu der Einsicht gelangt, dieses beobachtbare Verhalten als Anzeichen für das Vorhandensein mentaler Zustände zu verstehen. Wobei diese ‚Umsetzung‘ nicht nur für die Wahrnehmung anderer Personen gilt, sondern auch in Bezug auf die Wahrnehmung des eigenen Körpers und der eigenen Bewegungen und Empfindungen muss der Säugling erst lernen, diese Erfahrungen als Zeichen für mentale Zustände zu erkennen. Demnach bezeichnen die Autoren die Fähigkeit, hinter menschlichem Verhalten das Gegebensein seelischer Zustände bei sich und bei anderen zu erkennen, als Mentalisierung. Dieser Prozess beginnt mit ca. 1,5 Jahren und ist mit ca. 4 Jahren so weit abgeschlossen, dass das Kind die weiter gehende Fähigkeit entwickelt hat, über vermutete seelische Zustände nachzudenken. Es verfügt dann nicht nur über ein mentales, sondern auch über ein repräsentationales Weltbild mit der Fähigkeit, den subjektiven Charakter seiner geistigen Hervorbringungen zu durchschauen. M. a. W.: das Kind beginnt zu verstehen, dass auch Gedanken und Vorstellungen die Welt nicht abbilden oder widerspiegeln, sondern dass es sich dabei eben auch um Produktionen oder subjektive Schöpfungen handelt. Das Kind weiß dann nicht nur z. B., dass es träumt und dass die Träume im Kopf sind, sondern es kann auch über Träume und Gedanken nachdenken (Denken über Denken) und so verstehen, dass Vorstellungen nicht ein Abbild der Welt sind, sondern die Welt oder Ausschnitte repräsentieren.

Die einzelnen Schritte und Entwicklungswege hier nachzuzeichnen, würde viel zu weit führen. Aus Sicht der Forschungsgruppe lassen sich jedoch zwei Entwicklungslinien zeigen. Die erste folgt einem Modell der Affektspiegelung, wobei das Kind hier lernen muss, unspezifische innere Wahrnehmungen durch ‚Markierungen‘ (dieses sind quasi übertriebene Affektantworten der Eltern und damit be-

deutungsvoll empfundene Heraushebungen) mit dedizierten Emotionsausdrücken wie Freude, Traurigkeit oder Ärger in Beziehung zu bringen. Durch die Übertreibung erfährt das Kind, dass hier etwas dargestellt und nicht nur etwas Eigenes (also ein Gefühl der Eltern) ausgedrückt wird. Mit ca. 1 bis 1,5 Jahren erweitert sich der Horizont des Kindes über die unmittelbare Kommunikation hinaus, und die Erforschung der Welt und die Neugier gehen dann über die nahe Gesichtsinteraktion hinaus.

Was hier im zweiten Teil und unter dem Titel „Entwicklungspsychologische Perspektiven“ als Weiterentwicklung der Affektspiegelungstheorie entfaltet wird, zeichnet sich nach Ansicht der Autoren durch ein Oszillieren zwischen zwei Zuständen aus: dem Als-Ob-Modus und dem Modus psychischer Äquivalenz. Während im Als-Ob-Modus die inneren Zustände des Kindes primär in oder an den Dingen (Objekten, Spielzeug etc.) verhandelt werden, wird im Modus der psychischen Äquivalenz das innere (Vorgestellte) so behandelt oder erlebt, als gäbe es keinen Unterschied zwischen Ding und Vorstellung. Erst mit dem Abschluss des vierten Lebensjahres kommt es dann zu einer Integration und Distanz schaffenden Reflexion beider Modalitäten, wobei der reflektierende Modus als dritter Zustand die gelungene Entwicklung vorläufig abschließt. Beide Modi – also der Als-Ob-Modus ebenso wie der Äquivalenzmodus – sind in ihrem Erleben und Gelingen jedoch in starkem Maße abhängig von der begleitenden Interaktion der Erwachsenen. Dass heißt, dass in diesen Phasen die Umweltreaktionen eine ebenso wichtige Rolle spielen wie die als ‚Markierung‘ bezeichneten Spiegelungen der früheren Kindheitsphase der ersten eineinhalb Jahre.

Von hier aus gibt es nun in dem Buch viele weiterführende Zweige: So wird z. B. die Gen-Umwelt-Interaktion diskutiert, wobei dies sicher auch ein Tribut an den enormen Druck der psychobiologischen Forschung ist. Die vorgetragenen Argumente belegen aber eindrucksvoll, dass es gute Gründe gibt, die so genannte Gen-Expression (also die Frage, wann eine genetische Möglichkeit oder Disposition ausgelöst wird) als etwas zu verstehen, was durch psychische Auslöser verstärkt oder auch gehemmt werden kann. Anders formuliert: der Nachweis, dass genetische Faktoren an dem Vorkommen einer Erkrankung beteiligt sind bedeutet nicht zwingend, dass sie auch die Auslöser dieser Erkrankung seien müssen, d. h.: die Erkrankung muss nicht allein deshalb Wirklichkeit werden. Damit wird die Umwelt- oder Sozialisationshypothese von der Psychobiologie eben nicht einfach widerlegt, sondern die Denkmodelle einer Gen-Umwelt-Interaktion müssen neu bedacht und formuliert werden. So resümieren die Autoren über das Verhältnis von Mentalisierung und Verhaltensgenetik: „Intrapsychische Repräsentationsprozesse stellen somit nicht nur die Folgen von Umwelt- und genetischen Effekten dar; vielmehr können sie selbst zu entscheidenden Moderatoren dieser Einflüsse werden.“ (ebd. 123)

Im dritten Teil des Buches geht es um die Frage, ob und wie sich beim Krankheitsbild der Borderlinestörung eine eingeschränkte Fähigkeit, mentale Zustände bei sich und anderen wahrzunehmen, auffinden und nachweisen lässt. Die Autoren gehen davon aus, dass es sich bei dieser Patientengruppe um eine Gruppe handelt, in der Misshandlungen häufig sind und vertreten die These, dass misshandelte Kinder eine „desorganisierte Bindung“ (ebd. 345 ff.) entwickeln. Diese desorganisierte Bindung führt dann dazu, dass sie aufgrund von traumatischen Erfahrungen oder traumatischer Erlebnisverarbeitung eine abwehrbedingte Hemmung entwickeln, sich mit dem Seelenleben anderer oder dem eigenen zu befassen. Diese fehlende Fähigkeit der Mentalisierung ist aber nach Ansicht der Forschungsgruppe ein entscheidender Mangel, da die ‚Einfühlung‘ oder Einsicht, die mit der Mentalisierungsfähigkeit einhergeht, ein entscheidender Faktor bei der Traumabewältigung ist. Fehlt diese Fähigkeit, so ist die Gefahr groß, dass das Trauma agiert und in mehr oder minder offener oder versteckter Weise weitergegeben wird. Gleichzeitig wird aber auch in dem Buch und in den Falldarstellungen aufgezeigt, dass Mentalisierung in der Therapie ‚gelernt‘ (i. S. von nachträglich erweitert) und damit Traumabewältigung gefördert werden kann.

Hier ist es vielleicht an der Zeit, verschiedene Perspektiven aufzuzeigen, die ein Interesse an diesem Buch begründen und die Beschäftigung auch aus musiktherapeutischer Sicht lohnenswert machen könnten. Ganz ohne Zweifel ist das vorliegende Buch in Ausbildungszusammenhängen als ein grundlegendes Lehrbuch über die Frage der Entstehung und Entwicklung des Selbst als einer mentalen Wirklichkeit oder Instanz uneingeschränkt zu empfehlen, da es einen aktuellen und historischen Forschungsüberblick mit großer Differenziertheit und Breite gibt und so wirklich ein kenntnisreiches Fundament für all die Fragen legen kann, die aus psychologischer Sicht mit den Fragen der Entstehung des Bewusstseins und des Geistes verknüpft sind. Über diese Funktion hinaus sehe ich aber noch eine weitere – und in diesem Sinne speziellere – Bedeutung dieses Forschungsansatzes für die musiktherapeutische Lehre, Praxis, und Forschung.

Wie entstehen Denken und Fühlen, was ist mentale Urheberchaft? Diese eingangs gestellten Fragen spielen in unterschiedlicher Weise ja auch im musiktherapeutischen Setting eine Rolle. Aus den Ergebnissen dieses Buches sind zwar keine unmittelbaren Handlungsanweisungen für die musiktherapeutische Praxis abzuleiten, aber die Techniken und Möglichkeiten der Affektspiegelung, der ‚Markierung‘ (i. S. der Heraushebung einzelner Bedeutungselemente) oder der Verstärkung lassen sich mit musikalischen Mitteln eindrücklich realisieren. Von daher finde ich, dass das Buch nicht nur grundlegende Kenntnisse erweitern kann, sondern auch für die Praxis und für die musiktherapeutische Forschung Anregungen und Perspektiven bietet, die eine Beschäftigung lohnenswert machen. Für die Arbeit im Bereich der Gruppe der früh gestörten Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen – die ja auch eine wichtige Klientel in der musiktherapeutischen Praxis darstellen – bietet das

Buch einen theoretischen Bezugsrahmen, auf dem sich aufbauen lässt und der die bislang vertrauten psychoanalytischen Konzepte um interessante Überlegungen und Perspektiven erweitert. Interessant in diesem Zusammenhang ist auch, dass die Autoren im Kontext dieses Krankheitsbildes den Aspekt der Misshandlung oder Traumatisierung sehr in den Vordergrund stellen und viele Überlegungen darauf gründen, dass hier beschädigte und beschädigende Beziehungen ursächlich sind, die die Fähigkeit zur Mentalisierung einschränken oder verhindern. Ich finde, dass das klassische psychoanalytische Konzept der projektiven Identifizierung unter den Gesichtspunkten der Affektspiegelung und der Mentalisierung eine neue Betonung erfährt, die auch für die Praxis eine Bereicherung darstellen kann. Von daher kann ich dieses Buch auch denen empfehlen, die nach theoretischen Anregungen und Impulsen für ihre alltägliche Arbeit suchen.

Manfred Kühn, Dipl. Musiktherapeut – Psychotherapie, Steinfurt

Jan Dosch, Tonius Timmermann: Das Buch vom Monochord. Hören-Spielen-Messen-Bauen. Reichert Verlag, Wiesbaden 2005, 183 Seiten, EUR 24,90, ISBN: 3-89500-301-8

Als ich die Ankündigung des ‚Buches vom Monochord‘ im Reichert Verlag entdeckte, war meine Freude und Hoffnung groß, dass damit diesem wundervollen Instrument gebührend Rechnung getragen würde. Handelt es sich doch um ein Musikinstrument, welches ich sehr zu schätzen gelernt habe und in meiner therapeutischen Arbeit gerne einsetze.

Es überrascht nicht, in den beiden Hauptautoren dieses Buches zwei kompetente Personen zu erkennen, die an der Wiederentdeckung und Weiterentwicklung des Monochords als Musikinstrument maßgeblich beteiligt waren. Tonius Timmermann hat zudem den Grundstock gelegt für die Neuentdeckung der musiktherapeutischen Wirksamkeit des Monochords. Er hatte im Jahr 1981 nach seinem Musiktherapie-Studium einen Prototyp aus Wien nach München mitgebracht, nach dessen Vorlage Jan Dosch erste eigene Monochorde anfertigte. Mit dem Angebot von musiktherapeutischen und harmonikalen Seminaren sowie Bau- und Spieltechnikkursen am Freien Musikzentrum München läuteten die beiden in den 80er Jahren eine regelrechte Renaissance des Monochords ein, die bis heute anhält.

„Das Buch vom Monochord“ überzeugt durch seine Vielseitigkeit und seine Liebe zum Detail. Es beginnt mit ausgesprochen fundierten musikhistorischen und musiktheoretischen Ausführungen sowie einer grundlegenden Einführung in das harmonikale Denken. Die bedeutsame Rolle dieses Instruments für die Musiktheorie wird vor allem in den Ausführungen zur historischen Entwicklung des Monochords deutlich: ursprünglich durch die experimentellen Messungen von Pythagoras bekannt geworden, hat das Monochord bis heute eine zen-

trale Rolle innerhalb der harmonikalen Forschung inne. Es folgt ein Kapitel mit drei exemplarischen Aufsätzen von unterschiedlichen Autoren (die innerhalb des Buches namentlich genannt sind) zu den Einsatzmöglichkeiten des Monochords in der heutigen Musiktherapie und Musikpädagogik. Schließlich endet das Buch mit einem umfangreichen praktischen Teil, der äußerst differenzierte, ausgefeilte und handfeste Bauanleitungen für Monochorde unterschiedlichen Niveaus liefert, aber auch Anweisungen zu verschiedenen Spieltechniken, Tipps zum spielerischen Umgang mit dem Monochord und am Ende auch eine ganze Skalensammlung nicht fehlen lässt.

Die zwei Beiträge zur Verwendung des Monochords in der Musiktherapie stellen recht spezielle Einsatzmöglichkeiten vor, die sinnvoll erscheinen und durchaus einen berechtigten Platz einnehmen. Bei Peter Hess erfährt man beispielsweise, wie er das Monochord in der Psychiatrie innerhalb eines festgelegten Klangrituals zusammen mit anderen Instrumenten verwendet. Allerdings wird die spezifische Wirkkraft des Monochords in ihrer eigenen bedeutsamen Qualität nicht ausreichend gewürdigt, wenn es nur zur Eröffnung verschiedener Phasen anderer Klänge eingesetzt wird. In dem zweiten Artikel beschreibt Anette Cramer ihre Erfahrungen mit der Verwendung des Monochords in dem Entspannungsverfahren „Ton-Transfer-Therapie“. Der Behandelte ist dabei im direkten Körperkontakt mit dem Instrument, so dass die Klänge unmittelbar auf der Körperebene wirken. Wenn ihre Klienten durch das „intensive Vibrieren im Becken so etwas wie ‚Erdung‘ empfinden“ (69), so ist dies das nachvollziehbare Resultat der Intention und Vorgehensweise. Cramer kann dies allerdings nicht als Hinweis darauf verwenden, dass es eine archetypische Wirkweise nicht gibt, denn tief greifende seelische Prozesse werden bei einer völlig anderen Anwendungsform und in einem anderen Setting in Gang gesetzt. Das eine ist mit der Induktion von Körperwahrnehmung, das andere mit einer Tranceinduktion verbunden.

Ein tiefenpsychologisch orientierter (Musik-)Therapeut, der darum weiß, wie sehr Monochord-Klänge in der Lage sind, Unbewusstes ins Bewusstsein zu heben, Traumata im geschützten Rahmen wieder beleben und heilsame Neuerfahrungen vermitteln zu können, wird sich wundern, dass eine eingehendere Darlegung der Verwendung des Monochords in der Musikpsychotherapie fehlt. Einem psychotherapeutisch interessierten Leser wird damit ein zentraler und kostbarer Wert – vielleicht der eigentliche therapeutische Schatz des Monochords – nicht ausreichend vermittelt. Das viel versprechend klingende Kapitel ‚Zur psychischen Wirkung archetypischer Klangstrukturen und ihrer Bedeutung für die moderne Musiktherapie‘ weckt diesbezüglich Erwartungen, handelt das Thema aber auf nur zweieinhalb Seiten mehr allgemein als auf das Monochord bezogen ab. Und im darauf folgenden Kapitel ‚Der spezifische Einsatz des Monochords in der Musiktherapie und Musikpädagogik‘ wird auf die therapeutische Wirkkraft des Monochords lediglich in der Einleitung in aller Kürze eingegangen.

Der musikalische und musikpädagogische Einsatz des Monochords wird in einem dritten Kapitel von Gerhard Kappelhoff anschaulich beschrieben. Seine vielfältigen Anregungen ermutigen zum freien und spielerischen Umgang mit diesem Instrument.

Ein kleiner verlegerischer Schönheitsfehler besteht in folgendem: Abgesehen von den drei o. g. Autoren, wird bei allen übrigen Texten nicht deutlich, wer von den beiden Hauptverfassern des Buches jeweils der Autor der einzelnen Aufsätze ist. Selbst wenn die beiden Verfasser des Buches dies beabsichtigt haben sollten, so erkennen Insider beim Lesen Timmermann als den Fachmann für Musiktheorie, harmonikale Grundlagen und Musiktherapie und Jan Dosch als den innovativen und begabten Instrumentenbauer. Bedauerlich ist, dass sich über keinen der Autoren des Buches eine Angabe zu Beruf und Vita findet.

Alles in allem spricht das Buch in gelungener Weise sowohl den Fachkundigen als auch den Laien an und hat damit viel zu bieten. Auf jeden Fall wird es seinem Untertitel ‚Hören-Spielen-Messen-Bauen‘ gerecht. Offensichtlich hat es gar nicht den Anspruch den von mir vermissten differenzierteren musikpsychotherapeutischen Einsatzbereich umfassender darzulegen.

Andrea Schmucker, Mitarbeiterin am Weiterbildungsinstitut für Musik-, Klang- und Trancetherapie von Wolfgang Strobel, Würzburg.

Monika Nöcker-Ribaupierre (Hg.): Ritual, System, Ressource – Konzepte in der Musiktherapie. Beiträge zur Musiktherapie, Reichert Verlag, Wiesbaden 2005, ISBN: 3-89500-458-8

Monika Nöcker-Ribaupierre stellt in diesem 6. Band der „Beiträge zur Musiktherapie“, der Aufsätze zu den Vorträgen der Symposien von 1999 bis 2001 aus dem Musikzentrum München enthält, unterschiedliche musiktherapeutische Modelle vor. Diese sind auf der Basis ethnischer traditioneller Heilungsrituale, der Intention, ressourcen- und lösungsorientiert zu wirken, sowie vor dem Hintergrund psychoanalytischer Denkweisen und systemischer Ansätze konzipiert worden.

Tonius Timmermann bezieht sich in seinem Artikel „Musik und Heilung in traditionellen und modernen Gesellschaften“ auf therapeutische Szenen aus unterschiedlichen Kulturkreisen und zeigt damit auf, inwiefern die moderne westliche Musikpsychotherapie von asiatischen schamanischen Interventionsformen beeinflusst werden kann. Allerdings weist er explizit darauf hin, dass es nicht ratsam sei, „kritiklos Elemente aus ganz anders gearteten Kulturen zu übernehmen, die aus einem archaischen, magischen oder mythischen Bewusstsein heraus“ entstanden seien, da dies zwangsläufig zu emotionalen und spirituellen Irritationen

führen würde. Vielmehr sei es sinnvoll, über das zum allgemeinen Kulturerbe der Menschheit gehörende Bewusstsein, dass Klang und Rhythmus psychisch Wirkungen hervorrufen, Inspirationen durch die Auseinandersetzung mit fremden Kulturen zuzulassen.

Gerhard Tucek stellt dagegen in seinem Beitrag „Musiktherapie aus dem vorderen Orient und Zentralasien und ihre Anwendung in Europa – fünf Zugangsebenen“ die „Altorientalische Musiktherapie“ (AM) vor, in der der Mensch bei der Behandlung physischer und psychischer Krankheiten als „psycho-physiologisch-spirituelle ganzheitliche Entität“ erfasst werden soll.

Kern ist hier der Anspruch, den Menschen ad hoc – der islamischen Medizin gemäß – in all seinen Facetten jeweils auf der psychischen, physischen sowie spirituellen Ebene als unteilbare Einheit zu sehen und zu verstehen. Um dieser Einstellung Rechnung zu tragen, ist die spezielle Form der Therapie, die „therapeutische, prophylaktische und rehabilitative Aspekte“ impliziert, entwickelt worden. Fragwürdig ist, die Musik wie ein „pharmakologisches Mittel“ zu betrachten. Dies setzt nämlich bezüglich des Behandlungsauftrages das Paradigma der von vornherein festgelegten Indikationen voraus, was ja dem zu heilenden Patienten mit seiner Individualität nicht gerecht würde.

Trotz des geistigen, philosophischen und religiösen Überbaus sind die beschriebene musiktherapeutische Methode und die dargelegten Behandlungsziele in der Praxis mit vielen westlich-psychotherapeutischen Verfahren durchaus vergleichbar. Die Frage ist nur, was man als philosophische, spirituelle und religiöse Weltanschauung „im Hinterkopf“ hat. Das könnte allenfalls bei der analytischen Reflexion und Interpretation der Therapieergebnisse bzw. -verläufe für den einzelnen AM- Musiktherapeuten Relevanz haben.

Fritz Hegi bringt in seinem Aufsatz „Improvisation und Ritual“ das Prinzip des Rituals mit der kreativen freien Improvisation in einen Zusammenhang. Er postuliert, dass Rituale aus der Improvisation entstehen und somit dem offenen, chaotischen Spiel Regelmäßigkeit und Ordnung verleihen. Es handelt sich hier um ein dialektisches Verhältnis von Kreativität und Verwandlung auf der einen (Improvisation) sowie Wiederholung und Intensivierung festgelegter Formen auf der anderen Seite (Ritual). Die antagonistischen Positionen prägen nach dem theoretischen Modell Hegis Lebenskreisläufe und Wachstumsprozesse aller „lebendigen Strukturen und Systeme“.

Ebenso wie Tucek gibt Hegi konkrete Strukturen von Spielformen und -konstellationen vor.

Jan van Camp betrachtet in seinem Text „Die unvorstellbare Stimme – Musik, Psychose und Trauma“ Musik bezüglich des Auslösens menschlicher Affekte psychoanalytisch. Er postuliert, dass es keine Vorstellungen akustischer Ereignisse gebe, wenn sie nicht mit bildlichen Assoziationen verknüpft würden.

Klar erkennbar sei die Bedeutung der Musik in Ritualen. Rituale als solche seien therapeutisch solange unwirksam, bis der Patient durch die Übertragung eines Bildes auf den Therapeuten die Bearbeitung derselben ermögliche. Der Ver-

fasser beschreibt sein psychoanalytisches Verständnis hinsichtlich seines musiktherapeutischen Konzeptes und definiert entsprechend konkret die Bedeutungen einzelner therapeutischer Elemente.

Christian Münzberg erläutert in seinem Aufsatz „Regulative Prozesse in Gruppenimprovisationen“ sein auf dem systemisch-psychoanalytischen Ansatz von M. Trauth basierendes gruppenmusiktherapeutisches Konzept. Er versteht die Gruppenmusiktherapie als ein komplexes Geschehen auf der Grundlage von Beziehungsqualitäten, in dem sich Regulationsprozesse in den musikalischen Interaktionen zeigen. Dem Therapeuten kommt hier primär die Aufgabe des Verstehens und Interpretierens der psychodynamischen Entwicklungen zu. Im Zentrum steht die „Regulation von Triebspannung und Umweltpassung“.

Münzberg reflektiert das Abwehrverständnis in der Psychoanalyse sowie speziell Trauths psychoanalytisches Grenz- und Inszenierungskonzept und verdeutlicht seine Sichtweise durch Beispiele verschiedener Fallvignetten aus seiner Praxis. Er beschreibt die Verhältnisse der drei musikalischen Prinzipien *Rhythmus*, *Klang* und *Dynamik* und die Dynamik in Bezug auf Rhythmik sowie Klang als Ausdrucksformen intrapsychischer und interpersoneller Phänomene.

In dem Beitrag „Klingt noch Musik in der Ehe? Fokalmusiktherapie mit Paaren – Vorstellung eines Konzeptes“ stellt Elsa Vink-Brouwer ihre musiktherapeutische Methode, die sich durch ihre langjährige klinische Erfahrung mit Paaren in der Kooperation mit einem Psychiater herausgebildet hat, anhand der Darstellung des musikalischen und szenischen Geschehens in einem Fallbeispiel vor. Vink-Brouwers Konzept ist prägnant und stringent strukturiert. Kernintention ist die Bearbeitung und Auflösung kommunikativer Defizite.

Wolfgang Bossinger hat sein musiktherapeutisches Konzept auf lösungs- und ressourcenorientierte Interventionen ausgerichtet. Dies expliziert er in seinem Beitrag „Zukunftsmusik – Hypnosystemische Ansätze in der Musiktherapie“. Er weist darauf hin, dass es hier nicht nur um therapeutische Techniken gehe, sondern Authentizität und Kongruenz Voraussetzungen seien, soll heißen, der Therapeut muss in der Lage sein, den Kompetenzen resp. Ressourcen des Patienten zu vertrauen, um schließlich mit „zeitlicher Progression“ von Beginn der Therapie an konsequent die Lösung ins Zentrum zu rücken. Zu berücksichtigen ist dabei, dass Patienten bisweilen Veränderungsprozesse nicht auf Anhieb akzeptieren bzw. diesbezüglich eine ambivalente Haltung einnehmen. Deshalb geht es hier nicht um schnelle Lösungen. Vielmehr sollte der Therapeut mit dem Patienten gangbare Wege finden, die jenem innerhalb seines „Ökosystems“ die Erhöhung der Lebensqualität ermöglichen.

Jens-Peter Rose rekurriert in seinem Aufsatz „Grundlagen einer systemisch orientierten Musiktherapie“ auf Ciompis „Affektlogik“ und integriert Prinzipien der Systemtheorie sowie Selbstorganisation in sein systemisches Musiktherapiekonzept, welches entsprechend vor dem Hintergrund eines komplexen Theoriemodells entstanden ist. Kernstück der Theorie ist die Synergetik, die „Lehre vom Zusammenwirken“, die Erklärungsmodelle bezüglich der Fragestellungen in allen

Lebensbereichen begründet, nicht nur in geisteswissenschaftlicher, auch in naturwissenschaftlicher Hinsicht. Sie fördert das Verständnis der menschlichen Psyche, sei es aus der psychologischen, psychiatrischen oder sozialen Perspektive.

Die in dem vorliegenden Band vorgestellten musiktherapeutischen Konzepte liefern dem Leser einen Einblick in zugrundeliegende unterschiedliche theoretische Konstrukte resp. Sichtweisen. Resümierend lässt sich feststellen, dass trotz der verschiedenen theoretischen Modelle die daraus hervorgegangenen musiktherapeutischen Konzepte sich bei ihrer praktischen Umsetzung im therapeutischen Alltag nicht wesentlich voneinander unterscheiden. Erst bei der Reflexion bzw. Interpretation der in den therapeutischen Sitzungen entstandenen Interaktionen bekommen die verschiedenen theoretischen Denkansätze ihre abstrakten und konkreten Bedeutungen. Im Endeffekt kommt es darauf an – vor welchem theoretischen Hintergrund auch immer – aus den gewonnenen Erkenntnissen wirksame Behandlungsmaßnahmen zu entwickeln und letztendlich anzuwenden, die im Sinne der Genesung oder Verbesserung des Zustands des Patienten indiziert sind und ihn in seiner Erkrankung und seinem Leiden unterstützen.

*Dr. phil. Heidi Buchert, M. A., Dipl.-Musiktherapeutin, Universität Münster.
dr.heidibuchert.muenster@freenet.de*

Die Autoren

Susanne Bauer

Dr. biol. hum. Susanne Bauer ist 1957 in Berlin geboren und lebt seit 1991 mit ihrer Familie in Santiago, Chile. Sie ist Diplompsychologin (Universität „La Sapienza“, Rom 1988) und Musiktherapeutin (Hochschule für Musik und Darstellende Kunst in Wien 1980). Von 1988 bis 1991 war sie an der Universität Ulm, Abt. Psychotherapie, bei Prof. Kächele als wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig. Sie ist Mitbegründerin der Ulmer Forschungsgruppe für Musiktherapie (1990) und promovierte an selbiger Universität im Jahr 2000 zu dem Thema Grundlagenforschung in Musiktherapie bei schizophrenen Patienten. 1999 entwickelte sie an der Künstlerischen Fakultät der Universidad de Chile einen zweijährigen Aufbaustudiengang zur Musiktherapie, dessen Leiterin sie bis heute ist. Seit 1999 hat sie an selbiger Ausbildung einen Lehrauftrag für die Fächer „Methodik der Musiktherapie“, „Selbsterfahrung in Improvisation und Supervision“. Sie ist Gründungsmitglied der 2005 entstandenen Asociación Chilena de Musicoterapia, Mitglied der Sociedad Chilena de Salud Mental und der Society for Psychotherapy Research (SPR). Seit August 2005 ist sie am Psychologischen Institut der Pontificia Universidad Católica de Chile tätig.

Cynthia A. Briggs

Cynthia A. Briggs, M. M., Psy. D., MT-BC is a board-certified music therapist and a licensed psychologist. She received a bachelor's degree in music therapy from the University of Kansas and a master's degree in music therapy from the University of Miami. Her doctorate is in clinical psychology from Hahnemann University. She is currently the Director of Music Therapy Programs at Maryville University in St. Louis, Missouri. She has been a clinician and educator in the fields of psychology and music therapy for more than 25 years. Dr. Briggs is a past-president of the American Association for Music Therapy (AAMT) and former Chairperson of the National Coalition of Arts Therapies Associations (NCATA).

Ingo Engelmann

Dr. phil. Ingo Engelmann, Psychologischer Psychotherapeut (TP) und Musiktherapeut (BVM) in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Bethesda Allgemeines Krankenhaus Bergedorf (BAKB). Studium der Psychologie, 1976–1988 Teammitglied in ambulanten und teilstationären sozialpsychiatrischen Einrichtungen (v. a. Tagesstätten). Seit 1988 psychotherapeutische und musiktherapeutische Behandlung psychiatrischer Patienten im BAKB. Seit 2005 psychodynamische Einzel- und Gruppentherapie auf einer Station zur Behandlung von Depressionen und Persönlichkeitsstörungen. 1998 Promotion über psychoanalytisch orientierte Musiktherapie in der Psychiatrie („Manchmal ein bestimmter Klang“ 2000). Mitbegründer der „Norddeutschen Arbeitsgemeinschaft Psychodynamische Psychiatrie“ (NAPP). Supervision für Teams und Mitarbeiter gemeindepsychiatrischer Einrichtungen und Dienste (z. B. Betreutes Wohnen).

Gerald Hüther

Dr. rer. nat. Dr. med. habil Gerald Hüther ist Professor für Neurobiologie und Leiter der neurobiologischen Forschungsabteilung an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Göttingen. Seine Forschungsschwerpunkte sind: Ursachen psychischer Störungen, Wirkungsmechanismen von Psychopharmaka, sowie Auswirkungen von Angst und Stress. Prof. Hüther bemüht sich darum, Erkenntnisse aus dem Bereich der Hirnforschung für eine breite Öffentlichkeit und in Sachbüchern, populärwissenschaftlichen Artikeln und Vorträgen zugänglich und verstehbar zu machen. Ein besonderes Ziel dieser Aktivitäten ist die Zusammenführung natur- und geisteswissenschaftlicher Ansätze und die Zurückgewinnung einer Einheit im Denken, Fühlen und Handeln des Menschen. Er ist Autor zahlreicher wissenschaftlicher Publikationen und Sachbücher (Biologie der Angst, Evolution der Liebe, Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn).

Barbara Keller

Jg. 1976, Studium der Musikpädagogik an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg, Studium der Musiktherapie an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, HP (Psychotherapie), C-Kirchenmusikerin, Dozententätigkeit zur Musiktherapie mit alten Menschen, Mitbegründerin der Musik auf Rädern GbR in Münster, Schwerpunkt: Musiktherapie mit alten Menschen.

Cornelia Klären

Jg. 1974, Studium der Heilpädagogik an der Universität Köln, Studium der Musiktherapie an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, HP (Psychotherapie), Dozententätigkeit für Musiktherapie. Mitbegründerin der Musik auf Rädern GbR Münster, Schwerpunkt: Musiktherapie mit alten Menschen.

Nicola Nawe

Hamburg (geb. 1968), Diplommusiktherapeutin (BVM), Studienrätin an Sonderschulen (Geistigbehinderten- und Verhaltensgestörtenpädagogik), Doktorandin an der Hochschule für Musik und Theater Hamburg. Seit 15 Jahren Tätigkeit in Praxisfeldern der musiktherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, z. B. Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sonderschule (u. a. lern- und schwermehrfachbehinderte Kinder und Jugendliche), Integrationsschule, ambulante Praxis, außerdem Gruppenmusiktherapie mit geistig behinderten Erwachsenen. Forschungs- und Vortragstätigkeit sowie Vernetzung in musiktherapeutische Arbeitskreise. Derzeitiger wissenschaftlicher Schwerpunkt: Triangulierungsforschung und musiktherapeutische Arbeitsweisen mit Scheidungs- und Trennungskindern.

Pia Neiwert

Diplom-Pädagogin für den Bereich Erwachsenenbildung/Weiterbildung und Diplom-Musiktherapeutin. Lehramtsstudium der Fächer Englisch und Musik (1. Staatsexamen). Beschäftigt am Institut für Weiterbildung und Empirische Pädagogik der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster.

Monika Nöcker-Ribaupierre

Dr. sc. mus. Monika Nöcker-Ribaupierre leitet die Berufsbegleitende Weiterbildung Musiktherapie BWM am Freien Musikzentrum in München. Sie ist Dipl. Kapellmeisterin und Dipl. Musiktherapeutin (Hamburg). Ihre klinischen Erfahrungen begannen auf der neonatologischen Intensivstation im Dr. von Hauner'schen Kinderspital der Ludwig-Maximilians-Universität München mit 12 Jahren Forschung und Praxis zur Auditiven Stimulation mit frühgeborenen Kindern, gleichzeitig arbeitete sie in der Entwicklungsneurologie im selben Haus, später im Städtischen Krankenhaus München Harlaching, sowie in freier Praxis.

Sie war Gründungs- und langjähriges Vorstandsmitglied der Selbsthilfegruppe „Unsere Frühchen e. V.“ in München und des Bundesverbands „Das frühgeborene Kind e. V.“ Derzeit ist sie im Wissenschaftlichen Beirat dieses Bundesverbands und im Beirat der „Musiktherapeutischen Umschau“, Mitglied der International Society Music in Medicine ISMM – sowie Secretary General der European Music Therapy Confederation EMTC und Mitglied der Commission on Education and Training der World Federation of Music Therapy WFMT.

Ursula Pfefferle

Geb. 1974, Studium der Heilpädagogik an der Universität Köln, Studium der Musiktherapie an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, HP (Psychotherapie), Preisträgerin Johannes Th. Eschen – Preis 2004, Dozententätigkeit für Musiktherapie. Mitbegründerin der Musik auf Rädern GbR Münster.

Shushanik Sukiasyan,

Diplom Musiktherapeutin (Universität Münster), Diplom Musikwissenschaftlerin (Musikhochschule Eriwan). Musiktherapeutische Tätigkeit in Heimen für Menschen mit Behinderungen in Köln und Düsseldorf. Email: schuschan@yahoo.de

Rosemarie Tüpker

PD Dr. phil. Rosemarie Tüpker, Dipl.-Musiktherapeutin, Psychotherapie (HP), geb. 1952, Musikstudium an der Musikhochschule Köln, Studium der Musikwissenschaft, Psychologie und Philosophie an der Universität zu Köln und der Musiktherapie im Mentorenkurs Musiktherapie Herdecke. Langjährige Arbeit als Musiktherapeutin in der Psychosomatik, seit 1990 Leiterin des Studiengangs Musiktherapie der Universität Münster. Mitbegründerin des Instituts für Musiktherapie und Morphologie (IMM) und der wissenschaftlichen Gesellschaft für Morphologische Psychologie (GPM). Aktuelle Forschungsschwerpunkte: Musiktherapie mit alten Menschen, psychoanalytische und morphologische Aspekte der Musikpsychologie und Musiktherapie, Wissenschaftsmethodik künstlerischer Therapien.

Susan Bawell Weber

Susan Bawell Weber, M. A., RMT, NMT, is an adjunct professor of music therapy at Maryville University in St. Louis, MO. and music therapist for Heartland Hospice. She received her undergraduate degree in music at Maryville University, with further studies in piano at the Mozarteum in Salzburg. Her graduate studies in psychology were completed at Antioch University and the Ludwig-Maximilians-University, Munich. She initiated and developed music therapy programs at the Johannes Hospiz der Barmherzigen Brüder and in the oncology department at Klinikum Großhadern, in addition to developing courses in music therapy for the Staatliche Berufsschule für Logopädie, Ludwig-Maximilians-University and Fachschule für Heilpädagogik der Landeshauptstadt, Munich, Germany.

Petra Kern

Durch ein Versehen der Redaktion wurden die Daten der Autorin Petra Kern in das 1. Jahrbuch Musiktherapie nicht mitaufgenommen. Wir bitten um Entschuldigung und möchten das Versäumnis an dieser Stelle nachholen:

Dr. Petra Kern is a Social Research Associate at the Frank Porter Graham Child Development Institute at the University of North Carolina at Chapel Hill. Here she conducts research projects in music therapy as a component of Early Childhood Intervention, and provides embedded instruction, training and consultation for program development and improvement of the environment. She also has written an early childhood curriculum for young children with visual impairments. Petra has published on topics of inclusion, autism spectrum disorder, visual impairments, outdoor environments, integrated therapy, and consultation. Over the past 7 years, Petra has served on many music therapy committees, presented and taught classes around the world.

Sachregister

- Abschied 15
Affekte 146f, 176
Alter 23
ambulante Musiktherapie 9
American Music Therapy Association (AMTA) 55
Anders-Werden 164
Atmosphäre 124, 130
Begegnung 30, 147, 150, 202
Behandlungsauftrag 15, 29, 164, 212
Beratung 36ff
berufliche Weiterbildung 36
Beschreibung und Rekonstruktion 162
Bewerkestellen 164
Beziehungserfahrungen 121, 132, 137, 146, 160
certification (MT-BC) 56ff
Chile 67ff
Coaching 35ff
Cortex 140ff
Demenz 20ff
Deutungscharakter 99
Eigenes und Fremdes 67, 82, 130, 207
Einigungsprozess 124, 133
Erfahrungswissen 147, 152f
Existenzgründung 10ff, 35, 42ff
Fallbeispiel 9, 29, 119, 123f, 157, 164, 193, 205
Forschungsparadigma 170f
Fremdheit 79, 89f, 98
Gegenseitigkeit 146, 148
Gegenübertragung 69, 92, 115f, 126, 135, 175
Gestalt 31, 73, 76, 79, 93, 105f, 114, 116f, 133, 137, 141, 160f
Gestaltpsychologie 157f, 161f
Gleichzeitigkeit 82, 146, 148
grant funding 57
Hören 85, 87f, 140, 153
Improvisation 32, 41, 67, 74, 79, 86, 112f, 133, 159ff, 175ff, 213
Individual Education Plan (IEP) 58
Integration 73ff, 186, 203
Interaktion 147ff, 150
Interventionen 8, 38, 74f, 99, 137ff, 197, 205, 213
Kindertherapie 127
Kopplungsphänomene 143
Lehre 157, 78, 173, 175, 208, 213
Lehrmusiktherapie 173f, 177
Leiden-Können 164
Lieder als via regia 76
Märchen 152, 158f, 177
medicaid 58f, 65
medicare 57f, 61, 65
Metakompetenzen 144
Methodisch-Werden 164
Migranten 89, 91, 98
Missbrauch 100, 166, 194ff
Morphologische Psychologie 218
Musik-Augenblick 103, 111, 116
Musikbegriff 151, 158ff
Musikpsychologie 8, 157, 161, 181, 218
musiktherapeutische Methoden 35, 40
Musiktherapie mit alten Menschen 29, 167, 216, 218
Neonatal Intensive Care Unit (NICU) 60, 187
Neurological Music Therapy (NMT) 60
neuronale Netzwerke 152
Neurowissenschaften 33, 150
potenzieller Raum 119
präreflexive Funktion 131
Praxeologie 8, 157, 162, 164
private practice 57f, 60, 62, 66
Psychiatrie 74, 76, 85, 87f, 98, 166, 205, 210, 215
Psychoanalyse 99, 119f, 136, 154, 157f, 162, 213
Psychosomatik(er) 32, 76, 107f, 113, 116, 162, 166, 218
Psychotherapieforschung 150
qualitative Forschung 197
Reifungsschritte 137, 140
reimbursement 49, 56ff, 62ff, 66
Resonanz 30, 79, 122, 126, 135f, 148ff, 154, 176, 195

- Rezeptive Musiktherapie 85, 87f, 91, 95,
 97, 101, 161
 Schlaganfall 15f, 19, 22
 Schmerz 87, 107, 113f, 116f, 125, 132,
 163f, 179, 197
 seelischer Augenblick 111
 Selbsterfahrung 38, 41, 44, 54, 74, 168,
 174, 176, 205, 215
 Selbstpsychologie 161, 179
 Stresshormone 143
 Strukturierung 9, 134, 138, 142, 146
 Supervision 14, 163, 173ff, 195, 189, 205,
 215
 Synapsen 141
 Thalamus 140ff
 Transformation 68f, 71ff, 76, 79, 132
 Übertragung 29, 44, 85, 90, 93, 95ff, 98f,
 101, 112, 115, 122, 126, 128f, 135,
 141, 165, 175, 179, 202, 212
 Ungeformtes 127, 133
 Urheberschaft 124, 131, 135, 147, 206, 208
 Validation 32, 167
 Vernetzung 138
 Verstehen 85, 89, 98ff, 127, 134, 163, 66f,
 173, 175, 179, 185, 201, 206, 213
 Verwandlung 79, 105, 212
 Wahrnehmungseinstellung 134f
 Wirksamkeit 8, 106, 111, 116, 137, 144,
 149, 170, 186
 Wirkungsgestalt 172
 Wissenschaftstheorie 157, 169
 Zerdehnung des Augenblicks 104ff, 116

Personenregister

- Aichner, M. 37, 53
 Aldridge, D. 183, 197
 Aldridge, G. 27, 32
 Als, H. 153
 Arnold, R. 36, 53
 Basch, M. 146, 153
 Bauer, J. 153
 Bauer, S. 7, 67, 84, 148, 215
 Beebe, B. 147, 150, 153
 Bernard, S. 65
 Brahms, J. 95, 97
 Briggs, C. A. 7, 55, 215
 Brunk, B. K. 58, 65
 Buchert, H. 214
 Burns, D.S. 59, 60, 62, 66
 Busch, E. 123, 125, 136
 Cash, J. 87, 88, 102
 Coleman, K.A. 58, 65
 Damasio, A.R. 148, 153
 Debussy, C. 100, 102
 Decker-Voigt, H.-H. 11, 32, 101, 179f,
 194ff
 Dehm-Gauwerky, B. 30, 32
 Deuter, M. 133ff, 136, 199
 Dosch, J. 209, 211
 Droh, R. 57, 66, 139, 152, 155
 Dvorak, A. 95, 102
 Emde, R., et al. 153, 156
 Engelmann, I. 7, 85, 97, 101, 215
 Erikson, E.H. 30, 145, 153
 Ermann, B. 97, 101
 Esch, A. 4
 Feil, N. 27, 32, 167
 Fischer, C. 141, 153, 187
 Fonagy, P. 205
 Frank-Bleckwedel, E. 87, 101, 196
 Franks, L. 43, 53
 Freud, A. 105
 Freud, S. 99, 101, 107, 165, 179
 Frohne-Hagemann, I. 4, 11, 32, 87, 101,
 179
 Gallese, V. 148, 153
 Gaston, E. T. 55, 66
 Gembris, H. 86f, 101
 Gergely, G. 148, 153, 205
 Gerik, H.-J. 117
 Gindl, B. 124, 136
 Glatzel, J. 108, 117
 Groene, R. 61, 65
 Grootaers, F. 103, 112f, 117, 198

- Hadsell, N. A. 65
 Haffa-Schmidt, U. 199
 Heilingner, A. 37, 53
 Hennings, U. 32
 Hepper, P.G. 140, 155
 Heuft, G. 29, 32
 Hippel, N. 192f
 Huck-Schade, J. M. 37, 40, 53
 Hüther, G. 8, 137, 139, 150, 153f, 155, 216
 Irle, B. 180
 Jackson, M. 92, 94f, 102
 Jurist, E. 199
 Kächele, H. 32, 215
 Keller, B. 7, 9f, 20, 32, 216
 Kern, P. 218
 Kierkegaard, S. 110, 117
 Kitwood, T. 27, 32
 Klären, C. 7, 9, 23, 216
 Kleiber, M. 104, 110ff, 117
 Knill, P.
 Koch-Temming, H. 185f
 Koelsch, S. 140f, 154
 Körner, J. 179
 Kossolapow, L. et al. 180
 Krapf, J. M. 164, 179
 Krause, K.-H. et al. 154
 Krout, R. 61, 65
 Kruse, A. 32
 Kruse, J. 61, 65
 Kühn, M. 41, 53, 166, 179, 209
 Laabs, F. 192f
 Lachmann, F. M. 150, 153
 Lacy, L. D. 65
 Lamparter, U. 140, 154
 Landsiedel-Anders, S. 4, 198
 Lang, R. 36, 54
 Langer, S. 82, 84
 Laqua, M. 4
 Lathom, W. B. 56, 65
 Lecanouet, J. P. et al. 154
 Lenz, G. M. 8, 137, 150fff, 180, 188f
 Lorenzer, A. 179
 Mahns, B. 187
 Maiello, S. 145, 154, 187f
 Marcus, G. 86, 101
 Metzendorf, C. M. 203
 Metzner, S. 11, 32, 89f, 101
 Michel, D. E. 57, 65
 Miegel, M. 11, 32, 34
 Mitzlaff, S. 186, 194
 Moffitt, T. et al. 148, 154
 Mohrmann, R.- E. 180
 Mömesheim, E. 180
 Muthesius, D. 28, 32
 Nawe, N. 8, 119, 122, 126, 130ff, 216
 Nelson, W. 87, 102
 Nelting, M. 140, 154
 Neubaur, C. 123, 125, 128, 131, 136
 Neugebauer, L. 154, 156
 Newman, R. 100, 102
 Niedecken, D. 125, 136
 Nöcker-Ribaupierre, M. 8, 137, 153f, 187, 189, 191, 211, 217
 Oberhoff, B. 179
 Ogden, T. 123f, 136
 Olsho, L.W. et al. 140, 154
 Orbison, R. 88, 102
 Pavlicevic, M. 40, 54, 73
 Petersen, D. 195
 Petersen, P. 179ff, 202
 Pfefferle, U. 7, 9, 217
 Pirzer, A. 36, 54
 Plahl, C. 185f
 Pleß-Adamczyk, H. 11, 32
 Plog, U. 89, 101
 Pontalis, J.- B. 107, 117
 Pressler, G. 117
 Quinn, S. 61, 66
 Radebold, H. 32
 Rauen, C. 37f, 54
 Rebollo-Pratt, R. 55, 61, 66
 Redaktion, D. 117
 Reich, St. 92, 94, 102
 Rilke, R. M. 95, 99, 102
 Rimsky-Korsakov, N. 102
 Rincón, C. 84
 Robarts, J. 187, 191f
 Rogers, N. 43, 54
 Roth, G. 141, 149, 155
 Rubel, E.W. 140, 155
 Sabbatella, P. 84
 Salber, W. 7, 103fff, 111, 116, 117
 Salk, L. 145, 155
 Schäfer, G. 136
 Schirmer, H. 4, 5, 8

- Schmitt, W. 117
 Schmucker, A. 211
 Schneider, E. H. 55, 66
 Schreyögg, A. 38f, 54
 Schütt, M. 28, 32
 Schützendorf, E. 32
 Seidel, A. 197ff
 Seitz, E. 4
 Shahidullah, S. 140, 155
 Siebel, W. A. 140, 154
 Simpson, J. 59f, 62, 66
 Singer, W. 155
 Smetana, B. 95, 102
 Solomon, A. I. 55, 66
 Sonntag, J. P. et al. 28, 32
 Specht-Tomann, M. 29, 33
 Speck, O. 27, 33
 Spintge, R. 57, 66, 139, 152, 155
 Spitzer, M. 85, 102
 Standley, J. M. 60, 66
 Stephan, A. 31, 33
 Stern, D. 124f, 136, 147f, 150, 153, 155f,
 161, 189
 Stolorow, R.D. et al. 124, 136
 Strehlow, G. 154
 Sukiasyan, S. 7, 103, 217
 Tauth, M. H. et al. 155
 Taylor, D. B. 139, 152, 155
 Teicher, M. 148, 155
 Timmermann, T. 41, 54, 209, 211
 Traub, M. 61, 66
 Trevarthen, C. 188, 192
 Tronick, E. Z. 155f
 Tropper, D. 33
 Tüpker, R. 8, 27, 29f, 33, 49, 54, 108ff,
 113ff, 117, 157, 179f, 192, 218
 Unkefer, R. F. 55, 66
 Verres, R. 200
 von Engelhardt, D. 117
 Wagner, C. 33f
 Wagner, G. 73
 Waldon, E. 66
 Wallrafen-Dreisow, H. 32
 Watson, J.S. 148, 153
 Weber, S. 7, 55, 187, 191, 218
 Weymann, E. 30, 33, 41, 54, 69, 73, 84,
 101, 123ff, 133ff, 136
 Wilhelm, K. 62f, 66
 Winnicott, D. 8, 119f, 122fff, 127, 133,
 136, 161
 Wolf, C. 136
 Wunschel, A. 109, 117