

Beiträge

Jenseits des Ortes des Geschehens oder: Wiederbelebung deutscher Geschichte in einem musiktherapeutischen Behandlungsprozess in Santiago de Chile

Beyond the Place of Events: Revival of German History in a Music Therapy Treatment Process in Santiago de Chile

Susanne Bauer, Santiago de Chile/Berlin

Wie könnte sich eine musiktherapeutische Beziehung gestalten, in der der Patient Sohn einer vom Holocaust betroffenen nach Chile immigrierten jüdisch-deutschen Familie und die (etwa gleichaltrige) Musiktherapeutin eine in Chile lebende Tochter einer „typisch“ deutschen Familie ist?

Im folgenden Beitrag geht es um die Besonderheiten dieser Beziehungskonstellation und deren Auswirkungen auf den Therapieverlauf: um den Widerstand des Patienten gegenüber dem musiktherapeutischen Instrumentarium der Musiktherapeutin und deren Einladung zur „freien Improvisation“ sowie den frühzeitigen Abbruch der Therapie. Die dazu gehörige Fallgeschichte wird unter Einbezug psychodynamischer und gesellschaftshistorischer Aspekte analysiert. Sie setzt sich mit dem Aufeinandertreffen von „Söhnen“ und „Töchtern“ von Opfern und Tätern und deren Familiengeschichten auseinander.

Der Artikel befasst sich zudem mit der chilenischen Vergangenheit, mit dem Chile als Einwanderungsland für Deutsche seit Mitte des 19. Jahrhunderts, und dem Chile als Zufluchtsort für Deutsche – Verfolgte und Verfolger – vor und nach dem zweiten Weltkrieg. Er verdeutlicht, dass Holocaust und deutsche Geschichte, weit ab vom „Ort des Geschehens“, im Chile von heute, weiterleben und zeigt auf, wie ein therapeutischer Kontext sich allmählich zu einem symbolisch-historischen Treffpunkt verwandelt.

Der vorliegende Text ist eine Einladung zur Selbstbeobachtung und Reflexion über die durch Musik ausgelösten emotionalen Bewegungen und Projektionen in musiktherapeutischen Behandlungsprozessen, in denen die am-eigenen-Leib-gespürten und durch-Erzählungen-erlebten Erfahrungen das Hier und Jetzt unbewusst mitbestimmen und wo Musikinstrumente, Musikstücke und musikalische Improvisationen zu Symbolträgern früherer Beziehungserfahrungen und „Wiederbelebern“ von traumatischen Ereignissen werden.

Key words: *Einzelfallstudie - Holocaust - Opfer/Täterproblematik - Therapieabbruch - Musik und Trauma*

How can a music therapy relationship develop between a patient, the son of Jewish-German immigrants to Chile during the Holocaust and a music therapist, approximately the same age as the patient, also residing in Chile and the daughter of a „typical“ German family?

The following article describes the unusual constellation of this relationship and its effect on the course of therapy, from the patients's resistance toward the music therapist's selection of music instruments and invitation to „free improvisation“, to the early termination of therapy.

Psychodynamic and socially historical aspects of the exemplified case study are analyzed. It sets apart the clash between the „sons“ and „daughters“ of both victims and perpetrators and their family backgrounds.

The article deals with the past history of Chile, depicting it as a country of immigration for Germans since the mid 19th century, as well as a haven for Germans (victims of political persecution and persecutors) before and after the Second World War. The Holocaust and German history become relevant, although far removed from the place of events in modern day Chile, and illustrate how a therapeutic context can gradually transform into a symbolic-historical encounter.

The given text is a proposition for self evaluation and reflection of emotions evoked through music and the resulting projections in the music therapy treatment process. Events that are personally experienced, as well as those that are experienced by way of descriptive accounts, subconsciously influence that which is experienced in the „here and now“; music instruments, musical selections, and music improvisation become symbolic transporters of early relationships, resulting in the revival of traumatic events.

Einleitung

Therapeutische Begegnungen sind unvorhersehbare Begegnungen zwischen einander unbekanntem Menschen, Menschen mit Geschichte, Kultur, Vergangenheit und Identität und Menschen mit Geschichten, selbst erlebten- und selbst gehörten Geschichten. Während ein Teil dieser „Erlebnisbedingungen“ im Bewusstsein haften bleibt, wird ein anderer ins Unbewusste verdrängt und dort in Form von Bildern, Szenen, Farben, Tönen und Formen aufbewahrt. In musiktherapeutischen Begegnungen kommen Geschichte und Geschichten zum Klingen. Die präsentative Symbolbildung verschafft ihnen dort den rechten Platz zur Entfaltung. Über die unterschiedlichsten Klänge können schlummernde Erinnerungsspuren geweckt, dem Bewusstsein näher gerückt und der Verarbeitung zur Verfügung gestellt werden.

Musiktherapeutische Improvisationen haben etwas mit Wundertüten gemeinsam: weder die Therapeutin noch der Patient¹ wissen im Voraus, welche Töne in ihr verborgen sind, was „drin“ ist und was letztlich erklingen wird. Alle Improvisationen sind unterschiedlich. Als wollte sie sagen: „Suchen Sie sich ein Tütchen aus und lassen Sie sich überraschen“, lädt die Therapeutin den Patienten mit den Worten: „Spielen wir einfach mal los, mal sehen, was dabei herauskommt“, zum Improvisieren ein – in vollem Vertrauen auf ihre Methode und darauf, dass auch der Patient diese bald erfasst und akzeptiert haben wird. Sie wird versuchen, dem Patienten die Angst vor dem „Unerhörten“ zu nehmen und ihn der im Augenblick entstehenden unbekanntem Musik gegenüber neugierig zu machen. Es dauert nicht lange, bis bestimmte Töne und Melodien, musikalische Formen und Gestalten nicht nur Befremdung, sondern auch Ver- oder Bewunderung auslösen. So wie beim Öffnen der Wundertüte lassen wir uns beim Öffnen der musikalischen Wege beim Improvisieren gerne überraschen.

Musiktherapeutische Begegnungen sind komplexer Natur. Beim Musikspielen oder Anhören können in Bruchteilen von Sekunden unvorhersehbare Gefühle, Fantasien und Gedanken entstehen. Jede musikalische „Berührung“ kann Auslöser für ein acting out sowohl des Patienten als auch der Therapeutin sein. MusiktherapeutInnen können dem vorbeugen, indem sie ihre musikalische Geschichte kennen. Damit gemeint sind Klangerlebnisse und mit Musik verbundene Geschichten, die das eigene Spielen beeinflussen, es in eine ungewollte Richtung lenken, es einschränken oder ausufern lassen, was die musiktherapeutische Situation negativ beeinflusst. Dieses Wissen kann und sollte bereits in der Ausbildung oder in einer musiktherapeutischen Lehrtherapie errungen werden (Metzner 2001). Die musikalischen Geschichten, frühen Erfahrungen mit Musik, Musikinstrumenten, einfachen Klängen und Geräuschen, sind Teil der persönlichen Entwicklung und von daher verbunden mit der eigenen Kultur, Emotionalität und Identität (Ruud

1 Im folgenden wird, entsprechend den Geschlechtern der beteiligten Personen in der Falldarstellung, von „Therapeutin“ und „Patient“ gesprochen

1998; Trevarthen 2002). Eigene Erfahrungen sind eingebettet in die geschichtlichen und musikalischen Kontexte unserer Eltern, Großeltern und Ahnen. Unter den Erfahrungen sind solche, die real, d. h. „am eigenen Leibe“ erlebt und verinnerlicht wurden, und andere, die durch (An-)Hören von Familiengeschichten zur erlebten Erfahrung mit dementsprechenden Gefühlen wurden. Bei den überlieferten Erzählungen kann es sich um reelle Geschichten oder bereits um Familienmythen handeln, also Überzeugungen und Glaubenssysteme in Bezug auf ungeklärte oder ungenaue familiäre Geschehnisse. Diese können das eigene Handeln, Denken und Fühlen später genauso unbewusst mitbestimmen wie alle konkreten Erfahrungen auch (Andolfi & Angelo, 1989).

Ein Beispiel für überlieferte Gefühle, die das eigene Handeln mitbestimmen: Durch wiederholte Erzählungen meiner Mutter wusste ich, dass mein Großvater mütterlicherseits die Gewohnheit gehabt hatte, abends Akkordeon zu spielen und mit der Familie zu singen. Ich wusste, dass dadurch eine friedliche heimische Atmosphäre entstand und dass alle diesen Mann – Vater, Großvater, Ehemann – sehr liebten. Ich spürte und verinnerlichte diese Liebe, obwohl ich sie nie selbst erlebt hatte. Und ich erfuhr, dass dieser Großvater am Ende des Zweiten Weltkrieges von Partisanen erschossen worden war. Ich spürte und verinnerlichte dieses Gefühl von Trauer, wohl durch die empathische Beziehung zu meiner Mutter, obwohl ich den Tod nicht miterlebt hatte.

So ein „privates Erleben“ der Therapeutin kann dann ein neues Gewand bekommen, wenn es in einem musiktherapeutischen Kontext aktiviert wird. Es kann dort behindernde oder fördernde Ein- oder Auswirkungen haben, je nach der inneren Klarheit, die die Therapeutin in Bezug auf die eigene historisch-musikalische-affektive Vergangenheit hat. Und auch der Patient wird emotional geladene musikalische Bilder mit sich „herumtragen“ und diese dem musiktherapeutischen Prozess zur Verfügung stellen. In den meisten Fällen sind diese Bilder unbewusst, verdrängt oder in Vergessenheit geraten. Sie tauchen in der musikalischen Begegnung mit der Therapeutin auf und führen dort zu Überraschungen. Beim Musikhören und während der Improvisationen entstehen, sowohl im Patienten als auch in der Therapeutin, Bilder und Gefühle, zu denen historische Ereignisse wie z. B. die Judenverfolgung ebenso gehören können wie ganz persönliche Erinnerungen. In der Musiktherapie ist die therapeutische Beziehung daher in hohem Maße durch die musikalischen Erlebnisse im Hier und Jetzt determiniert. Das musikalische Hin und Her, das Miteinanderspielen und -hören führen zu Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühlen. Diese lassen einen affektiven Raum positiver oder negativer Ladungen entstehen. Solange der Patient in dichotomischer „Ich/Du, Mein/Dein-Form“ denkt und eine Trennung zwischen „meiner und deiner Musik“ vornimmt, werden die musikalischen Botschaften der Therapeutin zugunsten oder gegen sich selber gerichtet empfunden. Eine „harte Note“ der Therapeutin kann den Patienten dann verärgern oder erschrecken, er fühlt sich angegriffen und antwortet mit ebenso harten Tönen. Oder er bekommt Angst vor der Therapeutin und wird zunehmend leiser. Eine „weiche Melodie“

kann dazu führen, dass sich der Patient verführt und verzaubert fühlt; das kann ihm schmeicheln oder ihn bedrohen. Schnelle Sequenzen können beim Patienten den Eindruck erwecken, dass die Therapeutin ihm wegläuft und ihn im Stich lässt. Er rennt hinterher, klebt sich an den Tönen der Therapeutin fest oder hört auf zu spielen. Beim Anhören einer fremden oder befremdenden Musik kann er fühlen, dass die Therapeutin ihn provozieren will. Je nach Therapiestand, Grad des Vertrauens und Festigung der therapeutischen Beziehung, als auch der Fähigkeit zur Reflexion, kann der Patient seinen Gefühlen, Gedanken und Fantasien Ausdruck geben, musikalisch oder verbal. Besser noch, wenn er allmählich zu einer ganzheitlichen Sicht des musikalischen Geschehens kommt; zu einer Auffassung, die es ihm ermöglicht, die Musik als ein Ganzes, zu-ihm-Gehöriges zu begreifen. Feinde und Verführer werden dann als Figuren aus eigenen Geschichten und aus der eigenen Geschichte erkannt.

Vielleicht lag es an der Überraschungssituation – es war das erste Mal, dass die deutsche Geschichte mich in meiner klinischen Arbeit auf diese Art und Weise einholte –, dass das Verweisen auf das Ganze-Eigene nicht gelang. Statt einer Bearbeitung der negativen Übertragung des Patienten- bzw. der Gegenübertragungsgefühle der Therapeutin fand ein acting out der Therapeutin statt: mit dem Patienten vorsichtig umgehen und ihn nicht bedrängen. Der Patient reagierte mit einem anderen acting out: dem Abbruch der Therapie.

Diese Falldarstellung soll u. a. ein Beitrag zur Notwendigkeit von therapeutischer Selbstkritik sein. Sie ist eine Einladung, als Musiktherapeutin ständig auf alles gefasst zu sein, darauf, die Macht der Musik niemals zu unterschätzen und wunderbaren Situationen und Gegenübertragungsgefühlen intensiv nachzugehen. Erst nach Ende der Therapie wurde mir klar, dass in einem Einwanderungsland wie Chile Opfer und Täter des Dritten Reiches wie deren Familienangehörigen lebten und dass eine therapeutische Situation zu einem „historisch relevanten Treffpunkt“ von Söhnen und Töchtern von Verfolgern und Verfolgten werden kann, wie im hier beschriebenen Fall.

Dem Fallbericht geht im ersten Teil des Artikels ein historischer Abriss zum Thema der Einwanderung in Chile voraus.

1. Teil: Historischer Überblick

Deutsche Einwanderer in Chile

Kurz nach der Unabhängigkeitserklärung Chiles im Jahre 1818 erreichten deutsche Kaufleute aus den Hansestädten Hamburg und Bremen auf der Suche nach neuen Handelsbeziehungen die chilenische Hafenstadt Valparaíso. Die meisten waren Junggesellen, die nach einigen Jahren in die Heimat zurückkehrten; nur wenige heirateten in chilenische Familien ein. In den sechziger Jahren gründete eine Gruppe von ihnen die evangelische Gemeinde und setzte die Einrichtung eines protestantischen Friedhofs durch (Kellenbenz 1990).

In den vierziger Jahren des 19. Jahrhunderts startete eine neue Einwanderungswelle. Diesmal machten sich ganze Familien, viele von ihnen aus derselben Stadt, auf, um nach Chile auszuwandern (Ojeda 1983). Die Einwanderungskampagnen beruhten zunächst auf Privatinitiativen („freie Einwanderer“), dann auf offiziellen chilenischen Einwanderungsprogrammen („offizielle Einwanderer“). Vicente Perez Rosales wurde 1850 zum Einwanderungsbeauftragten Chiles in Europa ernannt, das Büro hatte seinen Sitz in Hamburg.

Während ein Teil der deutschen Einwanderer die Integration in die chilenische Gesellschaft befürwortete, waren andere der Meinung, man müsse das Deutschtum unter allen Umständen erhalten, sich von der heimischen Bevölkerung abgrenzen und nationalistisches Denken fördern. Letztere hielten die Endogamie für die einzig richtige Form der Familiengründung. Die chilenische Regierung sah die Abschirmung nicht sehr gerne, konnte aber aufgrund der geografischen Isolierung mancher Dörfer nicht viel dagegen unternehmen. Ein weiteres Problem ergab sich in Chile durch die unterschiedlichen Religionszugehörigkeiten der deutschen Einwanderer. Wenngleich ein Teil katholischen Glaubens war, waren mindestens eben so viele protestantischen, andere jüdischen Glaubens. Der offizielle Glaube in Chile war (und ist es bis heute) der Katholizismus und die Meinung gegenüber der Einwanderung von nicht katholischen Bürgern war gespalten. Der streng katholische polnische Naturwissenschaftler und Universitätsdozent Ignacio Domeyko, der sich 1839 in Chile niedergelassen hatte, und ein hohes Ansehen genoss, sprach von der Gefahr eines „Rassenkrieges“ und versuchte, den deutschen Einwanderungsbeauftragten Philippi davon zu überzeugen, nur katholische Deutsche nach Valdivia „anzulocken“. Mit der Ankunft einer Gruppe westfälischer Jesuiten im Süden Chiles verhärteten sich die Fronten zwischen Katholiken und Protestanten, bis hin zu Straßenschlachten und Kirchenbränden (Blancpain 1985).

Die ersten Generationen deutscher Einwanderer bemühten sich, innerhalb ihrer Verbände, Schulen, religiösen Gemeinden, Burschen- und später auch Mädchenschaften eine eigene Identität zu entwickeln. Sie bezeichneten sich bald als „Deutschchilenen“ und verstanden Chile als ihre zweite Heimat. Das nationale Bewusstsein veränderte sich mit Beginn des Ersten Weltkrieges und in den darauf folgenden Jahren. Während die deutsch-chilenischen Kolonien im Süden die deutsche traditionelle „Volkskultur“ bewahrten, wiesen die Deutschen in den nördli-

chere reicherer Städten Santiago, Valparaiso und Concepcion eine reichsdeutsche Haltung auf. Man wurde dort zunehmend deutschlandtreuer.

Mit Beginn des Nationalsozialismus entwickelten sich unter den Deutschen in Chile rasch nazifreundliche Bewegungen. Verbände wie Deutscher Jugendbund, Deutsche Arbeits-Front oder Frauenverein erreichten das Land unmittelbar. Viele Deutsch-ChilenInnen traten der NSDAP Landesgruppe Chile bei, an den deutschen Schulen wurde ab 1939 die spanische Sprache verboten, bis der chilenische Staat dagegen anging. Gemischte Ehen sollten fortan nicht mehr geschlossen werden. Die bestehenden deutschen Zeitungen und Zeitschriften proklamierten die Doktrinen des Nationalsozialismus, und bei einem viel kommentierten Erntedankfest in dem Ort Peñaflor in der Nähe Santiagos 1935 schmückte eine riesige Flagge des „Neuen Deutschlands“ mit Hakenkreuz die Veranstaltung (de la Cerda 2000). Dank der 1936 gegründeten „Zentralstelle für das Volkslied der Auslandsdeutschen“ wurden deutsche Volksmusik und Opern in Chile über Radio übertragen (Farías 2000). Die Deutschen begrüßten sich von nun an mit „Heil Hitler“, und das Horst-Wessel-Lied wurde bei Veranstaltungen lautstark gesungen. Farías (2000) berichtet über das zwischen 1940 und 1943 funktionierende ausgebaute Spionagesystem der Nazis in Chile für ganz Lateinamerika.²

Während sich in Chile der Nationalsozialismus unter den Deutschen breit machte und die Zusammenarbeit zwischen deutschen Institutionen beider Länder enger wurde, immigrierten jüdische Künstler Deutschlands nach Chile (Liga 1995).

Auf der anderen Seite gab es zwei sehr bekannte chilenische Künstler, die in Deutschland sesshaft waren und sich zu unzähligen musikalischen Veranstaltungen vor den höchsten Offizieren des Reiches gewinnen ließen: die Sängerin Rosita Serrano und der Pianist Claudio Arrau. Beide verließen Deutschland während der Kriegszeit. Serrano kehrte im Jahr 1943 nach Chile zurück, Arrau immigrierte 1943 in die Vereinigten Staaten (Farías 2000).

Nach dem Zweiten Weltkrieg flüchteten in Deutschland verfolgte Nazis nach Chile. Viele von ihnen kamen bei Deutschstämmigen und Hitler-freundlichen Familien unter, bevor sie nach Argentinien, Brasilien oder Uruguay weiterflohen. Andere blieben im Land, der bekannteste von ihnen: Walther Rauff, der bis zu seinem Tod im Jahr 1984 zuerst im Süden Chiles, dann in Santiago lebte und um dessen Auslieferung jahrelang erfolglos gekämpft wurde. Auch Mengele hatte sich angeblich einige Zeit mit falschem Namen in Chile aufgehalten (Farías 2000; de la Cerda 2000).

2 Victor Farías ist an der Freien Universität Berlin tätig und forscht seit Jahren zum Thema Nazismus in Lateinamerika. In seinen beiden Bänden: *Los Nazis en Chile*, Band I (2000) und Band II (2003) werden anhand bisher unveröffentlichter Dokumente die Beziehung zwischen Chile und dem Dritten Reich beeindruckend geschildert und belegt.

Jüdische Einwanderer in Chile

Unter den oben genannten ersten deutschen Einwanderern befanden sich solche jüdischen Glaubens. Viele von ihnen konvertierten zum Katholizismus, um sich schneller in die streng katholische Gesellschaft Chiles eingliedern und Einheimische heiraten zu können.

In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurden als „Juden“ sowohl Juden als auch Protestanten bezeichnet. Die Bibeln protestantischer Missionare wurden 1830 als „Judenbibeln“ öffentlich verbrannt (Böhm 1990). Da es keinen jüdischen Friedhof gibt, wurden die Verstorbenen auf dem „Deutschen Friedhof“ beigesetzt. Die erste Heirat zwischen einem jüdischen Einwanderer aus Hamburg und einer jüdischen Einwanderin aus Breslau fand 1861 in Valparaiso statt. Sie wurden damals in ein „Heiratsbuch für Dissidenten“ eingetragen.

Ende des 19. Jahrhunderts begann eine zweite Einwanderungswelle. Viele Juden flüchteten aus dem Zarenrussland und vor seiner antisemitischen Politik. 1929 entstand das „Lokalkomitee zum Schutz jüdischer Immigranten“ und 1936 das „Zentralkomitee der Israelitischen Kollektivität Chiles“. Unter der Leitung von Siegmund Freudenthal wurde die Deutsch-Jüdische Gemeinde B'ne Jisroel gegründet. Ihre Aufgabe war es, den ankommenden Flüchtlingen zu helfen und deutsche Kultur, insbesondere Werke der in Deutschland verbotenen Schriftsteller und Komponisten jüdischer Herkunft, zu verbreiten.

Im Jahr 1930 gab es ca. 3 700 Juden in Chile. 1941 zählte die jüdische Gemeinde in Santiago ca. 5 000 Mitglieder. In dem selben Jahr verloren jüdische Flüchtlinge ihre deutsche Staatsbürgerschaft und waren somit „Heimatlose“. Es war ihnen nicht mehr möglich, das Land zu verlassen (Liga 1995). Nach 1945 erreichte eine kleine Gruppe Überlebender des Holocaust Chile, zwischen 1956 und 1960 waren es Juden aus Ungarn und der damaligen Tschechoslowakei (Böhm 1990). 1950 wurde ein jüdisch-deutsches Altersheim eröffnet und 1960 empfing die Jüdische Gemeinde in Santiago zum ersten Mal einen Vertreter der deutschen Regierung, Minister Joachim Lipschitz aus Berlin (Liga 1995).

„Colonia Dignidad“

Ein spezieller Fall der Einwanderung ist „Colonia Dignidad“. Im Jahr 1961 kam eine Gruppe Deutscher, unter ihnen viele Kinder und Frauen, per Schiff und Flugzeug nach Chile. Ihr Vorhaben war die sog. „soziale Mission“. Nur wenige der Mitglieder wussten, dass ihr Anführer, Paul Schäfer, vor der deutschen Justiz, die ihn wegen Pädophilie strafrechtlich verfolgte, flüchtete. Unter seiner Führung erreichten innerhalb eines Jahres ca. 300 Personen, Mitglieder der freien Kirche in Heide, das Land.

Dass diese Gruppe trotz des bekannten Kindesmissbrauchs und den Kindesmisshandlungen sowie anderen Straftaten³ in Chile geduldet wurde und es 40 Jahre lang kein Angehen gegen den Leiter und die Sekte gab, hängt u. a. mit der deutschlandfreundlichen Politik Chiles zusammen. Das Ansehen der Deutschen war seit der Einwanderungswelle sehr hoch: Deutsche sind tugendhaft, ordentlich, fleißig und ehrlich. Seit der Gefangennahme Paul Schäfers im Jahr 2005 bemühen sich beide Regierungen um eine Regulierung der Situation. Ein Teil der Gruppe ist in den letzten Jahren nach Deutschland zurückgegangen, andere haben sich im Süden Chiles eine neue Existenz aufgebaut. Sie haben dafür mit den deutschstämmigen Familien, die von Fleiß, Tugend und Deutschtümlichkeit der „Kolonos“ angetan sind, Kontakt aufgenommen. So finden sich Deutsche, trotz unterschiedlichster Provenienzen, in Chile immer wieder zusammen.

2. Teil: Falldarstellung

Musiktherapeutische Behandlung eines „richtungslosen“ Patienten mit Panikattacken

Es handelte sich um einen 55-jährigen gut situierten Geschäftsmann, Vater von zwei Söhnen im Alter von 20 und 23 Jahren, der von seinem Psychiater zu einer „alternativen Therapie“ überwiesen wurde. Der Psychiater behandelte den Patienten wegen einer chronischen Angststörung seit vielen Jahren medikamentös. Er hatte eine lange Psychoanalyse hinter sich, durch die eine Verbesserung, nicht aber eine Heilung, der Angstsymptomatik eingetreten war.

Die ersten Begegnungen

Der Patient brachte zur ersten Sitzung zwei Leiden mit: 1. „Das Leben führt mich in keine Richtung“. 2.: „Ich schaffe es nicht, eine Verbindung zwischen meinen Gefühlen und meinem Kopf herzustellen“. In der zweiten Sitzung berichtete er von den Panikattacken und einer massiven Angstsymptomatik.

In den ersten beiden Sitzungen probierte er die Instrumente aus; seine Art der Annäherung und seine Körperhaltung wiesen auf Distanz hin. In seinem Gesichtsausdruck wirkte er angespannt und abwertend; sein Kommentar, dass es sich um primitive Instrumente handelte, mit denen er nichts anfangen könne, bestätigten den Eindruck. Er äußerte, dass keins der Instrumente ihm gefiele und er sich mit keinem identifizieren könne. Er fragte nach dem Sinn der Behandlung und stellte klar, dass ihm als Instrumente nur das Klavier, das Cello und die Geige gefielen. Ich

3 Colonia Dignidad war eng mit der chilenischen Diktatur verwickelt; auf dem Gelände wurden menschenrechtsverletzende Taten durchgeführt (Gemballa 1989; Heller 2006; Vedder 2005). Es ist nicht auszuschließen, dass auch ehemalige Nazis zeitweise dort Zuflucht gefunden haben (Farías 2000).

ging auf seine Klagen teilweise ein und schlug ihm eine gemischte Form der Behandlung vor: Spielen und gemeinsames Musikhören abwechselnd, womit er einverstanden war. Die gemeinsam formulierten Therapieziele waren: Erstens: Eine Richtung zu finden und Zweitens: eine Verbindung zwischen Gefühl und Kopf herzustellen. Zeitraum: vorerst unbegrenzt, aber mit überschaubaren Abschnitten zum Zwecke von Zwischenbilanzen und zur Vermeidung einer erneuten jahrelangen Behandlungssituation.

Mein persönlicher erster Eindruck war der eines „komplizierten Falles“, aufgrund des angekündigten Misstrauens und der abwertenden Haltung. Der Patient war mir nicht unsympathisch, er bewirkte aber auch in mir eine Distanz, die sich durch eine eher formelle und leicht obsessive Haltung ihm gegenüber auswirkte (der Raum musste ordentlich und sauber sein, wenn Herr H. kam) oder auch paranoide (es sollte niemand in der Nähe sein, der die Gespräche hören könne). Letzteres aufgrund seiner angespannten Haltung jedes Mal dann, wenn er jemanden an der Tür vorbeigehen hörte.

Therapieausschnitte

3. Sitzung: Einladung zur gemeinsamen Improvisation. Er akzeptierte sie, stand der Situation aber ambivalent gegenüber: bevor wir anfangen zu spielen, fragte er erneut, wozu wir das machten. Der entstandene musikalische Dialog zwischen Tempelblock und Schlitztrommel weckte in ihm die Erinnerung an das heutige Mittagessen mit einer Freundin: „Ein Dialog zwischen Schwerhörigen; sie hört nicht, was ich sage, sondern wiederholt immer dasselbe. Ich will ihr helfen, aber sie will nur mein Geld. Vielleicht war das heute das Ende unserer Beziehung“.

Die Therapeutin registrierte: *Höre mir gut zu, sonst ist das bald zu Ende. Mir ist nicht klar, wie Du mir helfen willst. Vielleicht willst Du auch nur mein Geld.*

4. Sitzung: Der Patient brachte eine Musikaufnahme mit. Er berichtete, dass es sich um eine alte Klavieraufnahme seiner Mutter handelte, die als junge Frau eine sehr gute Pianistin gewesen war. Nach dem gemeinsamen Anhören erklärte er, dass die Mutter nach ihrer Eheschließung mit dem Vater immer nur dann Klavier spielte, wenn der Vater nicht zu Hause war, weil diesem das nicht gefiel – seiner Meinung nach ging das zu Ungunsten der Kinder, die dadurch vernachlässigt wurden. „Das Klavier war ihr wichtiger als wir“. Dennoch hörte er heute gerne Klaviermusik.

Die Therapeutin registrierte: *Der Musiktherapeutin sind die Instrumente vielleicht wichtiger als ich.*

5. Sitzung. Die Therapeutin brachte die Aufnahme des Klavierkonzerts op. 16 in a-moll von E. Grieg mit; wir hörten den zweiten Satz. Der Patient fand, dass das Klavier nicht genug zu hören war, weil es vom Orchester verdeckt wurde. Er stellte eine Verbindung zu seiner Situation her: „... so wie ich meine Emotionen zudecke“. In der selben Sitzung fragte er die Therapeutin, wie er es anstellen könnte,

den „immensen Schmerz“ zu fühlen, von dem er, wie er sagte „wusste“, dass er in ihm steckte.

Die Therapeutin registrierte: *Hilf mir, meine Emotionen aufzudecken. Ich spüre den Schmerz, weiß aber nicht woher er kommt.*

6. Sitzung. F. Chopin, Klaviermusik, Walzer op. 69, N° 10 in h-moll. Er konnte die Musik ein bisschen genießen, fragte, warum die Therapeutin dieses Stück mitgebracht hatte und konnte selber die Verbindung zur vorigen Sitzung nicht herstellen: vergedeckt – offen. Er gab an, so etwas wie „gefühlsmäßige Regungen“ gespürt zu haben, konnte sie aber nicht benennen. Stattdessen schwenkte er um und drückte seine Bewunderung für den Komponisten aus, den er als Genie bezeichnete.

Die Therapeutin registrierte: *Das „offene Klavier“ bringt Gefühle ans Tageslicht.*

7. Sitzung. Wir hörten den zweiten Satz der Cellosonate op. 38 von J. Brahms. Dem Patienten gefiel die Melodie des Cellos, er äußerte sich aber nicht weiter dazu.

Die Therapeutin registrierte: *Es ist schön, mehr kann ich dazu nicht sagen. Die Musik bringt mich zum Verstummen.*

8. Sitzung. Der Patient erzählte von einem Strafzettel, den er wegen zu schnellen Fahrens bekommen hatte. Er war über die Autobahn gerast und hatte an die Möglichkeit gedacht, seinem Leben ein Ende zu setzen. Seine jüngere Schwester war ebenfalls mitgefahren. Er habe in letzter Zeit öfters unbewusst selbstdestruktive Handlungen durchgeführt; beim Rasieren habe er sich mehrmals geschnitten.

Thematische Improvisation. Titel der Improvisation: „Vorurteile“, ein Vorschlag der Therapeutin in Anspielung auf seine Einstellung gegenüber den ihn befremdenden afrikanischen Instrumenten. Er war damit einverstanden und wählte die Schlitztrommel, die Therapeutin den Dulcimer. Der Dulcimer begann „kleckweise“, allmählich kam die Trommel dazu. Diese wurde immer lauter, schneller und ungebremst. Der Dulcimer kam nicht mit, es war, als würde jemand blind weglaufen, rasen, oder ein anderer abgehängt. Panik, Impotenz, Ziellosigkeit. Wie das schnelle Auto auf der Autobahn, die Fahrt in den Tod.

Seine Gedanken während des Spielens: er erinnerte sich an eine reale Situation, an sein Landhaus, in dem bis vor kurzem der Haushüter gewohnt hatte. Dieser war ausgezogen und hatte sein Haus (des Patienten) in einem sehr schmutzigen Zustand hinterlassen. Er habe mehrmals versucht, ihn zum Putzen zu bewegen, der Mann reagiere aber nicht auf seine Anmahnungen. Er spüre bis heute Impotenz und Wut.

Die Verbindung zum Thema „Vorurteile“ der Improvisation und diesen Gefühlen sah er in seiner eigenen fehlenden Flexibilität, die, seiner Meinung nach, in anderen Impotenz und Wut auslösen müssen. Er stimmte der Vermutung der Therapeutin zu, dass die Aufforderung, heute zu improvisieren, ihn ebenfalls wütend auf diese gemacht hatte. Dass diese Wut ihn blind (bzw. taub) machte, verstand er, als er sich und seine Musik beim Anhören der Improvisation am Ende

nicht wiedererkannte: diese Musik könnte irgendjemand gespielt haben, er könne keine Verbindung zu dieser Musik herstellen und sich nicht mit ihr identifizieren; im Gegenteil, finde er sie sehr merkwürdig.

Die Therapeutin registrierte: *Die Therapeutin und ihre Instrumente machen mich wütend und ohnmächtig. Aber meine eigene Starrheit macht andere wütend auf mich. Ich kann mich selber nicht wahrnehmen.*

9. Sitzung. Der Patient spielte Dulcimer. Er entdeckte im tiefen Register die Melodie eines Kinderliedes; im höheren Register begann er „Freude schöner Götterfunken“ zu spielen, auch die englische und die französische Nationalhymnen erklangen. Patient nach der Improvisation: „Ich spiele genau das, was ich nicht habe: die Freude.“

Die Therapeutin registriert: *Eigentlich bin ich der Sieger, nicht Du!*

10. Sitzung. Der Patient berichtete von einem traumatischen Erlebnis während einer Therapie vor sehr langer Zeit. Er war ungefähr 20 Jahre alt. Damals wurde häufig mit Rauschmitteln experimentiert. Auch seine Psychiaterin gab ihm im Beisein eines anderen Psychiaters eine Dosis, angeblich, um auf die Gründe seiner starken Ängste zu kommen. Die Erfahrung wurde zu einem „Horrortrip“. Seine Angst wurde immer stärker, er bekam Panik und hatte überhaupt keine Kontrolle mehr über sich und seinen Körper. Im Nachhinein ist er sehr wütend auf beide Psychiater.

Die Therapeutin registrierte: *Ich habe große Angst vor dem Kontrollverlust. Mach bitte keine Experimente mit mir.*

11. Sitzung. Zwischenbilanz und Nachdenken über die bisher abgehaltenen Sitzungen. Wir waren uns einig, dass es bis hierher ein schwieriger Prozess gewesen war. Der Patient nahm Stellung zu Sitzung Nr. 7 und der damals angehörten Musik: er „gestand“, dass er sich beim Anhören plötzlich die Frage gestellt hatte, ob die Therapeutin eine richtige Deutsche sei. In der Melodie des Cellos vernahm er eine östliche zigeunerhafte Atmosphäre. Da hatte er folgende Assoziation: „Holocaust, Judenverfolgung und Konzentrationslager, ein Orchester, das spielte, während die Gefangenen zu den Gaskammern geführt wurden“. Das schlimmste für ihn: „Es war, als erlebte ich das alles selber. Es war grausam. Ich war einer der Musiker. Und ich wusste, dass die Orchesterspieler irgendwann selber in die Gaskammern abgeführt und vernichtet würden. Das hat mich sehr bewegt.“

Danach fragte er die Therapeutin, ob sie Deutsche sei; diese bejahte die Frage und eröffnete die Möglichkeit zu einem Austausch über diese spezielle Therapiesituation und über einen Zusammenhang zu den erlebten Schwierigkeiten. Der Patient konnte nicht auf dieses Angebot eingehen und verstummte.

Die Therapeutin registrierte: *Du bist Deutsche, ich bin Jude. Ich habe Angst vor dir.*

Nach dieser „Offenbarungssitzung“ brach der Patient die Therapie ab.

Kurze Familiengeschichte

Der Patient war Sohn eines jüdischen Flüchtlings-Immigranten. Sein Vater kam mit 18 Jahren alleine nach Chile, der Rest seiner Familie war im Holocaust umgekommen. Fotos von dieser Familie gab es nicht. Er hatte den Vater als einen sehr strengen Mann in Erinnerung. „Ich erinnere mich an all das, was er mir nicht gegeben hat“. Seine Mutter beschrieb er als eine intelligente Person, auch eine sehr gute Pianistin. Als junge Frau hatte sie ab und zu in der Öffentlichkeit gespielt, aber nur bis zu dem Moment der Heirat. Sie hatte außerdem einige Semester Literatur studiert. Über ihre Herkunft erzählte er nichts. Zu Hause wurde viel klassische Musik gehört. Er und sein älterer Bruder lernten eine Zeitlang Klavier. Die Mutter war streng und oft innerlich abwesend. Als „guten Menschen“ hatte er einen Cousin der Mutter in Erinnerung; der brachte Kuchen mit und schenkte ihm ein Fahrrad.

Beide Eltern waren bereits verstorben. Seinem Vater konnte er weder zu Lebzeiten noch nach dem Tod verzeihen, seiner Mutter eher. Er hatte den Flügel der Mutter geerbt.

Der Patient hatte zwei Geschwister, einen um vier Jahre älteren Bruder, der seit 30 Jahren im Ausland lebte und eine fünf Jahre jüngere ledige Schwester.

Krankheitsgeschichte

Der Patient beschrieb seine gesamte Kindheit als sehr schwierig und sich selbst als ein ängstliches und unglückliches Kind. Seine Mutter bezeichnete ihn damals als ein „sensibles Kind“. In der Schule war er immer einer der kleinsten in der Klasse und wurde deswegen gehänselt und geärgert. Als er 14 Jahre alt war, begannen seine Panikattacken. Diese wurden nicht als solche, sondern als epileptische Anfälle diagnostiziert und zehn Jahre lang mit antikonvulsiven Medikamenten behandelt. Der Vater hielt die Anfälle für Provokationen und bestrafte und schlug ihn, wenn er diese Anfälle bekam, damit er damit aufhörte. Die Mutter stand tatenlos daneben, statt ihn zu verteidigen. Die Kindheit und Jugendzeit waren deshalb unerträglich, er fühlte sich alleine und unverstanden. Er fehlte häufig in der Schule; zur Universität konnte er wegen der ständigen Panikanfälle nicht regelmäßig gehen und brach deshalb das angefangene Jurastudium bald ab. Mit Mitte zwanzig begann er, in der Fabrik des Vaters zu arbeiten; dort fühlte er sich minderwertig. Noch nie hatte er das Gefühl gehabt, ein gesunder und unabhängiger Mensch zu sein, stattdessen lebte er mit der Angst vor Anfällen, fühlte sich behindert und unsicher, bis heute. Das Gefühl der Einsamkeit nahm in letzter Zeit zu. Er fühlte sich zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns wie „in der Luft schwebend“ und richtungslos und glaubte, dass, wenn er heute stürbe, ihn keiner vermissen würde.

Teil 3: Die Macht der Musik

a) im musiktherapeutischen Kontext

In musiktherapeutischen Behandlungen steht die Musik im Mittelpunkt des Geschehens, sei es, dass sie „gemacht“ oder dass sie „gehört“ wird. Wir MusiktherapeutInnen gehen davon aus, dass sie im positiven Sinne fördernd ist. Sie ist Bewegung und bringt in Bewegung, z. B. psychische Prozesse. Sie ist Bindeglied zwischen Patient und dessen innerem Geschehen und zwischen Patient und Therapeut. Sie kann verbinden und ein Wir-Gefühl entstehen lassen oder Trennungprozesse, im Sinne von Autonomie und Individuation, fördern. Sie reflektiert innere Strukturen und Gefühle, bringt verborgene Gedanken und Fantasien an die Oberfläche und macht „Unerhörbares hörbar“ (Weymann 1991). Es kann spielerisch oder ernsthaft zugehen, oberflächlich oder tiefgründig. Eine Improvisation kann „bekannte Töne“ hervorbringen oder noch nie Gehörtes; Fragmente von Kinderliedern oder Schlagern ebenso wie ungeordnete Klänge. PatientInnen und TherapeutInnen können im Laufe des musiktherapeutischen Prozesses Wiederholungserlebnisse haben, in bezug auf den gemeinsam geformten Prozess oder in bezug auf persönliche Erlebnisse. Mit ihnen verbunden sind Empfindungen und Erinnerungen. In musiktherapeutischen Behandlungen gibt es musikalische Überraschungen. Gleich einer „musikalischen Wundertüte“ weiß man bei Improvisationen nicht, was drinsteckt und was letztlich herauskommt, es ist nicht vorauszusehen, welcher Teil des eigenen Selbst oder des Selbst des Patienten in der musikalischen Begegnung bewegt und zum Vorschein kommen wird. Die Musik entsteht im Moment, aber auf der Basis von etwas bereits Vorhandenem (Weymann 1987).

b) im nicht musiktherapeutischen Kontext

Musik wird aber nicht immer als positiv fördernd und schön erlebt; auch „schöne Musik“ kann Schaden anrichten, besonders dann, wenn sie gezielt und bewusst dafür eingesetzt wird. Es gibt musikalische Fallen und den musikalischen Betrug der Seele, eine „schöne Musik“ kann zweckentfremdet und pervertiert werden:

In deutschen Konzentrationslagern mussten Musiker-InsassInnen ihre eigenen KameradInnen musikalisch in die Gaskammer begleiten oder die Neuen bei ihrer Ankunft im Lager musikalisch begrüßen, als handele es sich um das Paradies selber. Todesschreie wurden mit lauter sinfonischer Musik „zudeckt“. Um die Insassen bei guter Laune zu halten, damit sie besser arbeiteten, und um zu verhindern, dass sie an den Tod dachten, wurden Unterhaltungskonzerte organisiert. Am Ende wurden die meisten von ihnen umgebracht (Moreno 1999).

Im Gefangenenlager Guantánamo auf Kuba werden irakischen Gefangenen amerikanische patriotische Lieder zur Demütigung stundenlang wiederholt lautstark vorgespielt (Zeitungsbericht: La Tercera März 2008).

Im Fall Colonia Dignidad beschreibt eine dort gefangen gehaltenen chilenische Widerstandskämpferin, dass während ihrer Folter Tschaikowskys „Capriccio Italiano“ abgespielt wurde. Es war ein Experiment, man wollte wissen, ob man den Menschen musikalisch konditionieren konnte, so dass er dann auch ohne Folter die Ängste und Schmerzen allein beim Anhören der Musik wieder erlebte und „ob die Erinnerung an die Folter während des Abspielens der Musik bei den Opfern später auch dann noch die Hautwiderstandskurven ansteigen ließ...“ (Gemballa 1998, 103–104).

Die Bewohner von Colonia Dignidad wurden in den kurzen Mittagspausen zum Üben ihrer Instrumente verpflichtet, um nicht miteinander zu reden (Musikspielen als Verstummungsmittel und Kontaktabbruch). Oder auch: Wer ein bestimmtes Instrument lernen wollte, bekam genau ein anderes vorgesetzt (Entgegen gesetzte Instrumentenwahl zum Brechen des eigenen Willens).⁴⁴

Teil 4: Aktualisierung der Problematik – warum gerade in der Musiktherapie? Überlegungen zu Entwicklung und Abbruch der musiktherapeutischen Behandlung

Auch bei dem Patienten war Musik mit gemischten Gefühlen besetzt: 1. Das eigentlich schöne Klavierspiel der Mutter verband er mit Kontaktabbruch und dem Gefühl der Verlassenheit. Dieses negative Erleben war ihm bewusst, denn er konnte es als solches benennen. 2. Er mochte Musik, aber es gefielen ihm nur die klassischen Melodieinstrumente, Trommeln fand er primitiv und lehnte sie ab. 3. Musikspielen ging, solange bekannte Melodien erklangen; die freie Improvisation war ihm nicht geheuer.

Aufgrund der Geschichte und Geschichten des Patienten vermute ich heute, dass er die Gesamtsituation, die spezifische Konstellation der musiktherapeutischen Szene, von Anfang an als unangenehm empfand. Sämtliche Elemente waren mit negativen Assoziationen besetzt und stießen auf unbewusste, nicht verarbeitete Anteile sowohl seiner Familiengeschichte als auch seiner persönlichen Entwicklung – seiner doppelten Opferrolle. Alles im Musiktherapiesetting bedrohte ihn: a) die primitiven Instrumente (lebensunwürdig?) b) die Improvisation (Kontrollverlust?) und c) die deutsche Therapeutin (eine tödliche Macht?).

Die „Waffe“ des Patienten gegen die Musiktherapeutin, aber eigentlich gegen die Angst vor dem Kontrollverlust, war von Anfang an die, ihre „primitiven Instrumente“ zunichte zu machen und ihr seinen Widerwillen gegen die Improvisationen auszudrücken. In den elf Sitzungen gab es nur vier Improvisationen, in den restlichen Sitzungen wurde Musik gehört und/oder gesprochen. Auf der anderen Seite

4 Persönliche Mitteilungen der Bewohner der heutigen „Villa Baviera“, ex „Colonia Dignidad“.

bat er die Therapeutin um Hilfe, indem er klar und direkt sagte: hilf mir, meine tiefe Trauer zu spüren. Da wusste er noch nicht, dass die Therapeutin eine „richtige Deutsche“ war; wahrscheinlich dachte er, dass sie „nur“ Deutschchilenin ist, Nachkomme von deutschen Einwanderern, die hoffentlich nichts mit der nationalsozialistischen Vergangenheit zu tun hatten.

Woher kam die Trauer, die er spüren wollte? Er dachte an den strengen Vater, an seine Kindheit und die Panikattacken. Das Thema der Vernichtung seiner jüdischen Verwandtschaft hatte er scheinbar tief verdrängt. Aber es genügte, dass wir eine Musik mit osteuropäischen Klängen hörten, damit er plötzlich die Hölle des Vernichtungslagers am eigenen Leibe spürte. In dem Moment konnte er weder seine Gefühle noch seine Gedanken verbalisieren und mit der Therapeutin teilen, denn er hatte Angst, dass sich seine Fantasie bestätigte: die Therapeutin ist Deutsche. Wie kann er eine Deutsche um Hilfe bitten?

In dieser 7. Sitzung, die meiner Meinung nach entscheidend für den Abbruch der Therapie war, fanden weder der Patient noch die Therapeutin die notwendigen Worte oder Gesten zum Verständnis der Situation. Das Gefühls-Gedächtnis ist Körper-Gedächtnis und beruht als solches auf einer vorverbalen Verfassung. Das Gefühls-Gedächtnis funktioniert immer in der Beziehung zu einem anderen. In diesem Fall war „der andere“ zuerst die Musik: sie lässt ihn ins Schaudern kommen. Seine Assoziationen konnte er der Therapeutin nicht mitteilen. Statt (Mit-)Teilung findet Trennung statt. Der Gedanke: „Die Therapeutin ist Deutsche“ überfiel den Patienten und, ob er wollte oder nicht, machte er sie unbewusst zur Täterin und sich selbst zum Opfer.

Eine Woche später, in der 8. Sitzung, kamen in der Improvisation Gefühle wie Wut und Impotenz auf. Der Patient redete nicht weiter über seine Erfahrung der vergangenen Sitzung, er erinnerte sich im Spiel an eine reale, selbst erlebte Szene, spürte sie wiederum körperlich beim eigenen schnellen Spielen und konnte sie diesmal mit Worten beschreiben: Er dachte an sein Landhaus, daran, dass dort geputzt werden musste und dass er es bis heute nicht geschafft hatte, es dem Mieter abzuverlangen. Das Wort „acción de limpieza“, das er in der Schilderung benutzte, bedeutet „Säuberungsaktion“. Das könnte als eine Metapher für „Vernichtung“ verstanden werden. Es überraschte nicht, dass er gerade in dieser Sitzung diese Erinnerung hatte. In der Sitzung davor hatte er die Vernichtungsfantasie und das Erlebnis des Holocaust und am Tag zuvor die rasante Autofahrt mit der Schwester und die Selbstmordfantasie. Er selbst war in seinen eigenen Augen ja ein „Behinderter“ – spürte er da vielleicht „unwertes Leben“, das einfach vernichtet bzw. in den Tod gefahren werden konnte?

In dieser Sitzung gestand der Patient seine eigenen Vorurteile ein, gab zu, dass andere aufgrund seiner mangelnden Flexibilität oft ohnmächtig und wütend wurden. Er „gestand“, dass auch er mit seinen harten Meinungen und seiner Aufteilung der Welt in „Gut und Böse“ vernichtend sein konnte. Seine Vorurteile den primitiven Instrumenten gegenüber konnte er ebenfalls erkennen und anerkennen.

Es wurde deutlich, dass er selbst andere so behandelte, wie sein Vater ihn und wie die Deutschen seine jüdischen Verwandten behandelt hatten: erniedrigend und von oben herab. Auch er machte Unterschiede: für ihn gab es die edlen (lebenswürdigen) und die primitiven (lebensunwürdigen) Instrumente. Die Geige, das Klavier und das Cello einerseits, die Trommeln, Xylophone und afrikanischen Rasseln der Musiktherapeutin andererseits. Letztere waren Elemente, die vernichtet werden mussten, so wie seine Familie damals – womit er sich mit der unerträglichen Rolle des Täters identifizierte. Diese unbewusste Identifizierung mit dem Aggressor gab ihm seine Pseudomacht. Er konnte die musikalischen Angebote der Therapeutin arrogant ablehnen. Eigentlich aber fühlte er sich miserabel, ungeliebt, unfähig, unsicher, ungebildet, unselbständig, gefangen in seiner Krankheit, lebensunfähig – deshalb bat er ja um Hilfe. Mit der chilenischen Psychoanalytikerin konnte er reden, von ihr konnte er Ratschläge annehmen und am Ende der langjährigen Behandlung auch mal Kaffee trinken gehen, wie er mitteilte. Das Thema des Holocaust hatte er, wie er in der letzten Sitzung auf Anfragen bestätigte, mit ihr aber nicht durchgearbeitet. Es konnte weiterhin isoliert und abgespalten bleiben. Mit der Musiktherapeutin aber klappte das nicht, das Thema machte sich „von alleine“ körperlich in der 7. Sitzung beim Musikhören bemerkbar, danach kam ihm der Gedanke: ist sie Deutsche? Sie muss Deutsche sein. Schließlich „verwechselte“ er sie in der Übertragung mit einer KZ-Leiterin, die ihn zwang, auf Instrumenten zu spielen, die ihn dadurch erniedrigte und ihn früher oder später vernichten würde. Nun musste er sich dem gezwungenermaßen stellen, sich wehren oder die Flucht ergreifen. – Leider wurde diese Deutung erst nach der Mitteilung des Patienten in der 11. Sitzung klar, so dass sie dem Patienten nicht mehr zur Verfügung gestellt werden konnte.

Zwei Wochen später, in der 9. Sitzung, kam der Triumph: die englische und die französische Nationalhymnen, die Musik der Siegermächte, erklangen in seinem Instrument, dem Metallophon, und auch die „Ode an die Freude“⁵⁵ aus Beethovens Neunter Sinfonie: eine Ikone deutscher Kultur. Der Patient lächelte und war stolz auf seine „Produktion“. Vermutlich hatte er das Gefühl, die Situation endlich unter Kontrolle zu haben; denn er sah erleichtert aus. Er hatte eine Gestalt gefunden, an der er sich für einen Moment festhalten konnte. Aber in der „Ode an die Freude“ versteckte sich auch eine Gestalt, die er mit der Therapeutin hätte teilen konnte: seinen eigenen deutschen Ursprung. Es hätte als eine Versöhnungshymne verstanden werden können. Aber für ihn war letztlich die Feststellung: „Ich spiele das, was ich nicht habe, nämlich Freude“, das wichtigste Element aus dieser Sitzung.

In der darauf folgenden Sitzung erfolgte noch einmal ein Aufschrei, indem der Patient von einer unhaltbaren Situation aus vergangenen Zeiten berichtete,

5 Als der chilenische Präsident Alwyn zu Ehren und Gedenken an die Opfer und Verschwundenen der Militärdiktatur einen solemn Akt im Nationalstadion feiern ließ, dem Ort, an dem viele Hunderte von Menschen gefoltert worden waren, sangen die Anwesenden ebenfalls die „Ode an die Freude“ (Castillo 2007).

einer therapeutischen experimentellen Situation, die ihn in extreme Panik versetzt hatte und die er auf keinen Fall noch einmal erleben wollte. Vielleicht verwechselte er die unheimlichen Drogen von damals mit einem befürchteten magischen Effekt der Musik heute. Wieso hatte er der Therapeutin sonst die Geschichte erzählt?

Und dann die letzte Sitzung, das „Geständnis“: Deine Musik hat mich in Todesstimmung versetzt. Das Ganze ist eine Falle, du bist Deutsche und wirst mich auch vernichten.

Meine eigene Geschichte holte mich ein: mein Vater war tatsächlich ein begeisterter Hitleranhänger. Aus den Augen des Patienten musste ich allein durch meine deutsche Identität seine Feindin sein. Was der Patient – und zu dem Zeitpunkt auch die Therapeutin – sich nicht ins Bewusstsein geführt hatten, war die Tatsache, dass unsere Generation die Generation ist, der eine transgenerationale Weitergabe der Opfer- bzw. Täterrolle widerfuhr. Eigentlich hätte er mich damit in den Händen haben können; denn auch ich fühlte in dem Moment, wo er von seiner jüdischen Familie und dem Holocaust zum ersten Mal berichtete, dass ich besonders nett und rücksichtsvoll sein musste, ihn nicht bedrängen, nicht zwingen, vorsichtig behandeln und mich nicht präpotent zeigen durfte. Ich musste ihn (be-)schützen; denn er wirkte körperlich schwach, und seine tiefe Traurigkeit war nicht zu übersehen. Dieses acting out der aktivierten Schuldgefühle war mit Sicherheit einer der Gründe, warum die negative Übertragung nicht eher gesehen und bearbeitet wurde.

Sowohl die empfundenen Gegenübertragungsgefühle als auch die projektive Identifikation wurden mit dem Supervisor – ebenfalls Sohn eines deutsch-jüdischen Einwanderers – unter der Täter-/Opfer-Thematik beleuchtet, was zumindest im Nachhinein bei der Therapeutin zum besseren Verständnis der therapeutischen Situation beitrug.

Herr H. hatte, wie er sagte, in seiner jahrelangen Psychoanalyse nicht über das Thema der Vernichtung und den Holocaust geredet. Die Verluste waren mit aller Wahrscheinlichkeit niemals verarbeitet worden; die Wut auf den Vater war bis zum Zeitpunkt der Behandlung, 14 Jahre nach dessen Tod, immer noch so groß, dass er sich kein vollständiges Bild von ihm erlaubte. Vielleicht hätte er sonst verstehen können, warum sein Vater, ein Überlebender des Holocaust, das Klavier der Mutter nicht hören wollte. Vielleicht war auch er ein musikalisch traumatisierter Mensch. Mit der deutschen Therapeutin und deren Musikinstrumenten wurde in ihm ein Teil seiner Familiengeschichte geweckt, der allerschmerzhafteste, der vermutlich mit seiner Symptomatik in Zusammenhang stand. Wut und Impotenz holten ihn leider zu früh ein, d. h. bevor die therapeutische Beziehung gefestigt war. Stattdessen fühlte er sich ausgeliefert und schaffte es nicht, sich mit dem Teil seiner Geschichte auseinander zu setzen, und musste flüchten. Seine Vorurteile und Ablehnung Deutschen gegenüber drückte er in dieser Situation unbewusst durch die Ablehnung der Instrumente der deutschen Musiktherapeutin und deren Methode aus. Es entstand kein Zusammenspiel, nichts wirklich Gemeinsames, keine positive reparierende Erfahrung und dadurch auch keine neue Richtung für

sein Leben. Die Musik war gleich einer Flucht, panikartig, rasant und haltlos; eine Gestalt war nicht herauszuhören. Die Umsetzung seines Wunsches, die eigene Trauer zu spüren, hätte bedeutet, innezuhalten und der Geschichte in die Augen zu schauen. Im Fall der musiktherapeutischen Behandlung hätte das heißen können, der entstehenden Musik zuzuhören, sich auf die Improvisationen einzulassen und mit Hilfe der Musik und der Instrumente die Integration von Gut und Böse, von Täter- und Opferrolle zu bewerkstelligen. In den Improvisationen konnte der Patient den dafür notwendigen Aneignungsprozess nicht vollziehen.

Dennoch bin ich der Meinung, dass Herr H. einen ersten Schritt in eine neue Richtung gegangen ist. Der Patient schaffte es, wenn auch erst vier Wochen später, der Therapeutin sein bewegendes Erlebnis aus der 7. Sitzung mitzuteilen: Er hatte die gehörte(n) und von der eigenen Familie gelebte(n) Geschichte(n) am eigenen Leibe gespürt – wiedererlebt –, als hätte er sie irgendwann einmal selbst erlebt.

Er war außerdem imstande, die Therapeutin nach ihrer Staatsbürgerschaft zu fragen und damit seine Zweifel aus dem Weg zu räumen. Laut Castillo und Gómez (2005) ist für die Traumaverarbeitung ein Prozess erforderlich, den sie als „*memoria como una acción en el presente*“ („Gedächtnis als eine Handlung in der Gegenwart“) bezeichnen und der die Mitteilung der traumatischen Situation an einen Dritten beinhaltet. Die Autorinnen schreiben ferner, dass eine Chance zur Verarbeitung und therapeutischen Veränderung dann besteht, wenn die Erinnerungen in einem intersubjektiven Geschehen geteilt werden (ebd.). In diesem Sinne könnte das Verbalisieren der imaginierten und körperlich erlebten Holocaustszene als ein erster Schritt und Anzeichen einer Veränderung verstanden werden, selbst wenn die Therapie in diesem Moment nicht fortgeführt werden konnte. Der Patient wird vermutlich dann eine Richtung für sein Leben finden, wenn er den Blick auf die Vergangenheit der väterlichen – und vielleicht auch der mütterlichen – Familie richten und diesen Blick mit jemanden teilen kann, zu dem er volles Vertrauen hat.⁶

6 In Chile wurde das Thema der psychologischen und psychiatrischen Behandlungen während und nach der Diktatorszeit für Folteropfer, Verwandte von Verschwundenen und/oder Hingerichteten teilweise dadurch gelöst, dass Experten in speziell dafür eingerichteten Zentren, teils durch kirchliche, teils durch Nicht-Governmentale-Organisationen (ONG's), die Therapien übernahmen. Der Patient war sicher, dass die behandelnden ÄrztInnen und PsychologInnen auf empathische Weise vorgehen und ihre Erzählungen weder in Frage stellen noch verurteilen würden, auch nicht zynisch damit umgehen. Die behandelnden ÄrztInnen und PsychologInnen solidarisierten sich mit den Opfern. Der Patient fühlte sich in einem geschützten Umfeld, er konnte mitteilen und teilen, was er und seine Familie erlebt hatten. Der Patient musste sich nicht mit Fantasien in Bezug auf die moralische, ethische oder politische Identität seines/r Therapeuten/in quälen.

Literatur

- Andolfi, M.; Angelo, C. (1989): *Tiempo y Mito en Psicoterapia Familiar*, Ed. Paídos, Buenos Aires, Argentina
- Blancpain, J. P. (1985): *Los alemanes en Chile (1816–1945)*, Ediciones Pedagógicas Chilenas S.A.
- Böhm, G. (1990): *Inmigración judía a Chile durante los siglos XIX y XX*, In: Heydenreich, T. (Hg.) *Chile: Geschichte, Wirtschaft und Kultur der Gegenwart*, Vervuert, Frankfurt, S. 163–179
- Castillo Vergara, M. I. (2007): *El proceso de duelo (im)posible en los familiares de detenidos – desaparecidos y su relación con la violencia política, el trauma y la memoria*. Universidad Andrés Bello, Facultad de Psicología, Santiago de Chile, *unveröffentlichte Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades Ph. D.*
- Castillo Vergara MI, Gómez Castro E (2005): *Construyendo colectivamente la memoria omitida. El contexto del Informe de la Comisión sobre Prisión Política y Tortura*. S.D.G. (A 89) *Trauma e Intersubjetividad en el contexto sociopolítico chileno*. R. de Janeiro. Julio 2005, Instituto de Salud Mental y Derechos humanos, ILAS.
- De la Cerda, M. (2000): *Chile y los Hombres del Tercer Reich*, Ed. Sudamericana, Santiago de Chile
- Farías, V. (2000): *Los Nazis en Chile (vol.I)*, Editorial Planeta Chilena S.A., Santiago
- Gemballa, G. (1998): *Colonia Dignidad: ein Reporter auf den Spuren eines deutschen Skandals*, Campus Verlag
- Gómez Castro, E. (2005): *Trauma psíquico temprano en hijos de personas que han sido afectados por traumatización de etiología social. Desde la experiencia clínica a un análisis conceptual*, Universidad Andrés Bello, Facultad de Psicología, Santiago de Chile, *unveröffentlichte Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades Ph. D.*
- Heller, F. P. (2006): *Lederhosen, Duft und Giftgas. Die Hintergründe der Colonia Dignidad*, Schmetterling Verlag GmbH, Stuttgart
- Kellenbenz, H. (1990): *Deutsche Kaufleute in Valparaíso in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts*. In: Heydenreich T. (Hg.) *Chile: Geschichte, Wirtschaft und Kultur der Gegenwart*, Vervuert, Frankfurt, S. 145–163
- Lagos, J.; Violenstein, P. F. (1988): *Colonia Dignidad. Buscando la salida del labirinto*, Ed. Jean Richter, Chile
- Liga Chileno-Alemana (1995): *Chile y los alemanes*, Ed. Liga Chileno-Alemana, Santiago.
- Metzner, S. (2001): *The Relationship of Improvisation Instruction and Personal Therapy in the Training of Musictherapists*. *Einblicke, Beiträge zur Musiktherapie*, Heft 12. BVM e. V. (Ed.), S. 27–33
- Moreno, J. (1999): *Orpheus in Hell: Music and Therapy in the Holocaust*. In: *The Arts in Psychotherapy*, Vol. 26, No.1, S. 3–14
- Ojeda-Ebert, G. J. (1983): *Deutsche Einwanderung und Herausbildung der chilenischen Nation (1848–1920)*, Fink Verlag München

- Ruud, E. (1998): *Music Therapy: Improvisation, Communication & Culture*. Barcelona Publishers
- Trevarthen, C. (2002): *Origins of Musical Identity: Evidence from Infancy for Musical Social Awareness*. Mac Donald, R, Hargreaves, D.; Miell, D. (eds.): *Musical Identities*, G.B. Oxford University Press, pp. 21–37
- Weymann, E. (1987): *Anzeichen des Neuen*. In: *Materialien zur Morphologie der Musiktherapie*, Heft 3, Institut f. Musiktherapie und Morphologie, S. 59–78
- Weymann, E. (1991): *Unerhörbares hörbar machen: zur Funktion von Musik im musiktherapeutischen Prozess*. In: *Materialien zur Morphologie der Musiktherapie*, Heft 4, Institut f. Musiktherapie und Morphologie, S. 7–15
- Vedder, E.; Lenz, I. (2005): *Weg vom Leben. 35 Jahre Gefangenschaft in der deutschen Sekte Colonia Dignidad*, Ullstein Buchverlage GmbH, Berlin

Dr. biol. hum. Susanne Bauer, Leiterin des Aufbaustudienganges Musiktherapie und *profesora adjunta* an der Künstlerischen Fakultät der *Universidad de Chile*, *profesora asistente adjunta* am Psychologischen Institut der *Pontificia Universidad Católica de Chile*. Gr1. Goroostiaga 1289, Santiago, Chile.
Email: susbauer@uchile.cl, sbauer@uc.cl