

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 erstarren 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 eingengt 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, Magisterarbeit 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