

# Jahrbuch Musiktherapie Music Therapy Annual

Band 3 (2007)  
Kultursensibilität und  
Musiktherapie  
Vol. 3 Therapeutic Sensivity to  
culture specific issues

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

Reichert

Jahrbuch Musiktherapie  
Music Therapy Annual



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

# Jahrbuch Musiktherapie

## Music Therapy Annual

Band 3 / 2007: Kultursensibilität und Musiktherapie

Vol. 3 / 2007: Therapeutic Sensivity to culture specific issues

zeitpunkt musik  
Reichert Verlag Wiesbaden 2007

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

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

**Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek**

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

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

© zeitpunkt Musik. Forum zeitpunkt  
Dr. Ludwig Reichert Verlag Wiesbaden 2007  
[www.reichert-verlag.de](http://www.reichert-verlag.de)  
ISBN: 978-3-89500-578-7 (Print)  
eISBN: 978-3-7520-0185-3 (eBook)  
DOI: 10.29091/9783752001853

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.

Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung  
des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen,  
Mikroverfilmungen und die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in Germany

# Inhalt

Vorwort	
<i>Hanna Schirmer</i> .....	7

## Beiträge

Die Rolle der Lehr-Musiktherapie beim Vermitteln von interkulturellen Kompetenzen, Studienmigration, Re-Migration und der Export von Musiktherapie am Beispiel Korea	
<i>Elena Fitzthum</i> .....	11

Wege zur interkulturellen Öffnung in der Musiktherapie in Deutschland – Musiktherapie bei Menschen mit Migrationshintergrund	
<i>Keiko Matsui</i> .....	41

Sphären des Fürwahrhaltens Interkulturelle Musiktherapie in einem Nachkriegsgebiet	
<i>Susanne Metzner, Constanze Bürger</i> .....	59

Wer bin ich, und wenn ja, wie viele? Zugehörigkeit, Verlorensein und Identitätssuche in der interkulturellen Musiktherapie	
<i>Udo Baer</i> .....	79

Musiktherapie vor dem Hintergrund kultureller Differenzen	
<i>Gerhard Tucek</i> .....	95

Zur Bedeutung von Humor, Heiterkeit und Lachen im musiktherapeutischen Geschehen	
<i>Susanne Hausmann</i> .....	125

## Kongress

The impact of culture on the training of music therapists Pre-conference symposium Brisbane 2005	
<i>Monika Nöcker-Ribaupierre, Helen Patey, Connie Izenberg-Grzeda, Elisabeth York, Kana Okasaki-Sakaue, Tessa Watson and Rachel Darnley-Smith</i> .....	145

## **Forschung**

Supervision („veiledning“) im Feld der Musiktherapie in Norwegen

*Ruth Eckhoff, Silvia Breuss-Gröndahl; Hilarion G. Petzold* .....169

Zeitschriftenprofile.....195

Buchbesprechungen .....197

Die Autoren .....215

Register .....219

## Vorwort

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wir legen Ihnen nun das neue Jahrbuch Musiktherapie vor, mit dem Titel: „Kultursensibilität und Musiktherapie“. Bei der Themenfindung dachten wir natürlich an die vielen Begegnungen mit Menschen aus anderen Kulturkreisen, seien es Patientinnen oder Patienten, Kolleginnen oder Kollegen, Studentinnen oder Studenten der Musiktherapie, mit denen wir im Rahmen verschiedener Aufgaben zu tun haben. Dabei dachten wir aber auch an unterschiedliche musiktherapeutisch-kulturelle Entwicklungen, die sich hier in Deutschland in kleineren Gruppierungen formiert haben und nun, nach vielen Annäherungen zu einem gemeinsamen Verband führen sollen. Wir entschieden uns für dieses Thema, weil wir beinahe täglich konfrontiert werden mit den Diskussionen in den Medien, in denen eine gesamte Religionsgemeinschaft verantwortlich für Terror und Gewalt gemacht wird, in denen aber auch Versuche der Versöhnung hin und wieder zu hören bzw. zu lesen sind. Aus unserem beruflichen Verständnis und aus unserer beruflichen Entwicklung heraus wollten wir zur Toleranz beitragen.

Schon Goethe wurde durch das Studium orientalischer Literatur, Reisebeschreibungen und Dichtung (etwa 1814 las er eine Übersetzung des „Divan“ des persischen Dichters Hafis aus dem 14. Jahrhundert), angeregt, eine eigene große Gedichtsammlung zu veröffentlichen, die er „West-östlicher Divan“ nannte. Er begegnet in diesem Band dem persischen Dichter mit Respekt und Gleichberechtigung. „West-östlich“ bedeutet ebenso deutsch-orientalisch, wie auch lateinisch-arabisch und christlich-mohammedanisch.

In unserer Zeit wurde eine weitere Bedeutung dieser Reihe geschaffen: So ist „West-östlich“ auch ein Synonym für „israelisch-palästinensisch“. Ende der 90er Jahre gründete Daniel Barenboim gemeinsam mit seinem verstorbenen Freund, dem palästinensischen Schriftsteller Edward Said unter dem Titel „West-östlicher Diwan“ den israelisch-palästinensischen mehrwöchigen Musikworkshop, der seitdem jährlich in Andalusien stattfindet. Während des Aufenthaltes zeigen die jungen Musiker, dass ein friedliches Zusammenleben von Arabern und Israelis möglich ist. Über das Einstudieren musikalischer Werke hinaus wurden für die Teilnehmer Diskussionsmöglichkeiten geschaffen, um sich über verschiedene Standpunkte im israelisch-arabischen Konflikt auszutauschen. (Auch dieser Umstand ist dem Schöpfer des „West-östlichen Divan“ nachempfunden: viele seiner Gedichte des Buches sind als Dialog angelegt). Im Anschluss an den Workshop gehen die jungen Musiker auf Tournee. 2003 trat das Orchester erstmals auch in einem arabischen Land auf.

Bei meiner Suche nach einer schlüssigen Definition des Kulturbegriffs bin ich auf folgenden Satz gestoßen:

„Die lat. Wurzel des Ausdrucks (Kultur) hat offenkundig metaphorische Bedeutung: Bildhaft wird der Vorgang der ‚agricultura‘, der Pflege des Bodens, auf die ‚cultura animi‘, die ‚Pflege der Seele‘, übertragen.“ (Meyers großes Taschenlexikon, 1995)

Die Pflege der Seele, damit sind alle Formen der menschlichen Lebensäußerungen gemeint, die sich auf geistige, soziale und materielle Hervorbringungen beziehen, die je nach Kulturkreis unterschiedliche Ausprägungen und Ausdrucksformen haben, das meint auch „die verschiedenen Bereiche menschlicher Lebensvollzüge oder Verhaltensweisen, die von einzelnen oder Kollektiven als besonders ‚wertvoll‘ eingestuft werden“. (a. a. O.)

Die Pflege der Seele – wir kennen den Begriff der „Psychohygiene“ – das passt zur Kultur „als Prozess oder Zustand sittlicher Reflexion, also auch als System von Normen, das die Mitglieder einer Gesellschaft ihren Zielen und Handlungen als Richtschnur zugrundelegen...“ (a. a. O.)

Die Pflege der Seele, das ist unser therapeutisches Anliegen, und auf Kulturelles bezogen erscheint diese Definition für unsere Überlegungen zu diesem Buch sehr geeignet. Wir dachten ja an die verschiedenen Formen von Lebensäußerungen, die sich in den verschiedenen Kulturkreisen entwickelt haben, die wir oftmals nicht kennen und dennoch lernen müssen, sie in unseren Therapien zu berücksichtigen, um den uns anvertrauten Menschen gerecht zu werden.

„Kultursensibilität“ bezeichnet die Fürsorge, die wir zur „Pflege der Seele“ benötigen. Im Artikel von Keiko Matsui rät die Autorin zur Kultursensibilität, sie kann allerdings eine Zunahme an Sensibilität von Musiktherapeuten für fremde Kulturen aus ihrer eigenen Erfahrung im Studium und Beruf in Deutschland beobachten.

In den Artikeln sowohl von E. Fitzthum als auch von S. Metzner/C. Bürger geht es zunächst um Entdeckungen von Eigenarten anderer Kulturen, im Weiteren um das Verstehen-Wollen und um den sensiblen Umgang mit fremden Normen und Verhaltensweisen. E. Fitzthum stellt während ihrer Erfahrungen mit Studenten aus anderen Kulturkreisen die Frage, wieweit „westliche Therapie“ anwendbar ist in einem Land, in dem Gefühlsbekundungen und -äußerungen normativ verboten sind. Der sensible Umgang mit einer Koreanerin während ihrer Ausbildung zur Musiktherapeutin macht es dieser möglich, „westliche“ Musiktherapie selbst sehr vorsichtig in ihrer Heimat anzuwenden.

S. Metzner und C. Bürger stellen anhand einer Fallvignette dar, auf welche Schwierigkeiten Musiktherapeuten in einem fremden Land stoßen können, in dem nicht nur eine andere Kultur besteht, sondern in dem noch vor Kurzem ein Krieg geherrscht hat mit all den traumatischen Begebenheiten, die die Menschen auf ihre Weise zu verarbeiten suchen. Die Autorinnen stellen sehr eindrucksvoll dar, wie mit hoher Sensibilität den dortigen Menschen begegnet werden kann.

Udo Baer stellt eine Patientin aus Polen vor, die in Deutschland das Zugehörigkeitsgefühl verloren hat, was zu einem Nährboden für Fundamentalismus und

Radikalisierung einerseits und zu Suizidalität andererseits geführt hat. Anhand des beschriebenen Therapieverlaufs zeigt er praktische Konsequenzen in der musiktherapeutischen Arbeit im interkulturellen Kontext auf.

Auch die Musik spielt in den meisten Beiträgen eine Rolle: Es ist für westliche Musiktherapeuten immer klar, dass der musikalische Bezug aus der westlichen Musik stammen muss. Westliche Musik kennt jedermann auf der Welt, das wird stillschweigend vorausgesetzt. Aber was wissen wir von der Musik in Korea, Japan oder Bosnien? Was wissen wir über die Musik im Orient in den islamischen Ländern? Allgemein wird angenommen: Der Islam hat keine Musik. – Doch der Muezzin singt seine Aufforderung zum Freitagsgebet vom Minarett, der Imam singt die Suren des Koran im Gottesdienst.

G. Tucek beschreibt in seinem Artikel die Entwicklung der Musikkultur im nahen Osten. Aus dieser Kenntnis heraus hat er ein Musiktherapie-Konzept gegründet, das er „Alt-Orientalische Musiktherapie“ nennt. Seinen Ansatz sieht er als eigenständige Kulturtechnik im Kanon der Musiktherapie-Kulturen in Europa.

Einem Kulturphänomen ist S. Hausmann auf der Spur: dem Humor. Sie untersucht ihn und seine Wirkung aus der Perspektive deutscher Musiktherapie. Für uns Herausgeber bleibt die Frage offen, ob sich die Erfahrungen in anderen Ländern wiederholen ließen, ob wir da nicht auf Verstehens-Schwierigkeiten o. ä. stoßen würden.

Ein Symposium der WFMT Commission on Education, Training and Accreditation, das vor dem 11. Weltkongress 2006 in Brisbane abgehalten wurde, fand unter dem Titel: „Der Einfluss kultureller Gegebenheiten auf musiktherapeutische Ausbildungen“ statt. Wir freuen uns, einen Bericht von diesem Symposium veröffentlichen zu können. 7 Referenten aus Canada, USA, Japan, Deutschland und Großbritannien haben ihren Vortrag hier in der vorgetragenen Fassung wiedergegeben.

Der wissenschaftliche Teil in diesem Buch beschäftigt sich mit der Situation der Supervision in Norwegen. Das Autorenteam - R. Eckhoff, S. Breuss-Gröndahl und H. G. Petzold – untersucht in einer Forschungsstudie, wie weit Musiktherapeuten in Norwegen sich der Supervision bedienen oder diese wahrnehmen, wie Supervision organisiert wird, welche Erfahrungen damit gemacht wurden und welche Erwartungen es gibt.

In der Rubrik „Zeitschriftenprofile“ wird diesmal das „Nordic Journal of Music Therapy“ und „Voices: A World Forum for Music Therapy“, eine gemeinnützige Plattform, die elektronisch publiziert ist, vorgestellt. Die Jahrbuch-Redaktion hofft, dass künftig noch weitere internationale Zeitschriften diese Rubrik nutzen werden. Den Abschluss des Buches bilden wieder einige interessante Buchrezensionen.

## **Literatur**

Goethe, J. W. von (2000): „West-östlicher Divan“, Stuttgart

Meyers großes Taschenlexikon (1995), Mannheim, Leipzig, Wien Zürich

Online-Lexikon: [http://de.wikipedia.org/wiki/West-%C3%B6stlicher\\_Diwan](http://de.wikipedia.org/wiki/West-%C3%B6stlicher_Diwan)

## Beiträge

### Die Rolle der Lehr-Musiktherapie beim Vermitteln von interkulturellen Kompetenzen, Studienmigration, Re-Migration und der Export von Musiktherapie am Beispiel Korea

#### The Roll of Individual Music Therapy for Students in Facilitating Intercultural Competence, Student Migration, Remigration and the Exportation of Music Therapy to Korea

Elena Fitzthum, Wien

*Die Lehr-Musiktherapie ist der Ort, wo die Studenten ihre eigene Geschichte sowie jene ihrer Familie rekonstruieren und Diskontinuitäten aufspüren können. Das Bewusstsein, auch in der eigenen Familie einen Migrationshintergrund entdeckt zu haben, vermittelt ein erstes Verständnis für die traumatisierenden Folgen von Migration. Spezifische Spätfolgen in der zweiten und dritten Generation sind nicht sichtbar, können aber trotzdem krank machen, denn der Umstand einer Migration beeinflusst immer die Identitätsbildung. Dies betrifft auch die Studienmigranten in unseren Ausbildungen. Am Beispiel von Studenten aus ehemaligen „Ostblock“-Ländern und asiatischen Ländern an der Universität für Musik und darstellende Kunst Wien wird deutlich, welche Anpassungs- und „Übersetzungs“-Leistung von ihnen vollbracht werden muss, um dem Studium folgen zu können. Die re-migrierte Musiktherapeutin Sung Ae Han berichtet von ihren Erfahrungen bei der Implementierung der Wiener Schule der Musiktherapie in einem koreanischen Krankenhaus. Sie macht deutlich, dass der Therapeut dafür verantwortlich ist, dass der Patient nicht in eine Situation gerät, in der er sein „Gesicht verlieren“ könnte.*

*Individual music therapy provides students the opportunity to reconstruct their own history, as well as their family's history and to discover hidden discrepancies. Awareness of a family background of migration provides an initial understanding of its traumatizing effect. Specific consequences, later occurring in the 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> generation are not visible but may still cause illness, since migration always influences identity. This is also relevant to foreign students in our training program. The students at the University for Music and Performing Arts Vienna who come from Eastern Europe and Asia, exemplify how accomplished they must be in their ability to adapt and „to translate“, in order to pursue their university training. Sung*

*Ae Han, a remigrant music therapist, reports on her experiences when implementing the „Viennese School of Music Therapy“ to a Korean hospital. She demonstrates that in her culture the therapist is responsible to avoid situations in which a patient might „lose face“.*

## **Migration in Österreich und der reale Bezug zur Musiktherapie**

Der Kontakt zwischen Musiktherapie und Migranten oder Menschen im Exil ist zumindest in Österreich ein Sonderfall. Entweder wird dieses Klientel von Institutionen betreut, die sich eine therapeutische Behandlung nur im Krisenfall leisten können, und dann ist das Mittel der Wahl sicherlich nicht die Musiktherapie. Oder der potentielle Klient hat vordergründig den Weg in unsere Gesellschaft geschafft, dann fehlen ihm im täglichen Überlebenskampf die Mittel und das Bewusstsein für die Inanspruchnahme einer Musiktherapie. Ausnahme ist eine relativ große Anzahl an Migrantenkindern und -jugendlichen mit ihren dazugehörenden und ansatzweise erforschten migrationspezifischen Störungen (Lass 2001). Die erste Generation der Betroffenen gehört also nicht zum Regelfall einer musik- oder psychotherapeutischen Praxis, vielmehr arbeiten wir öfters mit Angehörigen der zweiten und dritten Generation, manchmal ohne ihren Hintergrund zu kennen. Gemeint sind all jene Klienten, deren Eltern oder Großeltern in unsere Staaten geflohen sind, „heimgekehrt“ sind, als Gastarbeiter kamen oder als Opfer des Nationalsozialismus zurückkehrten bzw. blieben. Diese Patientengruppe, gemeint ist die zweite Generation, ist statistisch nicht erfasst, aber es ist davon auszugehen, dass sie sehr groß ist. Von Schulkindern aus Wien weiß man, dass ca. 42 % der Schulanfänger des Vorjahrs aus einer Familie mit Migrationshintergrund kommen, ca. 60 % der in Wien geborenen Kinder kommen aus Familien, in denen zumindest ein Elternteil nicht in Österreich geboren wurde oder nicht die österreichische Staatsbürgerschaft besitzt (Perching 2006). Von großer therapeutischer Relevanz jedoch ist der jeweilige interkulturelle Hintergrund von Patienten der zweiten und dritten Generation mit ihren Symptomen, die sich entweder auf traumatisierende Umstände ihrer „Auswanderung“ zurückführen lassen, auf Diskriminierungen im „Gastland“ oder aber auf tief greifende Entfremdungsprozesse, die aus dem nicht reflektierten Abbruch vielfältiger und tradierter Bezüge resultieren.

Hier kann Österreich allgemein und die Hauptstadt Wien im Besonderen auf einen großen Erfahrungshorizont verweisen. Die besonders in Großstädten über Jahrhunderte andauernde Durchmischung ethnischer und religiöser Gruppen gehört zu einem „Markenzeichen“ Wiens, wo schließlich behauptet wird, dass der echte Wiener immer eine böhmische Großmutter hat. In Wien, an der Wende zum 20. Jahrhundert, der ehemaligen Hauptstadt des Habsburgerreichs, galt der 1897 in Dobzau in Galizien geborene Wilhelm Reich als Inländer, genauso wie der 1883 in Prag geborene Franz Kafka. Wiens Bevölkerung war immer multiethnisch. Nach dem Zerfall des Habsburgerreichs 1918 strömten noch mehr Menschen aus

den verlorenen Kronländern zurück in die Hauptstadt eines nun geschrumpften Restreichs. Mit ihnen kamen auch viele jüdische Mitbürger. Eine verarmende Landbevölkerung, die ebenfalls Arbeit in der Stadt suchte, wurde durch die Industrialisierung des städtischen Ballungsraums angezogen, welcher dringend notwendige Arbeitsplätze bot, denn der Verlust der Kronländer bedeutete auch einen Verlust der Industrie, die vor allem von den reichhaltigen Bodenschätzen der Kronländer profitiert hatte. Im Jahr 1938 veränderte sich wieder alles, und die jüdische Bevölkerung wurde durch die Nazis nahezu ausgelöscht. Spätere Immigrationswellen erreichten Wien 1956 durch die Flucht von ca. 180 000 Ungarn (Gürses; Kogoj; Mattl 2004, 34), davon waren allerdings etliche nur auf der Durchreise. 1964 schloss Österreich mit der Türkei ein Anwerbeabkommen, 1966 eines mit Jugoslawien und die Ära der Gastarbeiter begann. 1968 kamen ca. 160 000 tschechoslowakische Flüchtlinge, viele wiederum vorübergehend (Gürses; Kogoj; Mattl 2004, 35). Im Zusammenhang mit dem Jugoslawienkrieg kamen zwischen 1992 und 1995 ca. 90 000 Flüchtlinge nach Österreich, hauptsächlich nach Wien (Gürses; Kogoj; Mattl 2004, 40). Die letzte Volkszählung im Jahre 2001 bestätigte, dass von 8 033 000 Einwohnern rd. 711 000 ausländische Staatsangehörige waren und 1 000 000 Österreicher im Ausland geboren waren (Gürses; Kogoj; Mattl 2004, 44). Zahlen über die zweite und dritte Generation existieren nicht. Da aber sehr viele ausländische Mitbürger im reproduktionsfähigen Alter kamen, kann davon ausgegangen werden, dass viele Angehörige der zweiten und dritten Generation in Österreich leben.

Neben den kulturellen Differenzen, die sich zwangsläufig aus einer internationalen Migration ergeben, spielen die Spätfolgen der nationalen Migration ebenso eine große Rolle, welche freilich noch weniger in die Wahrnehmung der behandelnden Therapeuten gelangen, vor allem die Folgen für die zweite Generation. Innerhalb der ländlichen Bevölkerung kann man ein Fremder sein, wenn man „nur“ aus einem Nachbarort zugezogen ist. Die geschlossene Gesellschaft eines Dorfs kann gnadenlos denen gegenüber handeln, die nicht schon in der 25. Generation ansässig sind, so erzählte mir einmal eine Klientin, die aus dem Nachbardorf eingehiratet hatte und unter Depressionen litt.

Es kann also davon ausgegangen werden, dass der praktizierende Musiktherapeut mit hoher Wahrscheinlichkeit auf Klienten trifft, deren Familien einen Migrationshintergrund haben. Viel wahrscheinlicher ist jedoch, dass der Musiktherapeut mit Nachfahren einer traumatisierten und von erzwungenen Beziehungsabbrüchen gekennzeichneten Elterngeneration arbeitet. Viele dieser Klienten haben diese Tatsache nicht in ihr Selbstbild integriert, weil sie sich für „eingebürgert“ halten.

Vor diesem Hintergrund erhebt sich natürlich die Frage, wie man die zukünftigen Musiktherapeuten für die (Spät-)Folgen sensibilisieren kann, die ursächlich im Zusammenhang mit dem Verlassen einer Kultur stehen, wann, von wem und warum auch immer dieser Schritt gemacht wurde. In weiterer Folge bleibt die Frage zu beantworten, ob wir als Ausbildungsinstitution mit unseren ausländischen Studenten vorbildhaft umgehen, und welchen Bezug die Lehrenden als Teil dieser

Institution zu diesem Thema haben. Es kann ja nicht sein, dass wir glauben, eine Möglichkeit der Integration zu schaffen, indem wir fremde Tonskalen benutzen. Mit welchen kulturellen Kompetenzen sind wir eigentlich ausgestattet, was wissen wir von den anderen und was vermitteln wir an Wissen über migrationspezifische Störungen? Soll dies alles weiterhin von unserem persönlichen Engagement abhängen oder schafft die Institution Bedingungen, die für beide Seiten – für migrierte Studenten sowie für hier Beheimatete – eine Möglichkeit zur Auseinandersetzung mit dem Thema anbieten?

## Studienmigration

Der Studienmigration wird in der Fachliteratur kaum Aufmerksamkeit geschenkt, in der Wahrnehmung staatlicher Institutionen erhält das Thema erst dann Bedeutung, wenn Studenten, die legal mit einem Visum in einem EU-Land studieren, sich über die Dauer des Visums hinaus in ihrem Studienland aufhalten. Dann wird aus einer legalen, jedoch temporären oder an einen Zweck gebundenen Migration ein illegaler Aufenthalt. Die Universität für Musik und darstellende Kunst Wien hat traditionell einen hohen Ausländeranteil: für das Jahr 2005 hatten von 3 132 Studenten genau 1 334 eine ausländische Staatsbürgerschaft. Wir reden also von einem Aspekt studentischer Realität, der ca. 50 % aller Studierenden betrifft. Der völkerverbindende Charakter von Musik mag diese Zahlen begründen, denn an der Hauptuniversität ist der ausländische Studentenanteil wesentlich geringer. Vermutlich herrscht die Meinung vor, dass so genannte „wissenschaftliche Studien“ besserer Deutschkenntnisse bedürfen als das Studium der Musik. Da die Musiktherapie an der Universität für „Musik und darstellende Kunst“ beheimatet ist, dürften viele Bewerber von der irrigen Annahme ausgehen, dass die Sprache nicht so wichtig ist. Dies bringt Probleme mit sich, die sich auch im Unterricht negativ auswirken können.

Mit dem Fall der Mauer 1989 und der Öffnung ehemaliger Staaten der Sowjetunion gelangten einige Studenten aus diesen Ländern zu uns. Als Grund für ihren Studienaufenthalt geben diese jungen Menschen immer ein Argument an: in ihrem Land gibt es nicht die Möglichkeit, Musiktherapie zu studieren, also möchten sie bei uns beginnen. Die Hoffnung, endlich aus diesen Ländern herauszukommen, schwingt immer mit, wird aber nur in der Lehr-Musiktherapie thematisiert. Diese Studenten sind auffallend gut musikalisch ausgebildet und bestehen mit Leichtigkeit den musikalischen Teil unserer Aufnahmeprüfung. Für diejenigen, die vor 1989 in den ehemaligen Sowjetstaaten sozialisiert wurden, galt immer die gleiche Regel: wenn man etwas werden will oder hinaus will, muss man extrem gut sein. Nicht wenige von diesen Studenten lernten in ihrer Heimat innerhalb von einem Jahr dermaßen gut Deutsch, dass sie jeden Deutschtest bestanden. Die Disziplin, mit der sie ihr neues Leben im Westen beginnen, ist unbeschreiblich. Hinzu kommt ihre Schwierigkeit, dass sie nicht auf die finanzielle Unterstützung von Seiten ihrer Eltern hoffen können und sie neben dem Studium, welches bei uns in den ersten

zwei Jahren der 40-Stunden-Woche eines Arbeitnehmers gleicht, auch noch arbeiten müssen. Wenn sie in den Ferien ihre Verwandten besuchen, erwartet man sich von ihnen Geschenke, je nach ihrem Kulturkreis, große oder kleine. Der Glaube an den „Goldenen Westen“ ist bei den Studenten längst der Realität zwischen Arbeitsprostitution und Studienbewältigung gewichen, fahren sie aber zweimal im Jahr in ihre Heimat, so wahren sie den Schein. Diese Studenten erzählen niemandem etwas von ihren Schwierigkeiten, nicht zu Hause und auch nicht im Kollegenkreis. Oft bekommt ausschließlich die Lehr-Musiktherapeutin von den realen Problemen der Studienmigration zu hören.

Studenten aus den asiatischen Ländern scheinen auf eine bessere finanzielle Absicherung bauen zu können. Gemeinsam mit der zuvor genannten Gruppe ist ihnen aber die Disziplin und ihre enorme musikalische Vorbildung. Sie spielen unglaublich gut auf dem Klavier, haben aber große Mühe mit der Sprache. Oft passiert es, dass sie sich grammatikalisch gut ausdrücken können, ein Sprachverständnis jedoch kaum vorhanden ist. Unsere Hoffnung, dies würde sich bei der einen oder anderen Kandidatin im Laufe des Studiums ändern, hat sich nicht immer erfüllt. Es gibt sprachbegabte und weniger sprachbegabte junge Studenten, manchmal stellt sich erst in den musiktherapeutischen Praktika heraus, ob sie in der Lage sind, emotionale Prozesse verbal begleiten zu können. In der Lehr-Musiktherapie war dies bislang kein Hindernis für eine tiefende Arbeit, vorausgesetzt, man nimmt die Mühen der Anfangsschwierigkeiten auf sich. Es gab asiatische Studenten, die, ohne dass es jemand wusste, mit einem Aufnahmegerät in der Vorlesung saßen, nachts die Bänder zunächst in ihrer Muttersprache niederschrieben und dann den Text ins Deutsche übersetzten mussten. Für die Prüfungswochen bedeutete dies, dass diese Studenten in der Nacht nur wenige Stunden schlafen konnten. Auch dies erfuhr niemand. Eine ehemalige Studentin berichtete:

„Wir hatten einige Tage nach dem Fall der Mauer plötzlich alle die Gelegenheit, einen Reisepass zu erhalten. Ich hatte meinen bereits am 10.11.1989, hörte, dass Österreich ganz unkompliziert mit Einreisenden umging, fuhr eine Woche später nach Wien, ging zur Fremdenpolizei und bekam sofort einen Stempel. Dann begann ich mit dem Studium der Musiktherapie. Natürlich musste ich mich komplett selbst ernähren. Dann, plötzlich 1992, mitten im Studium, veränderte sich alles in Österreich.“ (Gemeint sind die drei Gesetze, die in Folge 1992 und 1993 beschlossen wurden und den Aufenthalt in Österreich wesentlich erschwerten. Dies waren das neue Asylgesetz, das neue Fremdenengesetz und das neue Aufenthaltsgesetz. – Anm. d. Verf.) „Ich und meine Kolleginnen brauchten plötzlich eine Verpflichtungserklärung von einem Inländer, die musste notariell beglaubigt sein und es musste eine fixe Summe monatlich auf unser Konto überwiesen werden. Wenn nicht, ‚half‘ auch die einmalige Überweisung von 70 000 Schilling.“ (Dies entspricht heute etwa 5 000 Euro. – Anm. d. Verf.) „Wer zu diesem Zeitpunkt keine Familie im Westen hatte, musste entweder zurück oder sich in eine Abhängigkeit begeben.“

Wenn das Studium endlich geschafft war, lief sofort das Visum aus. Die Entscheidung zurückzukehren oder hier zu bleiben, war oft eine Frage der Aufenthaltsver-

längerung. Es gab Fälle, wo eine Heirat der einzige Weg aus diesem Dilemma war, vorbehaltlich der Tatsache, dass es sich um eine Liebesheirat und nicht um eine Zweckheirat handelte, denn dann war zwar der Aufenthalt gesichert, aber der Preis konnte hoch sein. Seit die EU 2004 zehn neue Mitgliedsländer, vorwiegend aus dem Osten, aufgenommen hat, entspannt sich die Lage etwas. Am 01.01.2007 sind auch Bulgarien und Rumänien beigetreten, und endlich bekommen diese jungen Kollegen die Möglichkeit, zwischen ihren Ländern zu pendeln, und zwar ohne die diskriminierende Visapflicht, die Kosten sowie die Zeit, die damit verbunden sind.

Die endgültige Entscheidung, wo man den Rest seines Berufslebens verbringen will, ist trotzdem eine sehr schwierige. Es gibt Familien, die Druck machen und ihr Kind wieder zurückhaben wollen. Es gibt Eltern, die plötzlich erkranken, es kann ein Elternteil plötzlich versterben, eine daheim wartende Liebe mag nicht mehr länger warten, die Firma des Vaters, an der der ganze Familienclan hängt, kann Konkurs machen, oder aber der geliebte Hund aus den Kinder- und Jugendjahren muss plötzlich eingeschläfert werden und man konnte nicht mehr Abschied nehmen. Die Realität der Studienmigration kann sehr hart sein und wird nicht selten überspielt durch eine sehr höfliche und freundliche Art, die viele aus ihrer Kultur mitbringen. Der Wille, es zu schaffen und sich anzupassen, steht einer Einsamkeit gegenüber, die die ausländischen Studenten nicht zeigen möchten. Es würde sie kränken, wenn man davon wüsste.

### **Identitätsstiftende Aspekte im musiktherapeutischen Curriculum**

In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu untersuchen, ob wir als Ausbildungsinstitution Möglichkeiten bieten, die vielfältigen realen und psychischen Probleme, die sich aus der Rolle des Studienmigranten ergeben, zu thematisieren und welche Hilfestellungen wir bieten können.

In den ersten Dekaden der 1959 gegründeten Wiener Ausbildung fühlten sich die damaligen Leiter, zunächst Editha Koffer-Ullrich und später Alfred Schmözl, dafür verantwortlich, dass auch das Ausland von der Wiener Schule profitieren sollte. Deshalb wurden gerne ausländische Studenten aufgenommen, weil man davon ausging, dass diese nach ihrem Abschluss wieder in ihre Heimat zurückkehren würden. Diese bekamen den Quasi-Status eines „Botschafters“. In Wien nahm man an, dass sie das Erlernte zwar modifiziert, aber doch mit einem Verweis auf das Urheberrecht weitergeben würden. Es kamen auf diesem Wege tatsächlich etliche Schulgründungen im Ausland zu Stande, der Verweis auf das Urheberrecht blieb aber bedauerlicherweise oft aus. Natürlich steckte die Ausbildung damals noch in den Kinderschuhen, schließlich war die Wiener Schule fast 20 Jahre in einer Pioniersituation.

Als im Jahre 1992 sowohl die Einzel-Lehr-Musiktherapie (90 Einheiten) als auch die Gruppen-Lehr-Musiktherapie (180 Einheiten) im Studium etabliert

wurden, kam es zu einer Trendumkehr. Viele ausländische Kollegen, die vor allem durch die Öffnung ehemaliger kommunistischer Länder nach Wien gekommen waren, dachten nicht mehr daran, in ihrer Heimat eine Schulengründung zu initiieren, sondern blieben in Wien. Was war passiert? Dass die Kollegen nicht zurückkehrten, war angesichts der finanziellen Möglichkeiten ihrer Heimatländer durchaus verständlich, aber warum blieben jetzt auch einige asiatische Kollegen hier? Was war auf der Ebene der persönlichen und professionellen Identität geschehen?

Johanna Weber-Guskar fand auf der Suche nach den identitätsstiftenden Aspekten im Wiener Studium durch eine Befragung von zwölf Absolventen unterschiedlicher Jahrgänge eindeutige Tendenzen und kam zu folgendem Ergebnis (Weber-Guskar 2004, 79f.):

- Als identitätsstiftend werden „starke Persönlichkeiten“ im Lehrkörper der Ausbildung genannt (1 Nennung) und die Befragte meinte: „Es hängt für mich auch viel an den jeweiligen Personen, die uns lehren, da strahlt jeder irgendwie etwas Besonderes aus.“
- Zu den großen Identifikationsfiguren gehören vor allem die Einzel-Lehr-Musiktherapeutin und die Supervisorin (2 Nennungen). Von einer Befragten kam der Hinweis: „So wie sie gefragt hat, hat sie meine Persönlichkeit und meinen Stil und meine Haltung respektiert. Sie hat so gefragt, dass ich überprüfen konnte: wo bringe ich meine Anteile hinein und was ist mein Stil, um etwas anzugehen.“
- Verschiedene Praktika und die damit verbundene Supervision werden erwähnt (4 Nennungen) und ein Kommentar lautete: „Praktika, in denen man als Student mit der Supervisorin gemeinsam in einem Team arbeitet, sich dem Team gemeinsam vorstellt und Resonanz bekommt, positiv oder negativ, ernst genommen werden im Team.“
- Je 1 Nennung gab es für die Lehrveranstaltung „Rezeptive Musiktherapie“ sowie für das Schreiben der Diplomarbeit.
- Die größte Übereinstimmung gab es bei der Rolle der Einzel-Lehr-Musiktherapie (5 Nennungen).

Die Autorin unterschied bei ihren Fragen explizit zwischen Identität und der Vermittlung von musiktherapeutischen Kompetenzen, wobei im letztgenannten Fall die Ergebnisse anders sind. Bei der Vermittlung helfen:

- musikalische Fächer allgemein (1 Nennung für „ja“, 1 Zusatznennung für „nicht wichtig“);
- das Fach Improvisation (1 Nennung);
- die freie Improvisation (1 Nennung);
- das Erwerben und Einsetzen des eigenen Musikrepertoires (1 Nennung);
- das Musiktherapie-Seminar (2 Nennungen);
- das musikalische Handwerk allgemein (3 Nennungen);
- Lehr-Musiktherapie (3 Nennungen).

Es bestätigte sich hiermit, dass das „Fach“ Einzel-Lehr-Musiktherapie auf zwei Ebenen identitätsstiftend wirkt: auf die Persönlichkeit sowie auf die Professionalität (Fitzthum 1997). Die Vermutung liegt nahe, dass sich ausländische Studenten, die ab 1992 in unserer Institution studierten, im Gegensatz zu älteren Kollegen aus dem Ausland, die Möglichkeit erhielten, sich u. a. über die Lehr-Musiktherapie zu beheimaten. Fragen der eigenen Identität konnten geklärt werden und vorhandene Sprachbarrieren wurden offensichtlich durch eine über drei Jahre dauernde und nicht unterbrochene emotionale und fachliche Bindung zur jeweiligen Lehrtherapeutin überbrückt. „Als identitätsfördernde Aspekte im Studium gelten in erster Linie die Einzel-Lehrmusiktherapie, die Supervision und die Identifikation mit Dozenten-Persönlichkeiten. Im Vordergrund der Lehrtherapie steht die Vermittlung personaler und professioneller Kompetenz.“ (Weber-Guskar 2004, 123)

### **Baustein eines Menschenbilds in der Musiktherapie**

„Da sich die verschiedenen Menschenbilder auf die therapeutischen Zielvorstellungen und Handlungsweisen bestimmend auswirken, ist es außerordentlich wichtig, daß sich Musiktherapeuten, welcher Richtung auch immer, mit ihrem eigenen Menschenbild auseinandersetzen.“ (Frohne-Hagemann 1990, 101) Der Ort, wo diese Auseinandersetzung geschehen darf, kann die Lehr-Musiktherapie sein. In der Wiener Schule wurde die Musiktherapie immer als ein dialogzentriertes Verfahren gesehen (Schmölz 1989), ein Umstand, der danach verlangt, auch den Wunsch des Menschen nach Dialog mit einzubeziehen. Aber dies ist nur ein Aspekt unter vielen. Im Zusammenhang mit dem Thema „Migration“ bedarf das Menschenbild in der Musiktherapie noch eines weiteren Bausteins. Dieser muss die Problematik des Fremd-Seins ebenso mit einbeziehen wie seine Sehnsucht nach Heimat. Das Phänomen der Heimat ist eben ein Gefühl sowie auch ein Ort. Jeder Patient kann dem Begriff „Heimat“ einen Ort zuordnen, an dem er diesem Gefühl am nächsten ist. Sich beheimaten bedeutet also für den Menschen, dass es in ihm geschieht und es genauso von einem Außen abhängt. Beheimatung umschreibt einen intrapsychischen Prozess und bezieht ebenso die zeitlich-historische Dimension des Individuums mit ein. Und so könnte man all den Bausteinen, die es bereits zum Menschenbild in der Musiktherapie gibt und die sicherlich von Schule zu Schule variieren, noch einen hinzufügen: Der Mensch hat das Bedürfnis, in seinem So-Sein, also auch in seinem Fremd-Sein wahrgenommen zu werden. Er wird krank, wenn er nicht die Möglichkeit erhält, neben seinen Gefühlen der Be-Fremdung auch Gefühle der Be-Heimatung zu entwickeln. Dazu gehören realpolitische Bedingungen genauso wie ein Ort, an dem er dieses Thema ohne Angst vor Abwertung zur Sprache bringen kann.

Das WIM (Wiener Institut für Musiktherapie) hat 1999 einen weiteren Baustein zum Menschenbild in der Wiener Schule hinzugefügt, den man in diesem Zusammenhang benutzen kann und der noch tiefer das Wesen der Musiktherapie berührt. Der Mensch ist ein hörendes und gehört-werden-wollendes Wesen (Storz; Oberegelsbacher; Fitzthum 1999). Der Aspekt des Gehört-werden-Wol-

lens beinhaltet in weiterer Folge, dass der Mensch auch mit und in seiner (Lebens-) Geschichte gehört und verstanden werden will. Besonders deutlich ist dieses Bedürfnis bei unserem geriatrischen Klientel, und stark unterdrückt ist dieses Bedürfnis bei all jenen, die unter traumatisierenden Umständen ihre Heimat verloren oder verlassen haben. Der Wunsch, nicht mehr zurückdenken zu müssen, niemanden mit alten Geschichten belästigen zu wollen und der Glaube, dass ein Fremder das alles sowieso nicht verstehen kann, können auch in der Therapie über lange Zeitspannen die erzählerische und emotionale Anbindung an die Zeit zu Hause unterbinden. Es hat eine Störung auf der Zeitachse stattgefunden. Wir wissen, dass sich in der Regel die jungen Studenten aus dem Ausland, wenn sie mit der Lehr-Musiktherapie beginnen, mehr auf ihre Zukunft konzentrieren. Gemischt mit den bald anstehenden Alltagsproblemen bleibt oft wenig Zeit, sich mit Vergangenen auseinanderzusetzen. Die Bewältigung eines Studiums in einer Fremdsprache, nicht verstandene Ansprüche aus dem Lehrkörper und finanzielle Probleme verlangen ihre ganze Aufmerksamkeit. Das Erzählen der Geschichte des Aufbruchs erfordert sehr viel Kraft und verlangt eine vertrauensvolle Beziehung zum Therapeuten. In der Konfrontation mit dem Zeitpunkt, an dem der Student sein Elternhaus verlassen hat, liegen Gefühle der Scham und der Schuld verborgen. Es kann sich um die Scham handeln, dem Druck im Konzertsfach an der japanischen Musikhochschule nicht länger standgehalten zu haben, und es kann sich um die Schuldgefühle handeln, alte oder gebrechliche Familienmitglieder verlassen zu haben. Ein Thema, dessen Härte die Einzelkinder besonders betrifft.

Diese Beispiele sollen zeigen, wie sensibel das Thema der Aufarbeitung für Migranten sein kann. Sehr oft verhindern unbewusste Kräfte eine Aufarbeitung, da diese schmerzhaft sein kann. Und das Bedürfnis, nicht wertend mit seinen geschichtlichen Anteilen begriffen zu werden, setzt ein hohes Maß an Vertrauen voraus. Dies alles sind Gründe, sich mit jedem Studenten in der Lehr-Musiktherapie mit Begriffen wie „Heimat“ und „Verlassen“ auseinanderzusetzen. Hier werden wesentliche Bausteine für interkulturelle Kompetenzen erarbeitet.

## **Die Rolle der Musik in der Ausbildung**

Innerhalb der Musiktherapie existieren die unterschiedlichsten Zugänge zum Medium Musik und die Auswirkungen auf das jeweilige Menschenbild sind enorm. Der Glaube an die Universalität der Musik per se kann als Antithese zu einer psychotherapeutisch orientierten Musiktherapie verstanden werden, da es in dieser immer auch um Rekonstruktionen geht, um die Aufdeckung des Unbewussten und die Auseinandersetzung mit dem therapeutischen Du. Die Verabreichung von Musik als Medikament setzt einen Glauben an eine generalisierende Wirkung von Musik voraus, vernachlässigt also Aspekte wie die Einmaligkeit eines jeden Individuums und das Agens der therapeutischen Beziehung. Sie lenkt eher den Blick vom Ganzen hin auf gestörte Funktionen, Befindlichkeiten oder partielle Defizite.

Die Nutzbarmachung von Musik unter neuro- und biophysischen Aspekten hat ihre Berechtigung und stützt sich auf Erkenntnisse, die von einer Korrelation von Physis und Psyche ausgehen. Dieses Gebiet erfreut sich einer großen Forscherleidenschaft, wohl auch deshalb, weil hier eine quantitative Forschung Sinn macht und das Gesundheitssystem damit besser bedient werden kann. Die Bezeichnung „Musikmedizin“ ist hier angemessen. Ein musikmedizinisches Handeln mit dem Etikett „Musiktherapie“ wäre ein Schwindel, würde die Musiktherapie von ihrem Weg ins psychotherapeutische Paradigma abbringen und damit eindeutig den derzeit in Europa vorherrschenden Mainstream verlassen.

Unter Schmölz und seinem damals noch jungen Team hat die Wiener Schule der Musiktherapie ihre ersten Schritte in das psychotherapeutische Paradigma vor allem in den 70er-, 80er- und 90er-Jahren des vorangegangenen Jahrhunderts vorbereitet (Schmölz 1983, 55ff.). Der Akzent lag allgemein auf der Analyse des Krankmachenden, auf der Entlarvung von Scheinidentitäten und basierte auf der Grundannahme von heilender Authentizität in der Begegnung mit dem therapeutischen Gegenüber. Die Reflexion über die Umstände, die dies verhinderten, war wichtig, und es sollten eintrainierte musikalische Floskeln, dies zu „überspielen“, nicht verwendet werden. Das Unbewusste konnte in der musikalischen Improvisation zum Klingen gebracht werden, ein Königsweg, wie sich herausstellen sollte. Dieser Weg setzte musikalische Mittel voraus, die jeder Patient, sei er körperlich, geistig oder psychisch behindert, benutzen konnte. Die Einfachheit, das Schlichte und die Reduktion erlaubten einen Umgang mit dem musikalischen Gegenüber und je einfacher die Tonskala, umso größer das Feld der zu bearbeitenden Diagnosegruppen. In Wien wurde unter Schmölz hauptsächlich auf einer pentatonischen Skala improvisiert, nicht, weil diese eine heilende Wirkung hatte, sondern, weil sie eine Kommunikation mit jedem Partner ermöglichte. Auf diesem Wege wurde das, wofür der Patient (noch) keine Sprache hatte, erlebbar, begreifbar und reflektierbar gemacht. Dies geschah unter der wachsamsten Teilnahme des Therapeuten. Am Ende stand die Integration des neu Erlebten und/oder das Probehandeln. Der Glaube an die Fähigkeit des Patienten, sich immer wieder neu entscheiden zu können, und das Bekenntnis zum Dialogischen Prinzip waren das Erbe einer Humanistischen Psychologie, das Wissen um die Existenz des Unbewussten und die Eröffnung eines Wegs dorthin waren das Erbe der Tiefenpsychologie.

Demgegenüber steht die Tatsache, dass die Aufnahmeprüfungen in Wien neben der psychischen Eignung auch eine musikalische Eignung auf hohem Niveau abverlangt. Diese Tatsache gründet erstens auf eine europäische und amerikanische Pioniergeneration, die aus der Tradition der Instrumental-Pädagogik kam, und steht zweitens mit der Tatsache in Zusammenhang, dass die Universität für Musik und darstellende Kunst keine Ausnahme für Kandidaten der Musiktherapie erlaubt. Außer bei der Teilprüfung der psychisch-musiktherapeutischen Eigenschaften sind die Prüfer dazu verpflichtet, sich dem dort geltenden musikalischen Prüfungsniveau anzuschließen. Zudem ist in Wien die Ausbildung grund-

ständig und man darf kein Mindestalter voraussetzen. Nicht selten scheitern daran junge in- und ausländische Studenten, deren Sympathiewerte hoch sind, und nicht selten tut es leid, sie nicht aufnehmen zu können. Wir betreiben damit eine Selektion, die hauptsächlich das eingeübte klassische Musikrepertoire herausfiltert. Solchermaßen „gesiebt“ müssen die Studenten erst lernen, „daß Therapie immer ein Beziehungsgeschehen ist“ (Leitzinger-Mechtler 1997, 220) und dass die musikalischen Mittel äußerst bescheiden ausfallen können. Eine ehemalige Studentin berichtet:

„Als ich in Wien Mitte der 80er-Jahre ankam, wollte ich Deutsch auf dem Goethe-Institut lernen. Ich wollte nur für ein Jahr hier bleiben und hatte auch nur für ein Jahr mein Visum. Ich hatte meinen Arbeitsplatz am Moskauer Konservatorium ruhend gestellt und jeder dachte, ich komme bald wieder, ich auch. Dann ging ich durch die Singerstraße und sah das Schild ‚Musiktherapie‘. Ich blieb stehen und dachte kurz, dass dies wohl was Nettes sein könnte. Da kam ein älterer Mann auf mich zu (Prof. Schmölz. – Anm. d. Verf.), der mich wohl da stehen sah und fragte, wer ich denn sei. Ich erzählte ihm von meiner Arbeit in Moskau und er sagte, ich solle mal mit ihm hinaufgehen, er könne mir was zeigen. Dann ging ich mit ihm hinauf und wir betraten seinen Arbeitsraum. Zuerst sah ich nur den großen Steinway. Ich war wie elektrisiert. Der alte Mann lächelte und sagte: ‚Setzen Sie sich nur hin‘. Ich tat dies und glaubte, er wolle nun von mir ein Stück hören. Statt dessen sagte er: ‚Legen Sie doch mal eine Hand auf die Tasten und spielen sie einen Ton.‘ Ich spielte einen Ton und fragte mich, was das soll. Er sagte, ich solle mich mit dem Ton identifizieren! Dann setzte er sich zu mir und spielte einen Ton dazu. Er sagte nichts. Ich dachte, er will jetzt etwas von mir hören, das entstandene Intervall erinnerte mich an den Anfang einer Bach-Fuge und ich begann diese zu spielen. Sofort unterbrach er mich: ‚Einen Ton, der zu Ihnen gehört, will ich hören.‘ Wir arbeiteten so über eine Stunde. Dann sagte er mit einem verschmitzten Lächeln: ‚Sie gehören aber hierher!‘ Er hat alles für mich geregelt, alle Papiere, alles. Ein Semester später konnte ich beginnen. In diesem Moment hatte mein neues Leben begonnen.“

## Die musikalische Sozialisation im jeweiligen Heimatland

Unterschiedliche Länder haben einen unterschiedlichen Ansatz zur Förderung der musikalischen Sozialisation junger Menschen. Das klassische europäische Erziehungsideal bestand seit dem 19. Jahrhundert darin, jungen Menschen, vorwiegend jungen Mädchen etwa ab dem fünften Lebensjahr einen Klavierunterricht ange-deihen zu lassen. Dieses Relikt bürgerlicher Erziehung haben die meisten unserer europäischen Pioniere genossen. Der Einfluss dieses Umstands auf die Musiktherapie in Wien wird zurzeit anhand von mehreren Biographien überprüft. Exemplarisch sind die Biographien über die Wiener Pionierin Ilse Castelliz (Diplomarbeit in Vorbereitung) sowie über jene 1938 ins amerikanische Exil geflohene Wiener Musikerin Valerie Pick, die sich als verheiratete Vally Weigl in der NAMT (National Association for Music Therapy) einen Namen als Musiktherapeutin machte (Fitzthum 2003a, 2003b). Beide Frauen stammten aus großbürgerlichen Verhältnis-

sen, hatten seit ihrer Kindheit Klavierunterricht bei berühmten Klavierpädagogen (beide erhielten Unterricht von Schülern des großen Theodor Leschetizky) und beide verfügten über einen umfangreichen humanistischen Bildungshintergrund. Ihr musiktherapeutischer Zugang war dementsprechend und sehr idealisierend. Stark vereinfacht könnte man ihr theoretisches Fundament, wie folgt, beschreiben: In der komponierten Musik wohnen ordnende Kräfte, so wie dies auch Aleks Pontvik vor allem im Zusammenhang mit der Bachschen Musik sah, Musik evoziert Gefühle, hilft beim Ausdrücken von Gefühlen, lenkt ab, indem es die Aufmerksamkeit auf etwas Übergeordnetes richtet, schafft Realitätssinn und Gemeinschaft. Bis heute ist in der Wiener Schule das Klavier das zentrale Ausbildungs- und Improvisationsinstrument geblieben.

Ab Mitte des 20. Jahrhunderts hat sich die Klavierpädagogik verändert, und zwar in dem Sinne, dass es Kindern ermöglicht wurde, länger einen kindlichen Zugang zum Instrument haben zu dürfen. Die Etüden von Karl Czerny bestimmten nicht mehr die ersten Klavierstunden, ein spielerisches Annähern war nun intendiert. Die Bewegungen bekannter Tierarten wurden auf den Tasten nachgeahmt, ebenso wie die schnelle und dann wieder langsame Fahrt einer Lokomotive. Der Zugang zur Musik und zum Instrument hatte sich verändert und damit auch der Respekt vor der „hohen Kunst“. Kollegen und Studenten, die auf eine derartige musikalische Sozialisation verweisen können, gehen naturgemäß leichter mit Improvisationen um. Unter einem „kindlichen Zugang“ meine ich hier die Haltung, die es bei der Improvisation nicht um Leistung gehen lässt, nicht um „schöne“ Musik und nicht (unbedingt) um eine musikalische Form. Der kindliche Zugang beschreibt im Kontext Musiktherapie ein spielerisches Ausprobieren, getragen von Neugierde und Spiellust.

Hier tauchten erste Schwierigkeiten mit Studenten aus ehemaligen kommunistischen Ländern auf. Zur wichtigsten Überlebensregel wurde hier der Grundsatz, dass man besser sein musste als andere und man jede Chance ergreifen und nutzen musste. Mehr als die Hälfte der Studenten aus diesen Ländern, die ich in 20 dreijährigen Lehr-Musiktherapien betreute, wurde von ihren Eltern zum Musikinstrument gedrängt, da diese darin die einzige Möglichkeit für eine zukünftige Unabhängigkeit ihrer Kinder sahen. Somit war der Erfolgsdruck doppelt groß und Zeit zu einem spielerischen Zugang gab es nicht. Ich habe einige Studenten begleitet, die das Moskauer Konservatorium besucht hatten. Sie sagten einhellig, dass dies ihre beste Zeit gewesen sei. Der Druck von Eltern und Lehrern, als sie noch zu Hause wohnten und gleichzeitig das Gymnasium besuchen mussten, war kaum auszuhalten. Die meisten ihrer Eltern waren Berufsmusiker oder Berufssportler und hatten noch bis in die 60er-Jahre das Ausland regelmäßig besucht. Sie berichteten ihren Kindern immer wieder vom „Goldenen Westen“, sodass irgendwann die Jungen selbst daran glaubten, dass das Paradies im Westen liege.

Diese Studenten berichteten ebenfalls, dass es eigentlich den Eltern egal war, womit sie ihr Ziel zu erreichen suchten. In dem Moment, als bei dem Kind die eine oder andere Begabung feststellbar war, wurde es auf diese Schiene gesetzt. Viele

dieser Studenten wollten noch nach dem Abitur versuchen, Medizin oder Jura zu studieren, aber die Beziehungen der Familie reichten nicht in diese akademischen Bereiche hinein, sodass sie bei der Musik bleiben mussten. Diese Studenten hatten trotz ihrer enormen Begabungen und ihrer Fertigkeiten große Schwierigkeiten beim Improvisieren und werteten das „Geklimpere“ ab. Eine Studentin brachte es einmal in der Lehr-Musiktherapie auf den Punkt: „Du glaubst sicher, dass ich jetzt das fühle, was ich spiele. Stimmt nicht. Ich kann mit der Musik jeden belügen, sogar mich.“ Manchmal werden in der Lehr-Musiktherapie traumatisierende Erlebnisse im Zusammenhang mit dem Instrumentalunterricht in der Kindheit thematisiert. Eine Studentin durfte nicht wegen Krankheit pausieren, sie musste trotz hohen Fiebers ihr tägliches Pensum von sechs Stunden absolvieren. Eine andere musste mit Blick auf die im Hof spielenden Kinder üben, Tag für Tag, und der Kommentar der Eltern war: „Willst Du etwa da landen, wo die landen werden?“ Eine andere Studentin hatte sich im Laufe der Jahre angewöhnt, im Stile bekannter Komponisten zu improvisieren, und zwar mit einer solchen Perfektion, dass sie die Eltern glauben ließ, sie spiele Literatur, in Wirklichkeit war das ihre „Erholung“, sie konnte so einfach mal ihre Gedanken laufen lassen und gab sich für einige Minuten ihren Phantasien hin. Auch sexuelle Übergriffe beim Unterrichten und psychische Abhängigkeiten von Lehrern durften zu Hause nie thematisiert werden, denn dann wäre der Traum der Eltern in Frage gestellt worden.

Es könnten noch viele Beispiele aus anderen Ländern mit ähnlich strenger und leistungsbetonter musikalischer Sozialisation folgen, z. B. aus asiatischen Ländern. Eines zeigen sie in aller Deutlichkeit: das Thema der musikalischen Sozialisation unserer Studenten ist weit unterschätzt. Es ist mit Traumatisierungen verbunden, ist Relikt einer kollektiven Strategie, den Einfluss des Staats zu umgehen, und es ist mit elterlich-autoritären Konflikten beladen. Diese Studenten geben niemandem Einblick in diese schwierige Kinder- und Jugendzeit.

Was spielt sich in Menschen mit einer solchen Sozialisation ab, wenn wir darüber reden, die Musik als Medium zu benutzen, in einen Dialog treten zu wollen, von Authentizität sprechen oder mit fünf Tönen improvisieren? Die einzige Tatsache, der sie ihr Studium in Wien verdanken, liegt auf einer ganz anderen Ebene: sie waren fleißig und sie mussten zu den Besten gehören. Dies sind Lebensentwürfe und Ausleseverfahren, deren Kriterien diametral dem Grundgedanken der Musiktherapie entgegenstehen.

## **Der Abschied und das schlechte Gewissen**

Traditionell besuchen sehr wenige Wiener die musiktherapeutische Ausbildung, es ist pro Jahrgang vielleicht ein Student. Der Rest der Studenten kommt aus den österreichischen Bundesländern, Deutschland, Südtirol, Osteuropa und Asien (die Reihenfolge entspricht der Häufigkeit). So thematisiere ich in den ersten Stunden der Lehr-Musiktherapie immer ihren Abschied und frage jeden Studenten, was er

zurückgelassen hat, um in Wien mit dem Studium beginnen zu können. Meist stellen wir das Zurückgelassene mit Instrumenten auf. Es sind immer die Eltern, die Geschwister, die Großeltern und die Freunde, die als Erstes genannt werden. Ihre Befindlichkeit wechselt jedoch wie ein Pendel von der Trauer, etwas verlassen zu haben, hin zu ihrer Neugierde, wie sie das neue Leben meistern werden, meist überwiegt aber die Neugierde auf das Neue. Es ist die klassische Ablösung vom Elternhaus und der Aufbruch in die Eigenverantwortlichkeit, die wir zu begleiten haben. Oft darf sich erst nach Monaten zeigen, dass der Abschied nicht frei von Problemen war. Es reicht ein Brief oder ein Telefonat von zu Hause, das erfahren lässt, dass jemand schwer erkrankt ist, und die anfängliche Neugierde schlägt in kurze depressive Reaktionen um.

Eine Studentin, deren Eltern zwölf Flugstunden von Wien entfernt lebten, erfuhr plötzlich, dass der Vater an schweren Depressionen erkrankt war. Sie wusste, dass niemand in der Familie ein Verständnis dafür aufbringen konnte und niemand daran dachte, dass er in einer Klinik geheilt werden könnte. Die politische und wirtschaftliche Situation ihres Heimatlands hätte dies auch nicht zugelassen. Ihre Trauer, im Ausland ein Handwerk für den Umgang mit Depressionen zu erlernen und dieses zu Hause nicht dem Vater zur Verfügung stellen zu können, lähmte sie für lange Zeit. Sie entschied sich in der Lehr-Musiktherapie hier zu bleiben und wir erarbeiteten ein Angebot für zu Hause: sie rief ihren Vater jede Woche einmal an und einmal in der Woche seinen Arzt. Mit diesem Arrangement lernte sie leben. Geblieben ist ihr das Schuldgefühl, dass der Vater depressiv wurde, weil seine Lieblingstochter fortgegangen war. An diesem Punkt waren die Grenzen unserer Arbeit erreicht. Sie hatte kaum Geld, die Eltern noch weniger. Sie arbeitete neben dem Studium und legte jeden Cent zur Seite. Als sie in den nächsten Sommerferien endlich nach Hause fliegen konnte, fand sie einen Vater wieder, dessen Persönlichkeit vollkommen verändert war. Er stand unter dem Einfluss von starken Medikamenten und sie fand keinen Kontakt mehr zu ihm. Erst zurück in Wien gelang es uns mit der gestalttherapeutischen Technik des Empty Chair, einen Kontakt zum Vater zu ermöglichen. Sie setzte mit ihrer inneren Vorstellungskraft ihren Vater (oder ihre diesbezüglichen Introjekte, je nach Grundorientierung) auf einen Sessel ihr gegenüber und sagte ihm all das, was sie nie sagen konnte: dass sie ihn liebe und dass sie immer an ihn denke. Wenig später lernte sie einen Mann kennen, mit dem sie noch heute zusammenlebt. Sie hatte sich für Europa entschieden. Sie sieht ihre Familie alle zwei Jahre einmal, ihr Vater lebt noch und sie telefoniert nach wie vor einmal in der Woche mit ihm.

In Zusammenhang mit dieser Geschichte taucht ein Phänomen auf, dass viele unserer ausländischen Studenten betrifft. Fast niemand fährt ins Ausland zum Musiktherapiestudium mit dem festen Vorsatz, danach sein Leben hier weiterzuführen. Im Gegenteil, die Angst davor ist sehr groß, vor allem im Hinblick auf die zurückgelassenen Eltern. Auch diese gehen davon aus, dass die Tochter oder der Sohn zurückkommt. In diesem Entscheidungsvakuum liegt sehr viel Furcht, sich tatsächlich am Studienort zu beheimaten. Die unbewusste Angst kann ver-

hindern, dass es ihnen hier gut gehen darf, denn das könnte zur Folge haben, dass sie bleiben möchten. Die Endgültigkeit dieser Entscheidung wird lange hinausgezögert und die Lehr-Musiktherapie ist der Ort, diese Entscheidung und die dazu gehörenden Ängste zu thematisieren. Damit verbunden sind Fragen wie: Darf ich bleiben? Was erwartet meine Familie von mir? Darf es mir hier gut gehen? Muss es mir hier gut gehen? Darf ich beginnen, mich hier zu beheimaten? Lasse ich es besser sein, sonst tut der Abschied so weh? Wartet mein Partner zu Hause auf mich? Darf ich mich hier verlieben? Das würde doch bedeuten, dass ich hier bleiben muss? Der Fragenkatalog könnte noch weiter fortgesetzt werden. Besonders auffallend bei diesen ausländischen Studenten ist zunächst immer, dass sie sich jedem sozialen Leben an der Universität entziehen. Sie sind bei keinem Fest dabei, treffen niemanden und vermeiden jeden emotionalen Kontakt. Die dahinter stehende Angst wird von niemanden erkannt, man redet von Sprachschwierigkeiten oder eben von der „anderen Mentalität“. Ich thematisiere dies und ich erinnere mich an Lehr-Musiktherapien, in deren Zentrum über zwei Jahre lang die Frage nach der Angst vor der Beheimatung und deren Konsequenzen stand. Einmal hatte sich eine Studentin aus einem uns fremden Kulturkreis bereits in der ersten Woche am neuen Studienort verliebt. Wir arbeiteten zwei Semester an der Frage, ob sie diesen Gefühlen nachgeben darf. Erst im vierten Semester traute sich die Studentin, sich auf die Beziehung einzulassen. Beide sind noch heute ein Paar. Der geduldige Freund erlernte ihre Muttersprache und machte es möglich, dass er als freiberuflicher Akademiker mehrmals im Jahr mit ihr „pendeln“ kann. Er hat heute in ihrer alten Heimat gute Geschäftsbeziehungen und sie baut sich gerade über das Seminargeschäft auf beiden Seiten unserer Erde ein solides musiktherapeutisches Standbein auf. Ein Beispiel für eine gelungene Begleitung innerhalb der Lehr-Musiktherapie.

### **Die Frage der Re-Migration**

Die Frage, ob es einen Weg zurück gibt, ist vor allem für jene Studenten wichtig, die aus Ländern kommen, deren gesellschaftliche Entwicklung schnell voranschreitet. Denn hier ist die Frage nicht nur individueller und emotionaler Natur, sondern es ist oft ein sehr reales Problem, nach all den Jahren des Studienaufenthalts und einem anfänglichen Berufseinstieg in Wien zu re-migrieren. Die Studenten aus Osteuropa, die um 1989 zu uns kamen, haben zwar den Kontakt in ihre Heimat nie unterbrochen, haben aber mit großen Problemen zu kämpfen, würden sie zurückkehren wollen. Eine ehemalige Studentin berichtet:

„Mein Heimatland ist heute ein Mitglied der EU. Das war aber nicht immer so. Jetzt kommt die Frage der Rückkehr noch einmal durch den EU-Beitritt auf mich zu und ich weiß, ich muss das endlich lösen. In all den Jahren, in denen ich immer nach Hause fuhr, hatte ich vorsorglich Wert darauf gelegt, meine alten beruflichen Kontakte weiter zu pflegen. Mit der Zeit schlichen sich unerfreuliche Begleitumstände ein. Man warf mir vor, zu

einer Zeit gegangen zu sein, als es noch allen daheim schlecht ging. Jetzt wäre ich wohlhabend, was überhaupt nicht stimmt, und man erwartet von mir Großzügigkeit. An meinem alten Arbeitsplatz werde ich als Bedrohung gesehen, ich könnte mehr wissen als sie und in eine leitende Position kommen. Tatsächlich hat man mir eine solche angeboten, aber mein Monatsgehalt wäre 120 Euro. Davon könnte ich nicht leben. Auch würde ich gerne dort berufspolitisch für die Musiktherapie etwas tun, aber da gibt es schon einige, ich weiß nicht, wo die eine Ausbildung gemacht haben, die lassen mich nicht so richtig rein, für die scheine ich auch eine Bedrohung zu sein. Es gibt jetzt schon einige Privatuniversitäten, die zahlen besser. Dahin habe ich aber keine Beziehungen. Ich werde beim nächsten Urlaub versuchen, einen Kontakt dorthin zu schaffen. Aber die werden mir sowieso sagen, dass ich alles bei ihnen machen kann, ich muss „nur“ für die Finanzierung sorgen. Wenn ich heute in meine alte Heimat fahre, beginne ich mich fremd zu fühlen. Es ist interessant, dass ich in den letzten Jahren viel Kontakt zu Migranten, wie ich es bin, im Ausland aufgebaut habe. Die werden mir immer mehr zu einer Heimat. Während ich meine alten Freunde immer mehr verliere, spüre ich mich plötzlich mit denen, die auch einmal gegangen waren, immer stärker verwandt. Wir leben irgendwie in einem Zwischenbereich. Das ist nicht schlecht und das ist auch nicht gut. Ob ich je zurückgehen werde, weiß ich immer noch nicht.“

### **Die Lehr-Musiktherapie und ihr Verhältnis zu fremden und vergessenen Anteilen in der eigenen Familiengeschichte**

Die Recherchen von Weber-Guskar bezogen sich nicht auf ausländische Studenten. Die Lehr-Musiktherapie ist für alle Studierenden ein Ort, an dem sich personale und professionelle Kompetenz bilden kann. Im Hinblick auf eine zukünftige musiktherapeutische Arbeit mit Klienten sollte der Student lernen, dass Entfremdung und Heimatlosigkeit nicht nur bei Menschen mit nichtdeutscher Muttersprache ein Thema ist. Vermeintliche Beheimatung kann sich bei näherer Betrachtung als brüchig erweisen und dieses Phänomen betrifft uns alle. Jeder angehende Musiktherapeut muss sich mit diesem Thema auseinandersetzen. Ich gehe von der Grundannahme aus, dass jede Familie einen Migrationshintergrund hat. Selbst der Zuzug vom Land in die Stadt im Rahmen einer nationalen Migration kann den Verlust vertrauter Menschen und kultureller Spielregeln bedeuten. Die Reflexion darüber erleichtert dem zukünftigen Therapeuten die Wahrnehmung und das Verständnis für die Spätfolgen von Traumatisierungen, die in diesem Zusammenhang entstanden sind.

In der Lehr-Musiktherapie kann also die Reflexion über die eigene Haltung, die eigene Geschichte und die eigene Familiengeschichte stattfinden und somit zur Vermittlung interkultureller Kompetenzen in dem Sinne beitragen, dass die Familiengeschichte in Zusammenhang mit ihrem sozio-kulturellen Hintergrund betrachtet und begriffen werden kann. In der Lehr-Musiktherapie können Diskontinuitäten aufgespürt und Gründungsmythen zu Gunsten von historischen Realitäten entlarvt werden. Die Lehr-Musiktherapie kann zu einem Ort werden, wo sich Gelerntes, selbst Erlebtes und generationenübergreifende Vorgaben miteinander in Beziehung setzen. Der Begriff „Familien-Geschichte“ impliziert, dass er dem

narrativen Bereich zugeordnet werden muss. Man erzählt seine Geschichte, man schreibt seine Geschichte, aber man malt sie nicht oder man fotografiert sie nicht. Die Geschichte entwickelt sich entlang einer Zeitachse und zu ihrer Nacherzählung bedarf es eines Mediums, welches sich entlang der Zeitachse entwickelt. Sprache und Musik stehen hier in einem verwandtschaftlichen Verhältnis zueinander (Lévi-Strauss 1996, 57ff.). Eine elastische Handhabung der Musiktherapie erlaubt Techniken, die sie aus anderen Verfahren integriert hat, sodass der Lehrtherapeut auf diese zurückgreifen kann. Zwei Möglichkeiten der Familienanamnese seien hier kurz skizziert, und zwar das Erzählen der Familiengeschichte verbunden mit dem gleichzeitigen „Aufstellen“ der wichtigsten Stationen mit Hilfe von Musikinstrumenten sowie das „Aufstellen“ eines Familienstammbaums mit Hilfe von Musikinstrumenten.

In der Reflexion wird nicht nur die Wahl der Instrumente besprochen, sondern werden Übereinstimmungen oder Diskontinuitäten aufgespürt, „heimliche Spielregeln“ enttarnt, Tradiertes von der realen Entscheidungskompetenz eines jeden Menschen getrennt. Probehandeln kann hier ebenso stattfinden wie die Integration bislang unbekannter Teile.

Eine Analyse dieser Lebens- und Familiengeschichten stellt im Kontext einer Therapieausbildung eine mögliche Verknüpfung von Theorie und Praxis dar. Ruth Kronsteiner benützt für die Analyse ihrer Fallgeschichten aus der Arbeit mit Migranten ein von ihr entwickeltes Raster, das sie über die Fallgeschichten legt, ein Vorgang, den sie als „rekursiv“ bezeichnet, weil er die Zusammenhänge zwischen Theorie und Praxis beschreibt (Kronsteiner 2003, 19). Die Eckdaten ihres Rasters decken sich mit den Aspekten, denen man immer in der Analyse von Lebensgeschichten begegnet. Im Folgenden wurden sie um neue Aspekte ergänzt und so formuliert, dass sie nicht nur für eine ethnische bzw. internationale Migration gelten, sondern für jede Familiengeschichte. So entsteht folgender Fragenkatalog:

- Wo war eine Kontinuität der Beheimatung vorhanden und wo, wann und warum gab es Bruchstellen?
- Was waren die Lebensbedingungen der Menschen und welche sozialen Realitäten haben sie verlassen (wegen Heirat, Arbeit, Umzug oder Krieg, Flucht, Exil, Lager)?
- Wie haben sich diese Migrationserfahrungen auf sie selbst und auf ihre Nachfahren ausgewirkt?
- Wo sind die Traumatisierungen?
- Welche Strategien wurden zum Überwinden der Bruchstellen entwickelt?
- Welche Symptome haben sich in der Folge entwickelt (Beispiele sind Identitätsschwäche, Psychosomatik, Sprachlosigkeit, Gewalt)?
- Welche Zusammenhänge zwischen kulturellen Veränderungen und den Symptomen können erkannt werden?
- Wo war das Verhalten einzelner Personen zwischen Ablehnung und Anpassung einzuordnen?
- Wo gibt es Viktimisierung und wo Heroisierung?

- Wo sind die Mythen und was war und ist die Realität?
- Wie und durch wen wurden diese Geschichten transportiert?

Durch die Analyse der eigenen Geschichte entlang dieser Fragen ist jeder Student mit den wesentlichen Problemen des Lebens in der Migration oder im Exil vertraut gemacht worden. Das Thema der Traumatisierung durch Verluste sozialer und kultureller Identitäten, warum auch immer, wird so zu unserem Thema und bleibt nicht bei den „Anderen“. Es ist nicht nur der fremdländisch aussehende Gastarbeiter in unserer Kultur fremd, oft sind wir es selbst. Und Traumatisierungen im Zusammenhang mit Migration können Generationen zurückliegen und verlieren dabei nicht ihr krankmachendes Potential.

Das Klientel der „Migranten zweiter und dritter Generation“ ist wesentlich größer als wahrgenommen, denn die Auslöser ihrer Störungen sind nicht mehr sichtbar. Ein Aufspüren der familieninternen Migrationsvorgänge innerhalb der Lehr-Musiktherapie ermöglicht ein Bewusstsein für diesen zeitlichen Horizont und die sich daraus ergebenden psycho-sozialen Zusammenhänge.

Wenn wir davon ausgehen, dass Traumatisierungen über Generationen hinweg krankmachende und verstörende Wirkungen haben, können wir zukünftigen Musiktherapeuten nicht ersparen, sich mit ihrer eigenen Familiengeschichte – auch unter dem Aspekt der NS-Zeit – auseinanderzusetzen. Die Folgen diesbezüglicher Traumatisierungen sind bis heute bei Patienten aufspürbar, vorausgesetzt, der „blinde Fleck“ des Therapeuten trifft sich nicht mit dem „blinden Fleck“ des Patienten. „Die mangelnde Bereitschaft, sich der eigenen (Familien- und Zeit-) Geschichte zu stellen, musste zwangsläufig Identitätsprobleme nach sich ziehen und verhalf der Sehnsucht nach der Opferrolle zu Hochkonjunktur.“ (Gruber 2003, 22)

### **Vom Versuch, das Wiener Modell der Musiktherapie in einer koreanischen Klinik zu implementieren**

Unter dem Titel „Nur nicht das Gesicht verlieren ...“ berichtet die Wiener Absolventin Sung Ae Han im Rahmen ihrer Diplomarbeit über ihren Versuch, die Wiener Musiktherapie in Korea zu etablieren (Han 2004). Die Kollegin studierte bis 1999 in Wien, ging dann nach Korea und schrieb ihre Diplomarbeit, nachdem sie zwischenzeitlich zwei Jahre musiktherapeutische Aufbauarbeit in Korea geleistet hatte. Sie lebt und arbeitet auch heute wieder dort. Die Studentin kam seinerzeit mit der Absicht nach Wien, später in ihrer Heimat beim Aufbau der Musiktherapie zu helfen. Die Reflexion ihrer Arbeit macht deutlich, mit welcher Komplexität einheimischer Strukturen man rechnen muss, wenn man die von uns gelehrt und praktizierte Musiktherapie importieren will. Hierbei sind die kulturellen und gesellschaftlichen Aspekte viel wesentlicher als musikspezifische Probleme. In den folgenden Ausführungen beziehe ich mich ausnahmslos auf die Erfahrungen

Hans, soweit sie Korea betreffen. Sie gehörte zu den wenigen Studenten aus einer uns gänzlich fremden Kultur, die in den letzten 20 Jahren zurückgekehrt sind, und noch nie konnten wir auf solche Erfahrungswerte zurückgreifen. Die Frage, wie es Han bei uns mit all diesen kulturellen Differenzen während ihres vier Jahre dauernden Studiums ging, mag mitschwingen, wird aber von ihr nicht beantwortet. Sie beschreibt ausschließlich einen Transferprozess, der sich durch Re-Migration ergeben hat.

## Koreas kulturelle Identität

Koreas kulturelle Identität entwickelte sich im Spannungsfeld zwischen den Nachbarländern China und Japan. „Daß die Koreaner die fremden Einflüsse zu einer durchaus eigenständigen und höchst reizvollen, spezifisch koreanischen Kultur verarbeitet haben, wurde im Ausland lange Zeit übersehen.“ (Hielscher 1988, zit. nach Han 2004, 5) Die spirituelle Tradition des Landes besteht zum einem aus den Religionen, zum anderen aus einer traditionellen Heilkunde. Der religiöse Pluralismus des Lands umfasst folgende Religionen:

- Die größte Religionsgemeinschaft bildet der Buddhismus, dem 27,6 % der Bevölkerung angehören. „Die buddhistische Lehre besagt, daß das Leiden an der Vergänglichkeit des Lebens und der Kreislauf der Wiedergeburten überwunden wird, wenn Menschen sich von Begierden und Bindungen an irdische Erscheinungen lösen.“ (Grayson 1987, zit. nach Han 2004, 7)
- Der Konfuzianismus ist ebenfalls weit verbreitet, ist aber keine Religion, sondern eine Ethik-Lehre, die die Regeln für das menschliche Zusammenleben gibt. Dazu gehören die wichtigsten Prinzipien wie Selbstdisziplin, Wissen um die Position in einer sozialen Gruppe, die hierarchische Ordnung im Kollektiv und die von uns als typisch „asiatisch“ assoziierten Tugenden, die das Verhalten des Individuums regeln. Beispiel ist ein streng geregeltes Rollenverhalten von Mann und Frau. Der Mann ist der strenge Familienvater, dessen Handeln von Würde und Vernunft geprägt sein soll.
- Der Taoismus gilt ebenfalls als philosophische Schule mit nicht geringem Einfluss. „Sein Weltbild propagiert ein bedürfnisloses Verschmelzen des Menschen mit der Natur, das im Idealfall zur Erlangung der Unsterblichkeit führen soll. Aus diesem Grund entwickelte sich in Teilen des Daoismus [sic!] schon früh ein Interesse an lebensverlängernden Praktiken, das sich in Gesundheitskonzepten und medizinischem Wissen [...] niederschlug.“ (Guillemoz 1973, zit. nach Han 2004, 7f.) Als Symbol gilt das im Westen bekannte Symbol Taeguk, das Zeichen des Verschmelzens der Gegensätze, besser bekannt als „Yin“ und „Yang“.
- Das Christentum ist mit 24,3 % relativ stark vertreten, aber noch neu.
- Vor all diesen Religionen gab es im antiken Korea bereits Vorformen des Schamanismus, der noch heute existiert. Obwohl dessen Ausübung per se nicht

geschlechtsspezifisch ist, wird er heute vorwiegend von Frauen ausgeübt. Interessant hierbei und auch von Relevanz für die Musiktherapie mit ihren Emotionen evozierenden Aspekten ist eine mögliche Erklärung, warum sich die hervorragende Rolle der Frau im Schamanismus herausgebildet hatte: „Die konfuzianische Hierarchie weist dem Mann die Rolle des strengen Familienvaters zu [...]. Schamanenrituale sind heftige, bewegende Ereignisse, begleitet vom Klang lauter Instrumente, Schamanen springen auf und ab, tanzen auf Messern, werfen mit Gegenständen. Wenn im Trancezustand Geister aus ihnen sprechen, zeigen sie starke Emotionen wie Wut, Gier und Trauer, völlig unadäquate Verhaltensformen für den vollendeten Konfuzianer.“ (Han 2004, 10) Bei aller ersehnten Zurückhaltung wird immer noch der Bereich der Emotionen den Frauen zugewiesen. Schamanenrituale werden heute in Korea wieder sehr häufig abgehalten. Diese Rituale haben etwas sehr Praktisches: sie werden problemorientiert angewendet, bei der Heilung gesundheitlicher Probleme herangezogen, ebenso bei der erwünschten Erzielung größerer wirtschaftlicher Erfolge, beim Wunsch nach Fruchtbarkeit und zum Lösen der Probleme, die die Ahnen hinterlassen haben, ein Aspekt, den der Konfuzianismus nicht abdecken kann, weil Ahnen offiziell „nicht dazugehören“. Somit wird hier ein Teil zur Gesunderhaltung der traditionellen Gesellschaft beigesteuert.

### Ein Exkurs: Schamanismus und Psychotherapie

Es ist nahe liegend, an dieser Stelle eine Parallele vom Schamanismus zur Psychotherapie zu ziehen. Bereits 1958 befasste sich Claude Lévi-Strauss in seinen Ausführungen über die „Wirksamkeit der Symbole“ (Lévi-Strauss 1967, 204ff.), indem er beide Behandlungsmöglichkeiten miteinander verglich. Er platzierte die schamanistischen Heilverfahren zwischen der organischen Medizin und der Psychoanalyse. In der Analyse sowie im Schamanismus bemühe man sich, Konflikte und Hemmungen ins Bewusstsein zu bringen, die sonst unbewusst blieben. Konflikte lösen sich (meist) nicht durch die Erkenntnis, die der Kranke über sich gewinnt, sondern

„[...] weil diese Erkenntnis eine spezifische Erfahrung ermöglicht, in deren Verlauf die Konflikte sich in einer Ordnung und auf einer Ebene realisieren, welche ihre freie Entwicklung ermöglicht und zu ihrer Lösung führt. Diese gelebte Erfahrung wird in der Psychoanalyse als *Abreagieren* bezeichnet. Bekanntlich ist die Voraussetzung dafür die Anwesenheit des Analytikers, der in den Konflikten des Kranken durch den doppelten Übertragungsmechanismus als Mensch aus Fleisch und Blut auftaucht und so dem letzteren ermöglicht, eine unformuliert gebliebene Ausgangssituation zu rekonstruieren und zu erklären. All diese Merkmale finden sich auch im schamanischen Heilverfahren. Auch hier handelt es sich darum, ein Erlebnis hervorzurufen, und in dem Maße, in dem dieses Erlebnis sich entwickelt, regeln sich die der Kontrolle des Subjekts entzogenen Mechanismen spontan und funktionieren schließlich geordnet. Der Schamane hat dieselbe Doppelrolle wie der Psy-

choanalytiker: in der ersten Rolle – der Psychoanalytiker als Zuhörer, der Schamane als Redner – wird eine unmittelbare Verbindung mit dem Bewußtsein (und eine mittelbare mit dem Unbewußten) des Kranken hergestellt.“ (Lévi-Strauss 1967, 218)

In der zweiten Rolle, die der Schamane als Beschwörer, als „Held des Gesangs“ einnimmt, um damit die Seele des Kranken zu befreien, wird er wie der Analytiker zum „Objekt der Übertragung“. Er wird zum tatsächlichen Protagonisten des Konflikts und stellt sich so auf die Schwelle zwischen organischer und psychischer Welt. „Der Neurotiker überwindet einen individuellen Mythos, indem er sich mit einem wirklich vorhandenen Psychoanalytiker konfrontiert; die gebärende Eingeborene überwindet eine organische Störung, indem sie sich mit einem zum Mythos gewordenen Schamanen identifiziert.“ (Lévi-Strauss 1967, 218)

Zurück zur heutigen koreanischen Gesellschaft. Ihre traditionelle Kultur wird auch als „gesichtswahrende“ Kultur bezeichnet, eine Tatsache, die ebenso für China und Japan gilt. Koreaner gebrauchen oft Ausdrücke wie „sein Gesicht retten“ oder „sein Gesicht wahren“. Diese „Gesichtswahrung“ kann als Maske verstanden werden, mit der das Individuum innerhalb des sozialen Kollektivs dem Anderen begegnet. Eine Verletzung von kollektiven Regeln, die alle aus dem Konfuzianismus kommen, führen zu großer Scham und damit zum Gesichtsverlust. Die fünf Tugenden, deren Verletzung zum beschämendsten Verhalten führen müssen, lauten:

1. Redlichkeit zwischen König und Staatsbürgern;
2. Liebe zwischen Eltern und Kindern;
3. Unterschied zwischen Ehemann und Ehefrau;
4. Vertrauen zwischen Freunden;
5. über die Altershierarchie geordnete Beziehung zwischen Älteren und Jüngeren.

Die Konsequenzen für das Individuum sind enorm. Die Gesellschaft erhält eine moralisierende Kraft, die ständig auf das individuelle Gewissen einwirkt. Bei Übertretungen wird sofort mit der Bildung von Scham reagiert, hier ist also die Scham nicht das Ergebnis des individuellen Gewissens, sondern der gesellschaftlichen Macht, die sie daraus bezieht, moralische Instanz zu sein. Kaum vorstellbar für uns, was passiert, wenn Menschen dieser Kulturen bei uns mit einer aufdeckenden Therapie konfrontiert werden, die sich noch dazu häufig im Gruppensetting abspielt. Die Auseinandersetzung mit der bei uns geltenden Intention therapeutischen Handelns, das gerade darin besteht, Zwänge wegen gesellschaftlicher Anpassung oder verkrustete elterliche Introjekte aufzuspüren, um sie dann zu hinterfragen und auch ablegen zu können, muss die asiatischen Studenten während unserer Ausbildung in eine schwere Identitätskrise stürzen. Oder sie wahren auch bei uns das Gesicht, aber dann bekommen sie von uns zu hören, dass sie sich nicht genügend einlassen.

Ein weiterer kultureller Unterschied besteht in den Merkmalen der Musik. Während die europäische Musik aus der koreanischen Wahrnehmung heraus

als eine „Herzschlagmusik“ gesehen wird, ist die eigene Musik eine „Musik der Atmung“. Das Tempo der Musik wird bestimmt durch die Ein- und Ausatmung, der Ausdruck ist ruhig, gesetzt und kontemplativ. Hier gibt es keine Dissonanzen, Metall wird nicht verarbeitet. Wenn bei uns die Saiten aus Metall sind, so sind sie in Korea aus Seide. Das gesamte Klangspektrum ist weicher und harmonischer, und im Falle religiöser Musik können die Spieler, die sich grundsätzlich als sehr emotional beteiligt sehen, auch in Trance geraten. Das Verhältnis zur europäischen Klassik war schon immer ein sehr gutes, im Gegensatz zu China und Japan. Dies bedeutet für unsere Ausbildungen, dass die koreanischen ebenso wie andere asiatischen Studenten im Unterschied zu uns über eine Art Bilingualität verfügen. Ihnen sind beide Sprachen der Musik vertraut, während wir von ihrer Musik wenig Ahnung haben, noch dazu sich die Musik jedem verschließt, der die zu Grunde liegende Philosophie der fünf Elemente nicht kennt.

### **Das koreanische Gesundheitssystem**

Das koreanische Gesundheitssystem unterlag in den 70er-Jahren im Zuge der Förderung der Industrialisierung einem starken Wandel. 1977 unterstützte die Regierung auch die Errichtung von Privatkliniken und seit 1989 gibt es ein Zuweisungssystem, welches den Patienten erst zum Arzt gehen lässt, um dann eventuell in eine Klinik überwiesen zu werden. Das Gesundheitssystem wird ständig weiter ausgebaut, trotzdem herrscht noch immer ein starkes Stadt-Land-Gefälle vor. Finanziell schwächere Bevölkerungsgruppen haben es schwerer: die Versicherungen bezahlen nur 20 % vom Krankenhausaufenthalt und 30–50 % von der medizinischen Behandlung, Radiographien sind da aber z.B. ausgenommen (Han 2004, 53). Die meisten Patienten mit geistigen Erkrankungen können für ihre Behandlung nicht aufkommen, da sie von der sozialen Krankenversicherung nicht abgedeckt wird. Die Zahlen für die Häufigkeit von psychiatrischen Erkrankungen sehen folgendermaßen aus: 2,16 % der 28 360 000 Sozialversicherten sind davon betroffen, und bei Frauen liegt die Häufigkeit fast doppelt so hoch wie bei Männern. „[...] 65,3 % litten unter neurotischen Erkrankungen, 11,0 % an körperlich begründbaren Psychosen, 8,5 % an endogenen Psychosen, 3,6 % unter schizophrenen Psychosen und 2,4 % unter Persönlichkeitsstörungen. Die Daten dieser Untersuchung beruhen auf der Annahme, dass alle betroffenen Erkrankten schon einmal in klinischer Behandlung waren; nicht berücksichtigt wurden jene, die aus finanziellen Gründen keine Behandlung in Anspruch nehmen können.“ (Choi 2003, zit. nach Han 2004, 54). Die psychiatrische Betreuung in Korea gilt als die kostenintensivste. Angehörige müssen mit starken finanziellen Opfern rechnen, was zur Folge hat, dass im Regelfall der Kranke nur im Akutfall in die Klinik kommt, Medikamente erhält und dann wieder entlassen werden muss. Außerdem stellen seelische Störungen ein Tabuthema dar und alle Angehörigen versuchen, diesen Umstand in der Gesellschaft zu verheimlichen. Historisch betrachtet, ist die seelische Erkrankung eine

„Familiensham“, denn die Verstorbenen haben offensichtlich wegen ihrer Unzufriedenheit nicht ins Jenseits gehen können und geben nun diese an die Lebenden weiter. Ein typischer Fall also, der ins Aufgabengebiet des Schamanen gehört.

### Unterschiedliche Wertkategorien West-Ost

Ungeachtet aller organisatorischen Schwierigkeiten ergeben sich die größten Probleme aus der Tatsache, dass der musiktherapeutische Transfer in reale Verhaltensweisen erfolgt, die entsprechend der jeweiligen Kulturstandards vollkommen gegensätzlich sind. Diese Unterschiede erklären gesellschaftliche und psychologische Barrieren, die wir als Nicht-Asiaten zunächst nicht überwinden können. Umgekehrt lassen die unterschiedlichen Wertkategorien, die hinter dem Verhalten unserer Studenten stehen, ein wenig erahnen, mit welcher Befremdung asiatische Kollegen ihre ersten Studienmonate bei uns absolvieren. Han hat in ihrer Arbeit eine Tabelle der Wissenschaftlerin Jong Shub Park übersetzt, die einen Teil aus ihrer Studie „Vergleich von koreanischem und amerikanischem Wertesystem“ beinhaltet (Han 2004, 73ff.):

(Tabelle 10–2; Park, www.mantoman.co.kr, 01.09.2003. Handong Univ. 2003)

Amerikaner	Koreaner	Wirkende Wertkategorien
geben viel Feedback in der Kommunikation	geben fast kein Feedback in der Kommunikation	Egalität/Hierarchie Informalität/Formalität Direktheit/Indirektheit
können gezielte Zwischenfragen stellen	nehmen es als Sitte an, dass keine Zwischenfragen gestellt werden	Egalität/Hierarchie Informalität/Formalität Direktheit/Indirektheit
versuchen durch Kommunikation wichtige Informationen zu gewinnen	versuchen durch eigene Erfahrung wichtige Informationen zu gewinnen	Selbstvertrauen/ wechselseitige Abhängigkeit Forscherdrang/ Schicksalsergebenheit
geben viele Komplimente in der Kommunikation	nehmen viele Komplimente als Schmeichelei an	Protestantismus/ Konfuzianismus Direktheit/Indirektheit
drücken ihre Meinung deutlich aus	hören erst die Meinung des Partners und überlassen dann die Entscheidung dem Partner	Direktheit/Indirektheit Egalität/Hierarchie Individuelle Freiheit/Kollektiv Selbstvertrauen/ Wechselseitige Abhängigkeit
verwenden viele Empfindungsworte	verwenden wenig oder fast keine Empfindungsworte	Direktheit/Indirektheit Informalität/Formalität

Amerikaner	Koreaner	Wirkende Wertkategorien
grüßen sich mehrmals am Tag	grüßen sich einmal am Tag	Informalität/Formalität
nützen Körperhaltung beim Sprechen	haben starre Haltung beim Sprechen	Informalität/Formalität Direktheit/Indirektheit
sagen öfters „Danke“	bedanken sich nicht oft	Direktheit/Indirektheit
fragen sofort, wenn sie nicht verstehen	überlegen still, viele Fragen gelten als Unhöflichkeit	Direktheit/Indirektheit Forscherdrang/ Schicksalsergebenheit
stellen die nichtbeteiligte, dritte Person auch vor	stellen die nichtbeteiligte, dritte Person nicht vor	Direktheit/Indirektheit Individuelle Freiheit/Kollektiv Egalität/Hierarchie
äußern deutlich „Ja“ oder „Nein“	äußern nicht deutlich „Ja“ oder „Nein“	Direktheit/Indirektheit
sprechen direkt über bestimmte Angelegenheit	kommen erst zum Schluss zum Hauptthema	Direktheit/Indirektheit Informalität/Formalität
nennen den Namen	nennen den Titel	Informalität/Formalität Egalität/Hierarchie Individuelle Freiheit/Kollektiv
können ihre eigenen Empfindungen auch in der Kommunikation ausdrücken	unterdrücken ihre eigenen Empfindungen und äußern diese nicht	Direktheit/Indirektheit Informalität/Formalität
können sich gut an einer Diskussion beteiligen	beteiligen sich nicht gerne an Diskussionen und äußern ihre Meinung vorsichtig mit Höflichkeit	Egalität/Hierarchie Individuelle Freiheit/Kollektiv Direktheit/Indirektheit Informalität/Formalität
stellen private Fragen nicht sofort	stellen direkt private Fragen, wenn sie bekannt gemacht werden	Individuelle Freiheit/Kollektiv Selbstvertrauen/Wechselseitige Abhängigkeit
haben viel Augenkontakt	nehmen es als Unverschämtheit, wenn man einander beim Sprechen in die Augen sieht	Egalität/Hierarchie Direktheit/Indirektheit

Mit Kenntnisnahme und unter Berücksichtigung dieser Fakten musste die Koreanerin Han als Kennerin beider Kulturkreise zwangsläufig zu folgender Erkenntnis kommen:

„In der Therapie, wo versucht wird, das menschliche Verhalten zu verstehen, muss möglicherweise die Interpretation, was mit dem Verhalten unmittelbar verknüpft sein kann, auf kulturelle Gegebenheiten Rücksicht nehmen. Sonst können Missverständnisse [...] immer

wieder vorkommen, weil die unmittelbare Reaktion in interkulturellen Situationen von einer bevorzugten persönlichen Interpretation bzw. kulturellen Schemata dominiert wird.“ (Han 2004, 76)

## **Musiktherapie in Korea**

Seit 1910 wird nachweislich in Korea gleichsam musiktherapeutisch gearbeitet, und zwar in Form von Entspannungsübungen zur Musik, jedoch nicht im heutigen therapeutischen Verständnis. In den frühen 60er-Jahren führten der Neuropsychiater Yu Suk-Jin im „Petrus“-Spital (Bethro-Spital), Jin Sung-Gi am nationalen Psychiatrischen Krankenhaus und Kim Jong-Eung im Spital „Heilige Mutter-Kind“ die Nutzbarmachung von Musik ein, „to stabilize the mental states of the patients“ (Ihm 1993, 356). 1986 eröffnete die in den USA ausgebildete Musiktherapeutin Eun-Heui Ihm in Seoul ein Musiktherapiezentrum. Sie stellte ihre Arbeit 1988 anlässlich der Jahreskonferenz der NAMT in Atlanta/USA vor und veröffentlichte 1992 das erste in koreanischer Sprache geschriebene Buch „The Hidden Medicine in Music.“ Heute gibt es drei Berufsverbände; einer wird von kunsttherapeutisch tätigen Mediziner\*innen geführt, die beiden anderen von den ausbildenden Universitäten Sookmyung und Ewha. Ihm beschreibt in ihrem Buch drei Möglichkeiten der Anwendung von Musiktherapie, die stark an die amerikanische Tradition angelehnt sind: die progressive Entspannung mit Musik, das Musikhören und das GIM (Guided Imagery and Music). Also drei Ansätze, die sich schwer mit einer konfliktzentrierten und aufdeckenden Musiktherapie der Wiener Schule (Fitzthum 2007) vereinbaren lassen, die noch dazu den Dialog im Zentrum der Arbeit stehen hat.

## **Ergebnisse der Implementierung der Wiener Schule der Musiktherapie in Korea**

Die Musiktherapeutin Han leitete ab März 2000 eine zweijährige Gruppenmusiktherapie im Nationalkrankenhaus Naju. Diese wurde einmal wöchentlich abgehalten, dauerte 1½ Stunden und war im psychiatrischen Langzeitbereich angesiedelt. Im Schnitt hatten 10 bis 13 Patienten teilgenommen, gemischt geschlechtlich. Han verwendete zunächst das Orffsche Instrumentarium, welches sie später mit einheimischen Instrumenten erweitern musste. Sie war in das Team der Station eingebunden und in ständiger Korrespondenz mit Kollegen.

Der gut gemeinte Anfang musste zunächst scheitern; er wurde von Han als „Anfangsblockade“ beschrieben (Han 2004, 94f.). Die Patienten, sei es, dass sie freiwillig oder aus Gehorsam dem Klinikpersonal gegenüber gekommen waren, waren zunächst enttäuscht. Sie hatten zwar alle eine klinische Erfahrung mit Musik, nur bestand diese im Zuhören, ein sich Ausdrücken auf unbekanntem Instrumenten entsprach nicht ihren Erwartungen. Nach langen Minuten des Schweigens

erzählten sie, dass sie leider nie ein Instrument erlernt hätten. Das Instrumentarium als leicht bespielbar vorzustellen, entpuppte sich als Fehler. Dies implizierte, dass man es ja können müsse, und so war die Angst vor Fehlern noch größer. Die Angst vor dem Falschmachen war größer als die Motivation, etwas Neues zu probieren. Die Männer schämten sich, was für sie sehr bedrohlich werden konnte und zu einem Gesichtsverlust führen musste, und das ausländische Instrumentarium störte die „Welt der Harmonie“.

In einer zweiten Phase, die die Autorin als „Phase der veränderten Instrumentierung“ beschreibt, konnte die Anfangsblockade ein wenig aufgehoben werden. Das Instrumentarium wurde um traditionelle koreanische Instrumente erweitert, eine Brücke zu der Musik der Dorffeste aus der Kindheitsperiode war geschlagen und ermöglichte einen besseren Einstieg in den musiktherapeutischen Prozess. Wichtig war hier, dass damit das Vertrauen in die Musiktherapeutin wuchs, aber ein freies Experimentieren und ein Ausdrücken der Befindlichkeit innerhalb einer Improvisation war immer noch nicht möglich. Man erwartete eher, dass die Musiktherapeutin endlich ein schönes Stück spielen möge. Der erwünschte, unmittelbare Zugang zum Unbewussten blieb aus, trotzdem aber waren die vertrauten Instrumente wichtig und vertrauensbildend.

In der Phase „Verarbeiten und Strukturieren“ nahm das Vertrauen allmählich zu, gleichfalls jedoch auch die Ablehnung, die jetzt so offen war, dass sie thematisiert werden konnte. Der freie Ausdruck wurde größer, Assoziationsbildungen zu Musik fanden statt, und ein Hauch von Kreativität entstand. Immer, wenn ein Mitglied ausscheiden musste, wurde ihm Raum für den Abschied gegeben, wobei sich dieser Vorgang als Ritual etablierte. In dieser Phase beschreibt Han eine Situation, die ich hier mit meinen Worten wiedergeben werde, da sie diese in tabellarischer Form darstellte. Die wörtlichen Zitate wurden von mir übernommen:

„Zu Beginn entsteht nach der Aufforderung der Therapeutin eine fünfminütige Improvisation, sehr ruhig und vorsichtig und dominiert von tieftönigen Klängen. Gleich nach der Improvisation sagt Herr K. fast zitternd, dass es für ihn schwer war, dies auszuhalten, weil es Erinnerungen an seine Familie geweckt habe. Er will diese aber nicht erzählen und antwortet nur mit einem ‚Nein‘. Er ist aber bereit, die Konflikte der Familie innerhalb eines musikalischen Rollenspiels darzustellen. Er verteilt Instrumente an die Gruppenmitglieder. Nach der Darstellung sagt er: ‚Ach, es ist genau wie in meiner Familie! Die Pauke – die mächtige, beherrschende – die ist mein Vater, und die Ziehharmonika, die ist meine stumme Mutter [...], und das Glockenspiel, das herumflattert, ist mein Bruder! Nun, ich, diese Handtrommel [...] zu klein und kann nicht laut werden.‘ Dann schildert er weiter: ‚Mein Vater ist ein gewaltiger Diktator, der mit seiner Macht die anderen Menschen verletzt und vernichtet, vor allem meine Mutter. Meine armselige Mutter hat in ihrem Leben nie ein Wort sagen dürfen. Sie ist nur stumm. Aber mein Bruder, der schlaue, der ist das Allerletzte überhaupt. Er weiß ganz genau, wie er meinem Vater gefallen kann und tut nur so etwas.‘ Darauf sagt die Mitspielerin Frau K., die auf der Ziehharmonika gespielt hat: ‚Ich war etwas verwirrt, hatte keine Ahnung, wie man dieses Instrument spielt, versucht habe ich wenigstens, einen Ton herauszubringen, doch als dies nicht ging, hörte ich auf weiterzuspielen. Es war traurig!‘ Herr K. mit der Pauke sagte: ‚Es war schön, auf der Pauke zu spielen. Ich hab‘

den Rhythmus vom Glockenspiel gehalten und das war lustig.‘ Der Glockenspieler lehnte jeden Kommentar ab. Die Zuhörer reflektieren wie folgt. Zunächst sagt Frau G.: ‚Ich habe es sehr schön empfunden. Aber als Männerclubmusik, weil Frau K. doch nicht mitgespielt hat.‘ Daraufhin Frau K.: ‚Ich dachte, die Männer verstehen sich sowieso gut miteinander.‘ Ein anderer Patient: ‚Genau, Männerclub! Ich finde aber, die Handtrommel passt besser zur Pauke als das Glockenspiel.‘ Andere unterstützen dies. Herr K. daraufhin: ‚Ja, ich sehe meinem Vater ähnlich.‘ Schließlich äußert er seine Wünsche, die er schon seit seiner Kindheit in sich trägt, wie er sich gerne mit seinem Vater verstanden hätte und gute Wünsche für seine Mutter, die in seiner Familie immer im Stich gelassen wurde, und dass er selbst ein braver, stolzer Sohn – so wie sein kleiner Bruder – hätte sein wollen. Er wollte immer nur gut für die Familie sein. Die Musiktherapeutin schlägt ein Solospiel des Herrn K. vor. Thema ist ‚Ich bin gut‘. Herr K. nimmt die Pauke und schlägt kräftig unter lautem Schreien drauf: ‚Ich bin gut, ich bin gut ...‘. Danach kommt stürmischer Beifall von der Gruppe.“ (Han 2004, 108ff.)

Dieses Protokoll einer Gruppen-Musiktherapie-Sitzung mit koreanischen psychiatrischen Patienten gibt einen tiefen Einblick in die Möglichkeiten eines musiktherapeutischen Transfers. Es beweist eindrücklich, dass eine aufdeckende musiktherapeutische Arbeit im koreanischen Kulturkreis möglich ist, so, wie eine Musiktherapie in Wien bzw. in Europa gehandhabt wird. Die Gruppenmitglieder sind trotz aller kulturellen und individuellen Unterschiede in der Lage, sowohl auf der intrapsychischen wie auch auf der interpersonalen Ebene zu reflektieren. Han macht aber in ihrer Studie auch deutlich, dass eine solche Passage erst nach vielen Wochen der Therapie möglich war, da eine Selbstoffenbarung, wie wir es gewohnt sind, der Tradition des Ch’emyon („gesichtswahrende Kultur“) entgegenwirkt. Erst nach einer längeren Phase der Harmonisierung, in der jeder Einzelne seine Bedürfnisse in der Gruppe verwirklichen lernte, sah sich die Gruppe auch nicht mehr durch den Einzelnen gefährdet – und umgekehrt. Han warnt vor allzu großem Optimismus bei dem Gedanken, man könne alles unverändert nach Korea exportieren. Auf Grund der kulturell bedingten Gehorsamkeit und des Pflichtbewusstseins stürzen sich Patienten in eine Übung, ohne diese zu hinterfragen und die Risiken für sich selbst abzuschätzen. Sie achten nicht darauf, wie es ihnen persönlich dabei geht. Sie benötigen genaueste Angaben und für sie vertraute Werkzeuge, sodass es nicht ihrerseits zu einem falschen Verhalten kommt, für das sie sich schämen müssten. Der Schutz liegt hier in den Händen der Therapeutin. Das Aufarbeiten der individuellen Lebensgeschichte versus Wahren des Gesichts – hierin liegt die Spannung beim Kulturtransfer.

## Schlussbetrachtung

Eine Frage, die sich aus dem Vorangestellten zwangsläufig ergibt, kann nur wie folgt lauten: Kann man „unsere“ Musiktherapie – hier am Beispiel der Wiener Schule – exportieren und unmodifiziert anwenden, oder müssen bzw. werden die

Länder, die in einem großen kulturellen Gegensatz zu uns stehen, ihre eigene Art der Musiktherapie entwickeln? Der musiktherapeutische Kulturtransfer hat längst begonnen, er fängt in dem Zeitpunkt an, an dem wir ausländische Studenten aufnehmen, diese das Studium absolvieren und wieder in ihre Heimat zurückkehren. Diese Studenten müssen in eine doppelte Übersetzerrolle schlüpfen. Zuerst müssen sie das bei uns Gelernte verstehen lernen und es so aufnehmen, dass sie ihr eigenes identitätsbewahrendes Wertsystem nicht verletzen. Wenn sie zurückkehren, müssen sie das Gelernte modifiziert anwenden, weil sie aus eigener Erfahrung wissen, dass der Patient sonst überfordert ist. Besonders unsere asiatischen Studenten übernehmen eine große Verantwortung für die Patienten in ihrer Kultur, weil sie sich verpflichtet fühlen, diese nicht durch ihren Gehorsam in Situationen geraten zu lassen, in denen sie ihr Gesicht verlieren, ein Zustand der größten Scham. Diese enorme Übersetzungsarbeit entgeht unserer Aufmerksamkeit und in schwierigen Situationen reden wir gerne vom mangelnden Sprachverständnis.

Da selten zwei Studenten aus dem gleichen Land zu uns kommen, fehlt ihnen auch jede Form der Solidarisierung. Solidarisierungsprozesse würden eine Möglichkeit schaffen, mit der eigenen Fremdheit besser umgehen zu können. Die Lehr-Musiktherapie ist oft der einzige Ort für fremdländische Kollegen, an dem es möglich wird, Vertrauen aufzubauen und sich behutsam auf musiktherapeutische Situationen einzulassen, die für sie Neuland darstellen und das Risiko in sich bergen, in eine Lage geraten zu können, die sie nicht beherrschen. Haben sie alle Anfangsschwierigkeiten überwunden, gehen sie ein neues Wagnis ein: Sie laufen Gefahr, sich in unserer Kultur zu beheimaten und möglicherweise das Verlangen zu spüren hier zu bleiben, was ihnen Schuldgefühle den Eltern und der Verwandtschaft gegenüber einbringen würde. Im schlimmsten Falle sind sie dann in der Fremde zu Hause und zu Hause fremd.

Auf der anderen Seite haben wir es in der Ausbildung mit sehr vielen (einheimischen und) zukünftigen Musiktherapeuten zu tun, die auf die Realität der Klienten, die einen Migrationshintergrund haben, vorbereitet werden müssen. Wenn wir das Klischee von der türkischen, Kopftuch tragenden Migrantin verlassen, betrifft der Aspekt der Migration fast jeden Klienten, wissend, dass es neben der internationalen Migration auch eine nationale Migration gibt. Hier taucht die Frage auf, wie und wodurch erwerben die Studenten interkulturelle Kompetenzen und wo erwerben sie ein Verständnis für offene und versteckte Brüche in der Biographie der zu Behandelnden. Auch hier stellt die Lehr-Musiktherapie ein Missing Link dar. In der Rekonstruktion der eigenen Geschichte und der Familiengeschichte liegen Kontinuitäten und Diskontinuitäten verborgen, die oft durch das Unbewusste von Generation zu Generation „geschleppt“ werden.

Die Lehr-Musiktherapie muss in letzter Konsequenz professionalisiert werden. Entgegen dem Gedanken, alles komme schon zu seiner Zeit, muss angesichts der Begrenztheit der Lehr-Musiktherapie von Seiten der Therapeuten dafür Sorge getragen werden, dass die Erarbeitung der jeweiligen Biographie auch tatsächlich stattfindet. Ich bin nicht der Meinung, dass das Klientel mit Migrations-

hintergrund größer geworden ist. Es hat sich jedoch das Wissen um die traumatisierenden Erfahrungen von Diskontinuitäten vergrößert. Es mag sein, dass Musik Brücken bauen kann. Ohne die wertschätzende Hilfe des Therapeuten würden diese Brücken aber sicherlich nicht von Dauer sein.

### Literatur:

- Fitzthum, E. (1997): Einzel-Lehrmusiktherapie im institutionellen Rahmen. In: Fitzthum, E.; Oberegelsbacher, D.; Storz, D. (Hrsg.): Wiener Beiträge zur Musiktherapie, Bd. 1, Wien
- Fitzthum 2003a: Fitzthum, E. (2003): Von den Reformbewegungen zur Musiktherapie. Die Brückenfunktion der Vally Weigl. Wiener Beiträge zur Musiktherapie, Bd. 5, Wien
- Fitzthum 2003b: Fitzthum, E. (2003): Die Musiktherapeutin Vally Weigl. In: Fitzthum, E.; Gruber, P. (Hrsg.): Give Them Music. Musiktherapie im Exil am Beispiel von Vally Weigl. Wiener Beiträge zur Musiktherapie, Bd. 6, Wien
- Fitzthum, E. (2007): Wiener Schule der Musiktherapie. In: Decker-Voigt, H.-H. (Hrsg.): Lexikon der Musiktherapie, 2. erw. Aufl. Göttingen (in Vorbereitung)
- Frohne-Hagemann, I. (1990): Integrative Musiktherapie als psychotherapeutische, klinische und persönlichkeitsbildende Methode. In: Frohne-Hagemann, I. (Hrsg.): Musik und Gestalt. Paderborn
- Gruber, P. (2003): Was geht uns das an? In: Fitzthum, E.; Gruber, E. (Hrsg.): Give them Music. Musiktherapie im Exil. Musiktherapie im Exil am Beispiel von Vally Weigl. Wiener Beiträge zur Musiktherapie, Bd. 6, Wien
- Gürses; H.; Kogoj, C.; Matzl, S. (2004): Gastarbeiteri. Wien
- Han, S. A. (2004): Nur nicht das Gesicht verlieren ... Dipl.-Arb. d. Univ. f. Musik u. darstellende Kunst Wien. Inst. f. Musik- u. Bewegungserziehung sowie Musiktherapie
- Ihm, E. H. (1993): Music Therapy in Korea. In: Maranto, Ch. D. (Hrsg.): Music Therapy. International Perspectives. Pipersville
- Kronsteiner, R. (2003): Kultur und Migration in der Psychotherapie. Frankfurt a. M.
- Lass, E. (2001): Wege zu einer interkulturellen Musiktherapie am Beispiel des elektiven Mutismus bei türkischen Migrantenkindern. Dipl.-Arb. d. Univ. f. Musik und darstellende Kunst Wien. Inst. f. Musik- u. Bewegungserziehung sowie Musiktherapie
- Leitzinger-Mechtler, C. (1997): Problemstellungen bei Einzel-Lehrmusiktherapie in einer grundständigen staatlichen Ausbildung. In: Fitzthum, E.; Oberegelsbacher, D.; Storz, D. (Hrsg.): Wiener Beiträge zur Musiktherapie, Bd. 1, Wien
- Lévi-Strauss, C. (1967): Strukturelle Anthropologie. Frankfurt a. M.
- Lévi-Strauss, C. (1996): Mythos und Bedeutung. Frankfurt a. M.
- Perching, B. (2006): Diskriminierung von Geburt an. Kommentar im „Standard“ vom 01.12.2006, 31
- Schmölz, A. (1983): Einzelmusiktherapie; Das instrumentale Partnerspiel; Zum Begriff der Einstimmung. In: Decker-Voigt, H.-H. (Hrsg.): Handbuch Musiktherapie. Bremen

- Schmölz, A. (1988): Entfremdung-Auseinandersetzung-Dialog. Zur Komplexität des musiktherapeutischen Beziehungsgeschehen. In: Decker-Voigt, H.-H. (Hrsg.): Musik und Kommunikation, Bd. 2, Lilienthal/Bremen
- Storz, D.; Oberegelsbacher, D.; Fitzthum, E. (1999): „Wiener Melange“ Basic Music Therapeutical Understanding with Various Psychotherapeutical Backgrounds in Practice and in Teaching. In: Aldridge, D.; Fachner, J. (Eds.): Info CD Rom II, E-Books of Articles, 4th European Music Therapy Congress 1998. Institute for Music Therapy of University Witten-Herdecke (Originalversion in Englisch)
- Weber-Guskar, J. (2004): Musiktherapeutische Identität – Merkmale und Entwicklung der Identität des Therapeuten und der Berufsgruppe. Dipl.-Arb. d. Univ. f. Musik u. darstellende Kunst Wien. Inst. f. Musik- u. Bewegungserziehung sowie Musiktherapie

Dr. Elena Fitzthum, A-1010 Wien, Grünangergasse 12/21;  
E-mail: fitzthum@aon.at

# Wege zur interkulturellen Öffnung in der Musiktherapie in Deutschland – Musiktherapie bei Menschen mit Migrationshintergrund

## Ways to Intercultural Openness in Music Therapy in Germany Music Therapy for Individuals with a History of Migration

Keiko Matsui, Osaka, Berlin

*Einwanderungsspitzenland in Europa und multikulturelle Gesellschaft zu sein sind charakteristische Züge des heutigen Deutschland. Die innewohnende Problematik ist nicht mehr zu ignorieren. In der Therapie von Ausländern/Menschen mit Migrationshintergrund ist das Beachten des soziokulturellen Kontexts sowie eine kultursensible Vorgehensweise unabdingbar. Kontextualität in der Musiktherapie verlangt ein Berücksichtigen der jeweiligen Musikerfahrungen, des kulturell geprägten Umgangs mit Gefühlen sowie der Muttersprache der Ausländer/Migranten. Die Musiktherapie in Deutschland hat zwar bis vor kurzem noch wenig Interesse an diesem Feld gezeigt. Dennoch ist Kultursensibilität in der Musiktherapie bereits erkennbar. Auch die Musiktherapie in Deutschland bewegt sich in Richtung „Interkulturelle Öffnung“ mit transkulturellen Perspektiven.*

*Present-day Germany claims to have more immigrants than any other European country and is seen as a multicultural society. The inherent problems can no longer be ignored. Consideration of the sociocultural context as well as a culture sensitive approach are essential in therapy with foreigners / individuals with a history of migration. Contexture in music therapy requires consideration of an individual's experience with music, the customary manner in which a culture approaches the subject of emotions, as well as the native language of the foreigner / migrant. Until recently, music therapy in Germany showed little interest in this subject. Cultural sensitivity, however, is already apparent in the field of music therapy. With its transcultural perspectives, the field of music therapy in Germany is also moving towards „intercultural openness“*

Meine erste Heimat ist Japan. Ich lebe seit 1994 in Berlin und studierte Musiktherapie an der Universität der Künste. Inzwischen ist Deutschland meine zweite Heimat geworden. Meine eigenen Erfahrungen bezüglich mangelnder Kultursensibilität in der klinischen Arbeit, in Lehrinhalten und – in der Literatur – in den musiktherapeutischen Falldarstellungen veranlassten mich, meine Diplomarbeit diesem Thema zu widmen. Im folgenden Beitrag möchte ich einige Aspekte hervorheben, die für Musiktherapeuten von besonderer Relevanz sein sollten.

## Deutschland ist ein Einwanderungsland.

Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge veröffentlichte statistische Daten über Migration mit einer differenzierten Darstellung der Zahl der Zu- und Fortzüge (2005). Diese Daten besagen, dass im Jahre 2003 Deutschland mit der Zuwanderungszahl von 759 967 – ohne Staatenlose – eine Spitzenposition unter allen europäischen Ländern einnahm. Im Jahr 2005 lebten laut Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 6 755 811 Ausländer in Deutschland. Diese Zahl entsprach 8,2 Prozent der Gesamtbevölkerung. Am Ende des Jahres 2005 lebte ein Drittel (33,9 %; knapp 2,3 Millionen) aller Ausländer schon zwanzig Jahre oder länger in Deutschland. 45 % von ihnen (3,0 Millionen) lebten mehr als fünfzehn Jahre in Deutschland. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer aller in Deutschland lebenden Ausländer betrug 16,8 Jahre. Die Tatsache, dass Deutschland hinsichtlich der Einwanderungszahlen als Spitzenland in Europa betrachtet wird und dass diese Ausländer in Deutschland nicht nur vorübergehend, sondern hier fest ansässig sind, wird in der Gesellschaft seit vielen Jahre nicht genügend wahrgenommen.

Die Akzeptanz fremder Kulturen durch die Einheimischen ist selektiv. So werden zwar kulturelle Produkte wie zum Beispiel italienische Pizza, türkischer Döner, chinesische Nudelpfanne oder japanisches Sushi in Deutschland gerne konsumiert, Kontakte mit fremden Menschen finden jedoch eher während einer Auslandsreise statt (Koptelzewa 2004). Die Fremdheit wird so lange als interessant angenommen, wie die Einheimischen die Fremdheit der Anderen nicht als Bedrohung empfinden.

Diese Blindheit gegenüber der kulturellen Realität übertrug sich auf die Politik, sodass die vielen Probleme, die Ausländer und Menschen mit Migrationshintergrund hier haben, so lange nicht ernst genommen wurden, bis diese Problematik zu ernsthaften gesellschaftlichen Problemen führte. Die Ignoranz gegenüber anderen Kulturen führte sogar dazu, dass diese Menschen für die steigende Arbeitslosigkeit verantwortlich gemacht wurden und man ihnen die Rolle des Sündenbocks zuwies. Die wachsende Multikulturalität und die dadurch entstandenen Kommunikationsprobleme zwischen Einheimischen und Ausländern/Migranten waren jedoch nicht mehr zu ignorieren.

Laut Mohammadzadeh (2004) erstreckte sich die Ignoranz gegenüber der Tatsache der Migration und den sich daraus ergebenden Problemen für lange Zeit nicht nur auf den Bereich der Politik, sondern auch auf die Bereiche der Wissenschaft und des Sozialwesens. Dies lässt sich am Beispiel der statistischen Erhebungen in Deutschland erkennen. Die Ausländerstatistik erfasst die Menschen, die nicht die deutsche Staatsangehörigkeit haben, als Ausländer. Die Menschen, die die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, jedoch Migrationshintergrund aufweisen, werden dagegen in den Statistiken nicht erfasst. Die Anzahl von Menschen mit Migrationshintergrund wächst Jahr um Jahr. Menschen, die aus anderen Kulturen stammen, nehmen einen immer größer werdenden Anteil an der Gesamt-

bevölkerung ein. Somit ist die reale Zahl von Menschen, die anderen Kulturen entstammen, erheblich höher als die Statistikdaten von Ausländerzahlen es ausweisen.

Menschen, die aus anderen Kulturen stammen und einen deutschen Pass besitzen, werden einerseits in Sinne der Statistik zwar als Deutsche betrachtet. Auf der anderen Seite werden sie in der Realität der Gesellschaft jedoch oft als Ausländer, d. h. als Störfaktor, betrachtet und behandelt, da sie genau so wie die anderen „Ausländer“ aussehen und von den Einheimischen nicht als Deutsche wahrgenommen werden. Sie müssen ständig darum kämpfen, dass sie die gleichen Rechte wie die „Deutschen“ haben. Oft führt dieser Kampf zu Kränkungen.

Man darf indes nicht vergessen, dass diese Menschen ähnliche Probleme wie Ausländer haben. Sie haben selbst den Migrationsprozess durchgemacht oder als Familienangehörige miterlebt. In Familie und Außenwelt existieren zum Teil derart unterschiedliche sozio-kulturelle Werte, dass ständig ein gesellschaftlicher Kampf geführt wird. Mit dieser Situation müssen sie sich zurechtfinden und sich mit ihr auseinandersetzen. Der Prozess, in dem sie sich während der Migration befinden, ist ein seelisch oft belastender und führt gelegentlich auch zu psychosomatischen Leiden.

## **Migration und Krankheit**

Forschung über Migration und Krankheit gibt es schon lange. Die Erklärungen von Wissenschaftlern hinsichtlich der Erkrankungen von Ausländern und Menschen mit Migrationshintergrund im Aufnahmeland nützten den Betroffenen bis dato jedoch nicht viel. Weshalb „Migration und Krankheit“ sich zu einem zunehmend ernstesten Thema entwickelt haben, liegt im Umstand begründet, dass Sozialarbeiter, Pfleger oder Ärzte in ihren sozialen und medizinischen Arbeitsfeldern hinsichtlich der Menschen mit Migrationshintergrund mit wachsenden Problemen konfrontiert werden. Insbesondere trifft diese Situation auf Großstädte in Westdeutschland zu. Hill und Röhl (2002) beschreiben den Ernst der Lage in Hamburg.

Mitarbeiter im medizinischen und sozialen Bereich haben immer häufiger mit Menschen zu tun, die unterschiedlichen Kulturen entstammen. Sie stellen dabei fest, dass sie sich gegenseitig nicht verstehen. Das oft unverständliche Verhalten der Fremden sowie Kommunikationsschwierigkeiten mit ihnen (wegen des Fehlens einer gemeinsamen Sprache) bringt das Personal im sozialen und medizinischen Bereich auf der einen Seite in eine mehr und mehr hilflose Position. Auf der anderen Seite fühlen sich Menschen aus fremden Kulturen zu oft nicht verstanden (Schulze 2006).

Ärzte werden erstmals mit dem für sie nicht einzuordnenden Erklärungsverhalten von Ausländern und Deutschen mit Migrationshintergrund konfrontiert, wenn diese zum Beispiel mit körperbetonten Erklärungen über Schmerzen im ganzen Körper und über ihre seelischen Nöte berichten. Pfeiffer stellt dieses

Phänomen am Beispiel türkischer Migranten dar (Schulze 2006). Insbesondere die medizinische Wissenschaft müht sich um die Erklärung, warum und weshalb Ausländer im Aufnahmeland psychisch erkranken und warum dies so häufig geschieht. Es wurde untersucht, wie Einheimische die Ausländer und die Migranten erleben. So wurden beispielsweise die vielen Ausländer, die in den sechziger und siebziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts hierher gekommen waren, als „Arbeitsmigranten“ wahrgenommen. Unter diesem Blickwinkel wären Ausländer und Migranten nur vorläufig zum Zwecke des Erwerbs gekommen und würden dann irgendwann auch wieder in ihr Ursprungsland zurückgehen. Sie waren nur Gäste. Psychische Erkrankungen von Arbeitsmigranten wurden nicht in ihren kulturell bedingten Zusammenhängen wahrgenommen. Die damalige Politik der Assimilation unterstützte zudem die Einstellung, dass sich die Ausländer den Deutschen anzupassen hätten. Nicht die Einheimischen müssten die Ausländer verstehen, im Gegenteil: Die Ausländer sollten sich bemühen, die Einheimischen zu verstehen. Diese Assimilationspolitik ist aus den verschiedensten Gründen gescheitert. Im Ergebnis hat sich die Kluft zwischen Einheimischen und Ausländern bzw. Menschen mit Migrationshintergrund von Jahr zu Jahr verfestigt, bis auch dies nicht mehr ignoriert werden konnte.

Viele Ärzte haben Erkrankungen dieser Menschen damals häufig bagatelisiert, indem sie konstatierten, dass die Arbeitsmigranten nur vor Heimweh krank würden. Aus wissenschaftlicher Sicht wurde hierfür ein Erklärungsmodell geschaffen, in dem Heimatland und Aufnahmeland polarisiert wurden, wobei das Aufnahmeland Deutschland als das fortgeschrittenere Land angesehen wurde. Hinter diesem Erklärungsversuch verbirgt sich die Annahme, dass die Ausländer, wenn sie in ihr Heimatland zurückkehren würden, schon wieder gesund werden würden. Dass dieser Erklärungsversuch nicht viel weiter führte, war der Tatsache geschuldet, dass diese Menschen nicht nach Hause zurückkehren wollten, sondern immer noch hier leben und hier sogar Wurzeln geschlagen haben, wenn ihre Familien in die zweite und sogar dritte Generation hineinwachsen. Die damaligen Arbeitsmigranten, die der ersten Generation angehören, sind mittlerweile mit ihren chronischen Krankheiten alt geworden und auf die Hilfe von Menschen angewiesen, die ihre Kultur noch immer nicht wirklich verstehen. Deshalb ist der Handlungsbedarf auf dem Feld der Pflege immer größer geworden. Diese Tendenz wird sich in Zukunft verstärken.

Andere Erklärungsversuche, wie zum Beispiel Wohnsituation, hygienische Zustände oder Bedingungen der Arbeitswelt als Ursache von Erkrankungen auszumachen, trugen ebenfalls nicht erheblich dazu bei, den von Krankheit betroffenen Ausländern und Menschen mit Migrationshintergrund zu helfen. Was solchen Erklärungsmodellen fehlt, ist die Beachtung der Unterschiedlichkeit der Menschen. Selbst wenn Ausländer aus demselben Herkunftsland kommen, gilt auch für sie: Der eine leidet und wird krank, der andere wiederum nicht.

Was über Jahre hinweg in den Räumen einheimischer ärztlicher Praxen üblich war, zeigte, dass Menschen aus unterschiedlichen Kulturen nicht kultursensibel

und medizinisch und psychosozial diagnostiziert und versorgt wurden. Die Folgen von Fehldiagnosen waren entsprechende Fehlbehandlungen. Dies wiederum führte nicht selten zur Chronifizierung körperlicher und seelischer Beschwerden (Schulze 2006).

Es gibt Erklärungsmodelle, die auf die Innenwelt der Menschen gerichtet sind, d. h. psychosomatische Erklärungsmodelle für den Zusammenhang von Krankheit und Migration. In ihnen wird die Migration als solche als belastendes Lebensereignis gesehen. Das Phasenmodell von Sluzki (2001) und das Modifikationsmodell von Machleidt (2002) erklären den Ablauf anschaulich. Schulze (2006) folgert in ihren Untersuchungen, welche sich auf die Biografie der Migranten stützen, dass nicht der Prozess der Migration für sich allein als Ursache von Krankheit bei Migranten anzusehen ist, sondern dass auch die mangelnde Aufarbeitung von Krisensituationen im Heimatland und das Fehlen einer erfolgversprechenden Strategie zu Erkrankung führen können.

Schulze weist deshalb darauf hin, dass bei Krankheit von Menschen, die aus anderen Kulturen stammen, nicht nur äußere Bedingungen oder psychische Belastung ursächlich sind, sondern dass beide Faktoren, sowohl der äußere situative Faktor wie auch der individuelle Faktor ihre Bedeutung haben.

Somit ist es wichtig, immer auch den biografischen Hintergrund des jeweiligen Menschen einzubeziehen. Der Kontext, in dem Migranten leben, wird durch die Zeit vor der Migration und die Zeit während des Migrationsprozesses bei der Entstehung der Krankheit definiert. So stellt Schulze dar: „Nicht die Migration „an sich“ ist Auslöser für einen Erkrankungsprozess, sondern negative Erfahrungen in der Gegenwartsgesellschaft, die strukturelle Analogien mit problematischen biografischen Erfahrungen vor der Migration aufweisen.“ (Schulze 2006, 240).

## Die transkulturelle Perspektive

Die oben genannte Erkenntnis zeigt, wie wichtig es ist, den sozio-kulturellen Kontext in die Behandlung von Migranten einzubeziehen. Eine transkulturelle Perspektive wird im Rahmen der psychosozialen Versorgung immer wichtiger. Unter dem transkulturellen Blickwinkel werden als Gesichtspunkte berücksichtigt:

- das Verständnis für den Migrationshintergrund von Patienten und Klienten
- transkulturelle Krankheitskonzepte im medizinischen Kontext.

Die „Transkulturelle Psychiatrie“ bezieht migrationspezifische und soziokulturelle Aspekte in die psychiatrische Versorgung und die Berücksichtigung von Migranten als spezielle Zielgruppe ein. Transkulturelle Psychiatrie eröffnet neue Perspektiven, indem wir Selbstverständliches überdenken und neue Konzepte und Sichtweisen einfließen lassen und neu formulieren, durch welche der Umgang mit Menschen aus anderen Kulturen verbessert werden kann. Die psychosoziale Versorgung bietet in erster Linie eine an der mitteleuropäischen Gesellschaft orien-

tierte Lösungsperspektive und ist somit nicht hinreichend auf weit entfernte Länder gerichtet (Hegemann; Salman 2001). Die Aufgabe besteht für die immer komplexer werdende multikulturelle Gesellschaft, den jeweils unterschiedlichen kulturellen Einflüssen ausgesetzten Menschen einen angemessenen psychosozialen Dienst anzubieten. Dafür ist die transkulturelle Perspektive sehr hilfreich. Die Transkulturelle Perspektive ist panhumanistisch und verlangt eine ständige kritische Überprüfung von Konzepten und Kategorien.

## Projekte in verschiedenen Städten

Mit Beginn der neunziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts und teilweise in den letzten Jahren wurden in verschiedenen Städten immer häufiger Projekte mit dem Ziel gestartet, Migranten und Menschen mit Migrationshintergrund im sozialen Feld und im Gesundheitsbereich zu helfen. Die Projekte basieren auf einer interkulturellen Vorgehensweise. Diese fordert, dass die Einheimischen sich auch den Menschen, die anderen Kulturen entstammen, annähern lernen. Die Bereitschaft wird verlangt, sich aufeinander zuzubewegen und einander verstehen zu wollen. Eine solche Vorgehensweise wird durch den Begriff „interkulturelle Öffnung“ gekennzeichnet. Es gab und gibt Projekte auf kommunaler Ebene (wie zum Beispiel das Projekt **Integra** in Göttingen im Jahr 2000), die sich als Ziel die „interkulturelle Öffnung der kommunalen Dienste“ gesetzt haben (Koptelzewa 2004).

Die Stadt München hatte nach einer statistischen Erhebung per 31.12.1998 bezogen auf die Gesamtbevölkerung der Stadt einen Ausländeranteil – Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft – von 20,1 %. Die Verteilung auf die einzelnen Stadtbezirke war unterschiedlich hoch, in keinem betrug der Anteil der Ausländer jedoch mehr als 36,7 %, so dass von einer Gettoisierung von Nationalitäten – wie es z. B. von einigen Bezirken Berlins behauptet wird – nicht gesprochen werden konnte. Dennoch hat sich die Stadt München mit der Einrichtung und Förderung verschiedenster Institutionen, die das Zusammenleben von Angehörigen unterschiedlicher Kulturen erleichtern sollen, gezielt der Aufgabe gestellt, auf kommunaler Ebene Integrationsmaßnahmen zu unterstützen (Koptelzewa 2004). Das Erkennen der Problematik der Multikulturalität zwingt die Kommunen zu kultursensiblerer Kommunalarbeit.

Vergleichbar verhält es sich in Frankfurt am Main: Die Stadt hat mit 27,6 % den höchsten Anteil an ausländischen Einwohnern unter den deutschen Städten. Die Menschen mit nichtdeutscher Staatsbürgerschaft kommen aus 180 Staaten. Der Handlungsbedarf für die interkulturelle Öffnung ist vor diesem Hintergrund groß (Koptelzewa 2004). Die aktuell laufenden interkulturellen Projekte sind auf der Internetseite erfahrbar (Frankfurt a. M. 2007).

Berlin (13,7 %) sowie Hamburg (14,2 %) sind Bundesländer, deren Bevölkerung einen hohen Ausländeranteil aufweist (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2007). Beide Bundesländer haben nicht nur auf lokaler Ebene, sondern

darüber hinaus grundsätzlich für die Bereiche Bildung, Soziales und Gesundheit Handlungsbedarf erkannt und Initiativen ergriffen. So hat beispielsweise am 19.12.2006 der Hamburger Senat ein Handlungskonzept zur Integration von Zuwanderern beschlossen (Hamburg 2007). Berlin führt bereits seit 10 Jahren Projekte auf interkultureller Ebene im sozialen und medizinischen Bereich durch (Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg 2006).

## **Musiktherapie und Migranten in Deutschland**

Es soll hier erörtert werden, wie Musiktherapie in Deutschland mit dem Thema Migranten – mit deren kultureller Verschiedenheit, mit methodischen Überlegungen hierzu – bis dato umgegangen ist. Das Interesse an diesem Thema zu messen ist nicht einfach. Dennoch sollte man zumindest den Versuch unternehmen, über eine kritische Durchsicht der Fachliteratur, die sich mit dieser Thematik beschäftigt – oder auch nicht –, dies herauszufinden. Bis Ende des vergangenen Jahrhunderts gab es nach Richter (1999) offensichtlich kaum derartige Fachliteratur in der deutschen Musiktherapie. Noch drei Jahre später, im Jahr 2002, als ich mit den Arbeiten zu meiner Diplomarbeit zum Thema „Menschen mit Migrationshintergrund und Musiktherapie“ begann und dafür musiktherapeutische Fachliteratur suchte, stellte ich schnell fest, dass ich kaum musiktherapeutische Literatur in Deutschland, deren Hauptanliegen in der Beschäftigung mit Migranten zu suchen wäre, finden konnte. Auch bei der erweiterten Stichwortsuche erlebte ich Ähnliches, indem ich Wörter wie „Migration“, „Migrationshintergrund“, „Ausländer“ in der Fachliteratur selten entdeckte (Matsui 2004). Dies kennzeichnete zunächst die Situation in Deutschland.

Eine Welle der „Globalisierung“ auch in der Musiktherapie war dann am Anfang des neuen Jahrhunderts nicht zu übersehen. Seit 2001 existiert die Internetseite „Voices“, in der Musiktherapeuten aus der ganzen Welt die Diskussion über ihr Fachgebiet auf der Webseite führen können. Bei „Voices“ werden kontextgebundene und kultursensible musiktherapeutische Ansätze dargestellt und diskutiert. Hierbei ist die Sichtweise vorherrschend, dass Musiktherapie in jedem Land in einen spezifischen Kontext eingebunden ist und jeweiligen kulturellen Einflüssen unterliegt. Diese Auffassung ist eine Voraussetzung dafür, dass sich Menschen aus jeweils anderen Kulturkreisen gegenseitig verstehen. Ohne Respekt vor der Unterschiedlichkeit von Kulturen kann über Musiktherapie in jeweils anderen Ländern nicht sinnvoll diskutiert werden. Diese Einsicht hat die deutsche Musiktherapie relativ spät erreicht. Ein Beispiel dafür ist die Diskussion über „Community Music Therapy“ im April des Jahres 2005 anlässlich der Veranstaltung des „Internationalen Musiktherapie Instituts Berlin e.V.“ an der Universität der Künste Berlin (Schwaiblmaier 2005). Die zu diesem Zeitpunkt publizierte musiktherapeutische Fachliteratur lässt die veränderte Sichtweise im therapeutischen Ansatz bereits erkennbar werden. Wenn auch noch sehr selten finden sich heute

Wörter wie „Migranten“, Migrationshintergrund“ im Index in der entsprechenden Fachliteratur. Die Fallbeispiele in der jeweiligen Literatur lassen eine bewusste Benützung der Begriffe „Migration“ oder „Migranten“ erkennen.

Frustriert von der zunächst mangelhaften Ausbeute bei der Fachliteraturrecherche hinsichtlich der Begriffe „Migranten“ und „Migrationshintergrund“ und mit diesem ernüchternden Ergebnis konfrontiert, kam bei mir die Frage auf, ob Migranten etwa von musiktherapeutischer Behandlung ausgeschlossen würden. Es könnte ja sein, dass Therapeuten wegen der Probleme bei der Verständigung sich nicht in der Lage sähen, Migranten zu therapieren, die nur über unzureichende Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen. Gab es etwa auch hier irgendeine Art von Ignoranz, wie sie in so manch anderen wissenschaftlichen Bereichen anzutreffen ist?

Um auf diese Frage eine Antwort zu finden, hatte ich mich für meine Diplomarbeit dazu entschlossen, publizierte Fallbeispiele zu untersuchen. Ich habe für dieses Vorhaben zwei Fachzeitschriften, die „Musiktherapeutische Umschau“ sowie die „Zeitschrift für Musik-, Tanz- und Kunsttherapie“ herangezogen. Aus diesen zwei Zeitschriften habe ich Fallbeispiele, die in den Jahrgängen 1998 bis 2002 veröffentlicht wurden, herausgesucht. Es wurden letztendlich insgesamt 48 Fälle ausfindig gemacht und in die Untersuchung einbezogen.

Der nächste Schritt der Untersuchung bestand darin, herauszufinden, bei welchen der 48 Fallbeschreibungen es sich nicht um „Einheimische“, sondern zweifelsfrei um Migranten handelte, die im Fokus der Beschreibung standen. Das Ergebnis war das Folgende: In vielen Fallbeispielen wurden die Patienten/Klienten anonymisiert dargestellt. Insofern bot sich mir keine Möglichkeit, aus der Art der Beschreibung ausfindig zu machen, um was für einen Menschen es sich jeweils handelte, über den berichtet wurde. Ich stellte fest, dass bei manchen Falldarstellungen lediglich die Komponenten Alter, Geschlecht und die Art der Krankheit als wichtigste Daten über die Patienten/Klienten angegeben wurden. Oft wurden keine fiktiven Namen verwendet, sondern lediglich „Herr A.“ oder „Frau B.“. Es war schwierig herauszufinden, ob sich hinter dieser Anonymität ein in Deutschland lebender Ausländer oder ein Mensch mit deutschen Pass, aber mit Migrationshintergrund verbarg.

Von den 48 Fällen wurden im nächsten Schritt Art und Umfang der Angaben, mit denen Auskunft über die Patienten/Klienten erteilt wird, einer näheren Untersuchung unterzogen. Im Ergebnis dieser Untersuchung konnte ein erheblicher Mangel hinsichtlich der Beschreibung der soziokulturellen Faktoren im jeweiligen Fall konstatiert werden. Personenspezifische Informationen wie Alter und Geschlecht wurden angegeben, weitergehende Informationen eher selten (Matsui 2004).

Zweck meiner weiteren Untersuchung war, ob dargelegt wurde, ob und inwieweit bei diesen ausländischen Menschen bei der musiktherapeutischen Behandlung soziokulturelle Aspekte berücksichtigt worden waren. Dafür habe ich sieben Fallbeschreibungen aus den oben genannten 48 Fällen herausgefiltert, bei denen es sich höchst wahrscheinlich um solche handelte, die sich auf die Behandlung von

Menschen mit ausländischer Herkunft bezogen. Hierbei wurden der Beschreibung migrationspezifische Informationen über Herkunftsland, Migrationsgeschichte (Grund, Dauer, Ablauf), Aufenthaltsstatus, kulturelle Komponenten etwa wie bestimmte Werte- und Glaubenssysteme entnommen. Das Ergebnis zeigte, dass den oben genannten Aspekten sowie der Lebensweise der jeweiligen Patienten/Klienten in der Fallbeschreibung nur geringes Interesse geschenkt worden war. (Matsui 2004).

Was könnte man von diesem Tatbestand ableiten? Zumindest kann man nicht behaupten, dass Ausländer oder Migranten von musiktherapeutischer Behandlung ausgeschlossen worden wären. Wobei es hier schwer ist, eine Aussage darüber zu machen, welcher Anteil von der Gesamtheit aller Behandlungsfälle auf ausländische Patienten/Klienten entfällt, weil solche differenzierten Statistikdaten auf dem Felde der Musiktherapieforschung Mangelware sind. Was weiter erfragt werden muss, ist, auf welche Weise diese Menschen therapiert worden waren.

Menschen mit Migrationshintergrund – mit oder ohne deutschem Pass – stammen aus einem Ausland, sie sind also biculturell. Sie haben eine erste und eine zweite Heimat. Spohn nennt dies „zweiheimisch“ (Spohn 2006). Menschen mit Migrationshintergrund leben in einem Spannungszustand, in dem sie sich immer wieder zwischen zwei Welten hin- und hergerissen fühlen. Wenn innerhalb der deutschen Bevölkerung ein anderes Land mit einem negativen Gefühl besetzt ist, wagen es Nicht-Einheimische häufig nicht, ihr Herkunftsland zu nennen (Spohn 2006). Der Umstand, dass es schwierig für sie ist, eine Balance in sich selber und der deutschen Gesellschaft gegenüber zu suchen, findet in der Gesellschaft nicht ausreichend Beachtung.

Oft treffen wir eine solche Situation bei Migrantenkindern an. Da sie anpassungsfähiger sind, etwa beim Erwerb einer zweiten Sprache, tragen sie sogar zu Differenzen und Spannungen im familiären Bereich bei. Aus dieser Sicht sollte auch die Musiktherapie ihre Arbeit mit Migrationskindern neu überdenken.

So wie ich bereits auf die Erkenntnisse im sozialen und im medizinischen Bereich hingewiesen habe, ist es unumgänglich, auch in der Musiktherapie den jeweiligen soziokulturellen Hintergrund des Patienten/Klienten zu berücksichtigen:

Herkunftsland, Migrationsgrund, Migrationsablauf und die mit ihm einhergehende Problematik sowie kulturspezifische Verhaltensmuster sind bei Diagnostik und Behandlung einzubeziehen. Voraussetzung hierfür ist in der Behandlungssituation seitens des Therapeuten das Bemühen um Verständnis und Respekt gegenüber der jeweils anderen Kultur. Da die Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund von Jahr zu Jahr wächst, werden Musiktherapeuten sich auch vermehrt auf die Kultur der Patienten/Klienten mit Migrationshintergrund einlassen müssen.

## Jüngste Entwicklung

Die in den letzten Jahren veröffentlichte musiktherapeutische Fachliteratur lässt zumindest eine Tendenz zur interkulturellen Sensibilisierung erkennbar werden. Die Artikel von Braak (2006) und Baer (2006) verweisen darauf. Beide beschreiben unter dem Begriff „Interkulturelle Musiktherapie“ die musiktherapeutische Arbeitsweise, indem sie über Migranten als Patienten und Klienten berichten. Baer weist auf das weite Feld musiktherapeutischer Arbeit mit Migranten hin, in dem das vorherrschende Thema, das jeden Migranten betrifft, nämlich das Gefühl, zwischen zwei Welten hin- und hergerissen zu sein, spürbar wird.

Interkulturelle Sensibilisierung macht sich deutlich bemerkbar im Bereich der Musiktherapie mit Kindern. Dies ist verständlich, sind doch Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund von kulturellen Konflikten, die in die Familie hineingetragen werden, oft am stärksten betroffen. So beschreiben Frohne-Hagemann und Pleß-Adamczyk (2005) in einem Fallbeispiel elektiven Mutismus als Folge des kulturellen Konfliktes. In der Fallbeschreibung nehmen Angaben zum Migrations-Familienbild und zur Lebensweise eines Mädchens breiteren Raum ein. Koch-Temming und Findeisen (2006) stellen ebenfalls musiktherapeutische Behandlungen mutistischer Kinder im Kontext der Migrationsfamilie dar, in dem verschiedene migrationsspezifische Vorgehensweisen – sowohl im Allgemeinen wie auch speziell im musikalischen Bereich – genannt werden. An einem weiteren Fallbeispiel wird die transkulturelle Vorgehensweise sichtbar. Roeske (2005) beschreibt einen Fall, in dem bei einem Kind mit Migrationshintergrund Schulverweigerung diagnostiziert wurde. In diesem Beispiel wird dem sozialen und kulturellen Kontext größere Aufmerksamkeit geschenkt. Das Herkunftsland, der Migrationsgrund, der Aufenthaltsstatus, die Schwierigkeiten bei der Migration, die derzeitige soziale Situation und die kulturellen Besonderheiten der Familie werden ausführlich beschrieben. Der Musiktherapeut achtet darauf, die ihm zugänglichen soziokulturellen Informationen in seine Therapie einfließen zu lassen. Er setzt bewusst Musik ein, die als dem Kind zugehörig – als kulturelle Identität und als Ressource – angesehen werden kann.

Der Einbezug der kulturellen Komponente wird auch in der Elternarbeit erforderlich, da Familiensysteme in anderen Kulturkreisen jeweils anders strukturiert sein können. Wer in der Familie die Machtposition einnimmt und welche Hierarchie in der Familie vorherrscht, muss besonders berücksichtigt werden. So kann zum Beispiel nur die Großmutter oder der älteste Sohn in der Familie Ansprechpartner der Therapeutin/des Therapeuten sein. Bei Menschen mancher Kulturkreise muss die Therapeutin/der Therapeut sogar den Hausbesuch als notwendiges Element ihrer/seiner Tätigkeit ansehen (Koch-Temming; Plahl 2005).

Die kulturell geprägte Bedeutung bestimmter Musikinstrumente, die persönliche Bewertung des Instrumentes, der Bedeutungsgehalt des Musizierens – wo wird wie „musiziert“ –: Solche Sachverhalte sollten a priori befragt werden. Das heißt, dass Musiktherapeuten hier zu Lande für selbstverständlich erachtete Dinge

auf der allgemeinen wie auch auf der musikalischen Ebene hinterfragen sollten. Maack (2004) legt Wert auf die Feststellung, dass sowohl der Therapeut als auch die Klienten/Patienten mit den kulturellen Verschiedenheiten bewusst umgehen müssen. Sie weist auf die Gefahr hin, dass Therapie bei Klienten/Patienten Schaden verursachen kann, wenn TherapeutInnen ohne Wahrnehmung dieser Unterschiede therapieren.

### **Multidimensionale Kulturkonzepte**

Hierfür können sich multidimensionale Kulturkonzepte als hilfreich erweisen. Hegemann betrachtet in seinem Kulturkonzept Kultur als dynamisch und vom Kontext abhängig. Menschen werden je nach Sichtweise anders beurteilt: „Kultur stellt für uns alle einen Hintergrund von etablierten und über Generationen überlieferten Sichtweisen, Werten, Ansichten und Haltungen dar, die einerseits unser ganzes Denken, Fühlen und Handeln beeinflussen, die wir andererseits aber in individueller wie auch kollektiver Weise übernehmen, modifizieren und weiterentwickeln, und zwar in Abhängigkeit von Kontexten.“ (Hegemann 2001, 195).

Für das Erleben von Musik gilt dasselbe. Jeder Mensch hat musikalische Hörfahrungen, die in Beziehung zum kulturellen Kontext stehen. Man darf nicht ohne weiteres davon ausgehen, dass für jemanden, der aus einem bestimmten Land kommt, allein deshalb auch die Musik dieses Landes für ihn die richtige Auswahl für die Therapie bedeutet. Wird von dem Einen die Erzeugung von Schallwellen lediglich als Geräusch wahrgenommen, können dieselben für den Anderen bedeutungsvolle Klänge darstellen. Die Bedeutung, die der Einzelne einem hörbaren oder auch nicht hörbaren Ereignis – Stille – zumisst, steht in Beziehung zum kulturellen Kontext.

Ein Beispiel: In einer deutschen musiktherapeutischen Praxis sind Gong-Gruppe und/oder das Tamtam vorhanden. Diese Instrumente werden von den meisten Menschen, die in Westeuropa beheimatet sind, als exotisch klingende Musikinstrumente mit als fremd empfundenem Klang betrachtet. Werden nun mit diesen Instrumenten tiefe, sich langsam wiederholende Töne erzeugt, assoziiert ein Japaner hingegen mit hoher Wahrscheinlichkeit in einem Tempel erzeugte Glockentöne, welche man zweimal am Tag überall zu hören bekommt. Mit noch höherer Wahrscheinlichkeit wird er den Glockenschlag zum Jahreswechsel assoziieren. Mit diesen Tönen – insgesamt 108mal nacheinander erzeugt – wird in den Tempeln traditionsgemäß das zu Ende gehende Jahr verabschiedet und gleichzeitig das neue Jahr begrüßt. Es handelt sich hierbei um im ganzen Land praktizierte Rituale, die dem Japaner beim Hören der tiefen Klänge in Erinnerung gebracht werden – eine andere Interpretation ist dem japanischen Menschen kaum möglich. Insofern werden diese Klänge von ihm nicht als exotisch, sondern als zum Alltagsleben gehörig interpretiert.

Eine ähnliche Erfahrung habe ich anlässlich einer Gruppenimprovisation während meines Studiums gemacht. Im Verlauf der Improvisation kristallisierte

sich eine 12malige Tonwiederholung heraus. Nach dieser Improvisation äußerten meine Kommilitonen in ihrer Mehrheit Assoziationen über ein Gespenst, welches die Eigenschaft hat, stets pünktlich um Mitternacht in Erscheinung zu treten. Diese Assoziation rief bei mir Irritation und Verständnislosigkeit hervor. Ich assoziiere dabei Mittagessen! Denn gegessen wird überwiegend um zwölf Uhr mittags, und ein Gespenst erscheint in Japan auf gar keinen Fall um zwölf Uhr Mitternacht, sondern um drei Uhr morgens!

Ferner müssen die Hörerfahrungen der Migranten in zweierlei Hinsicht berücksichtigt werden. Die eine betrifft die Hörgewohnheiten hinsichtlich Musik in der Öffentlichkeit – z. B. Musikunterricht in der Schule, Hörerlebnisse in den Medien –, die andere betrifft die Musikhör- und Musiziergewohnheiten bei privaten Treffen oder in der Familie. In dieser Hinsicht kritisiert Merkt (2004), dass musikkulturelle Einseitigkeit im Musikunterricht an deutschen Schulen dazu führt, dass Migrantenkinder einer gewissen Ignoranz und Missachtung gegenüber der eigenen Musikerfahrung ausgesetzt sind. Im Unterricht erfolge weitgehend weder eine Auseinandersetzung mit der Musikkultur anderer Länder noch der Versuch, Beziehungen zwischen der Musik (den Musiken?) unterschiedlicher Kulturen zu erforschen oder zu diskutieren.

Somit ist es für den Erfolg der Therapie wichtig, sich grundsätzlich bereits vor Beginn der Therapie Gedanken über die Auswahl der Musikinstrumente, über die Entscheidung, für welche Musik, sowie über die Art und Weise der Umsetzung von Musik zu machen.

Das gilt in gleichem Maße für die Therapie selbst. Bei der gleichen Krankheit reagieren und agieren Menschen auf unterschiedlichste Weise. Insbesondere fällt dies bei Menschen aus anderen kulturellen Wertesystemen auf. Was das Musiktherapieverständnis betrifft, so kann auch Therapie – je nachdem, in welchem Kulturkreis therapeutisch gearbeitet wird – unterschiedlich verstanden werden.

### **Unterschiedliche Betrachtungsweisen des „Selbstbegriffes“**

Der Selbstbegriff wird in der Psychotherapie unterschiedlich definiert, im allgemeinen westlichen Laienverständnis wird mit dem „Selbst“ jedoch vorwiegend das Individuum in seiner Selbstständigkeit assoziiert. Daher wird auch bei der Betrachtung des Stellenwertes von Gesundheit und Krankheit von einem Selbstbegriff ausgegangen, zu welchem Begriffe wie Ich-Stärke und Ich-Stärkung gehören. Im Gegensatz dazu wird in anderen Kulturkreisen das Selbst immer im Bezug zu und als Teil seiner Umwelt gesehen. Das Selbst stellt eine integrierte Identität dar. Diese Betrachtungsweise des Selbst beeinflusst sowohl die Deutung von Krankheit als auch den Umgang mit ihr (De Jong 2001).

Ein derartiger Gegensatz wird von Kobayashi-Weinsziehr, Kraemer und Rez (2006) als Gegensatz zwischen „Gemeinschafts-Ich“ und „Individual-Ich“ bezeichnet. In der „Gemeinschafts-Ich“-Gesellschaft hat die Harmonie in der jeweiligen

Gruppe Vorrang. Die individuellen Bedürfnisse stehen nicht im Vordergrund. Ein einfaches Beispiel (Japan): Wenn ein Mitglied einer Gruppe Durst hat, darf es sein Bedürfnis der Gruppe gegenüber nicht auf direktem Wege verbal zum Ausdruck bringen. Es soll vielmehr die Frage an die Gruppe richten, ob sich jemand in ihr befinde, der Durst habe. Wenn die Mehrheit der Gruppenmitglieder vorhandenes Durstgefühl bestätigt, dann wird auf diese Weise dem Einzelnen gegenüber anerkannt, dass er berechtigt war, sein Bedürfnis zum Ausdruck zu bringen. Es sei denn, dass er innerhalb der Gruppe die mächtigste Position innehat, wie zum Beispiel als älteste Person in der Gruppe oder als eine Person, der am meisten Respekt gezollt wird – etwa dem Lehrer oder dem Vater als Oberhaupt der Familie: Nur diese darf ihr Bedürfnis ohne weitschweifige Umschreibungen auf direktem Wege unmissverständlich zum Ausdruck bringen.

Wenn Menschen über einen langen Zeitraum in einem solchen gesellschaftlichen Umfeld, welches durch das „Gemeinschafts-Ich“ geprägt ist, leben, tun sie sich auch in anderen Kulturkreisen schwer, ihre individuellen Bedürfnisse zu äußern und zu befriedigen. In Japan beispielsweise findet das deutsche Personalpronomen „ich“ seine Entsprechung nicht in nur einem einzigen Begriff, sondern in vielen sprachlichen Variationen, deren Anwendung im Einzelfall von der Situation, von den Adressaten sowie von der Hierarchie im gesellschaftlichen Umfeld abhängig ist.

In einer Kommunikationssituation unterschiedlicher Kulturen wird es deshalb zu Irritationen führen oder Missverständnisse zwischen den Parteien aufkommen lassen, wenn gegensätzliche Ich-Vorstellungen bestehen. In der Therapie-situation wird bei der am „Individual-Ich“ orientierten deutschen Musiktherapie die Beziehungsinitiative und Handlungsinitiative, welche vom „Selbst“ ausgeht, positiv bewertet, und daher wird vom Patienten/Klienten „Aktion“ verlangt. Bei der Therapie wird aus dem „Selbst“ heraus initiierte musikalische Aktivität und aktives, sprachliches Ausdrücken von Gefühlen für notwendig erachtet und dem Patienten/Klienten abgefordert – ein Japaner beispielsweise hat das nie gelernt. Unterstellen wir, dass der deutsche Musiktherapeut sowie sein Patient/Klient aus gegensätzlichen gesellschaftlichen Ich-Verständnissen heraus handeln. Einem Patienten/Klienten, der aus einem am „Gemeinschafts-Ich“ orientierten kulturellen Umfeld kommt, wird durch die Aufforderung zu entsprechenden Entäußerungen ein Verhalten abverlangt, welches einen klaren Verstoß gegen den Verhaltenskodex seiner Gesellschaft darstellt. Dieses wiederum stellt für ihn eine schwere Belastung dar, denn er ist es einfach nicht gewohnt, eigene Bedürfnisse unmittelbar darzustellen und gegen den gesellschaftlichen Verhaltenskodex zu verstoßen.

Der Patient, der nicht von selber agiert und reagiert, erweckt daher zunächst eher den Eindruck, als hätte er keinerlei Motivation zur Therapie. Eine derartige Beurteilung erweist sich dann insofern als falsch, wenn im Herkunftsland des Patienten sowohl das Schweigen als auch die Inaktivität beim Spiel als vollkommen kulturkorrektes gesellschaftliches Verhalten bewertet werden. Man muss hier grundsätzlich von der Erwartung der Patienten ausgehen, dass die Therapeutin/der Therapeut ihnen aufträgt, was sie tun sollen.

Auf ein ähnliches kulturell sensibles Interventionsbeispiel, welches sich von deutschen Beispielen unterscheidet, hat Maack (2004) in Bezug auf die Therapiesituation der Guided Imagery and Music (GIM) hingewiesen.

Auch der Umgang mit Krankheit wird folglich bei demjenigen, der seine Sozialisation in der Kultur des „Gemeinschafts-Ich“ durchlaufen hat, ein anderer sein. Seine Erkrankung ist kein bloß individuelles Geschehen und wird daher nicht nur von ihm allein durchlebt, sondern vom gesamten Umfeld seiner Familie. Lediglich den Erkrankten – sozusagen isoliert – zu therapieren, wird als nicht ausreichend erachtet.

## **Gefühle**

Auch der Umgang mit Gefühlen ist im kulturellen Kontext zu hinterfragen.

Musiktherapeuten arbeiten – wie Therapeuten anderer Disziplinen auch – vornehmlich mit der Gefühlswelt ihrer Patienten/Klienten. In der Situation der Gruppentherapie werden in der freien Improvisation die SpielerInnen zur Äußerung und Beschreibung von Gefühlen aufgefordert. Die Äußerung von Gefühlen ist jedoch in einen kulturellen Kontext eingebunden. Ein Gefühl kann man verbal nur zum Ausdruck bringen oder es begreifen, indem man sich der Sprache bedient, mithilfe derer die Welt des sich Äußernden konstruiert ist. Diese Sprache wird in der Regel nur von demjenigen unmissverständlich gedeutet werden können, der im gleichen Kontext lebt oder einmal in ihm gelebt hat: Wenn ein „Asiat“, der seine Kindheit in seinem Heimatland verbracht hat und als Erwachsener nach Deutschland migriert ist, das Wort „schön“ äußert, bedeutet dies nicht unbedingt dasselbe im Sinne des Wortes „schön“, wie es der Einheimische verwendet. Es ist in diesem Falle davon auszugehen, dass der „Asiat“ deutsche Begriffe u.U. lediglich vokalbelmäßig scheinbar richtig benutzt, dabei jedoch dem Wort eine andere, nämlich dem kulturellen Kontext nicht entsprechende Bedeutung beimisst als der Therapeut. So kommt es zu Missverständnissen, die oft nicht bewusst werden.

Sprache als Kommunikationsmittel ist eine wichtige Komponente, deren Verständnis in der Therapie als selbstverständlich vorausgesetzt wird. Der verbale – Missverständnisse ausschließende – Austausch unter Verwendung der deutschen Sprache ist für Migranten allerdings häufig eine sehr anstrengende Angelegenheit.

## **Muttersprache und Therapie**

Auf der „Fachtagung Migration, Integration und Gesundheit“, die am 15. und 16. März 2006 im Berliner Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg stattfand, wurde die Arbeit des Interkulturellen Gesundheitsnetzwerkes, dessen Anfang aus dem Jahre 1996 datiert, ausführlich vorgestellt. Unter anderem wurde ein Bericht über die Arbeit des „Zentrums für Interkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Super-

vision – ZIPP“ an der Charité Berlin vorgelegt. ZIPP bietet seit September 2002 ein spezifisches Behandlungsspektrum für Menschen an, die aus anderen Kulturen kommen. Dort stellte man anhand einer quantitativen Studie, die zwischen 2002 und 2005 durchgeführt wurde, fest, dass die deutschen Sprachkenntnisse bei der Mehrheit der Patienten (internationales Klientel), nämlich bei 54 %, die in der ethnopsychiatrischen Ambulanz behandelt worden waren, für eine fehlerfreie Diagnostik und eine adäquate Behandlung als nicht hinreichend anzusehen waren. Als Konsequenz aus den Ergebnissen dieser Erhebung wurden interne und externe Dolmetscher-Dienstleistungen installiert. ZIPP hebt die Bedeutung der Erkenntnis hervor, dass für eine erfolversprechende Therapie die Berücksichtigung der Muttersprache der Migranten unumgänglich ist (Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg 2006).

Es erscheint verständlich, aus Kostengründen – Honorierung eines Dolmetschers – und seitens der Therapeuten wegen der Vermeidung des Aufwandes, die Behandlung allein in deutscher Sprache durchführen zu wollen. Dagegen spricht, dass Menschen zumeist nur in ihrer Muttersprache ihre Gefühlswelt so reflektierend zum Ausdruck bringen können, dass sie verstanden werden. Da Musiktherapie mit der Gefühlswelt zu tun hat, muss darüber nachgedacht werden, in wieweit Musiktherapie in Deutschland – will sie denn erfolgreich tätig sein – diese Aspekte (Muttersprache versus deutsche Sprache) – künftig verstärkt in ihre Arbeit einbeziehen muss.

Braak (2006) unterstützt diese Auffassung. Sie ist der Meinung, dass der Einbezug von Dolmetschern in der Musiktherapie notwendig ist, falls die Patienten/Klienten nicht in der Lage sind, unter Benutzung der deutschen Sprache – oder einer gemeinsamen dritten Sprache – den Wert, den sie ihrer eigenen Musik beimessen, sowie die daraus resultierenden Gefühle zum Ausdruck zu bringen, und somit ein gegenseitiger kultureller Austausch nicht möglich ist.

Es gibt erste Anzeichen dafür, dass Musiktherapie in Deutschland sich in Richtung interkulturelle Sensibilität bewegt. Es muss aber noch vieles auf diesem Feld getan werden, um Musiktherapeuten zu befähigen, mit Migrantenpatienten oder -klienten kultursensibel umzugehen. Um dieses Ziel zu erreichen, erscheint es sinnvoll und wünschenswert, die besonderen Bedingungen und Schwierigkeiten in der Therapie von Migranten breiter und intensiver, als dies bisher der Fall ist, zu diskutieren, weil auch und gerade aus einer nicht oder wenig erfolgreichen Therapie Lehren gezogen werden können.

„Interkulturelle Öffnung“ bedeutet Bewegung auf einander zu. Sie hat zur Voraussetzung, dass Angehörige verschiedener Kulturen ihre Bereitschaft erkennen lassen, die Kultur des jeweils Anderen kennen lernen zu wollen. Respekt der anderen Kultur gegenüber ist unabdingbar. Respekt in diesem Sinne bedeutet auch bereit zu sein, eigene Begrifflichkeiten in Frage zu stellen und zu überprüfen, welche Assoziationen diese beim Angehörigen der anderen Kultur hervorrufen. In dieser Situation befindet sich Musiktherapie in Deutschland heute.

## Literatur

- Baer, U. (2006): Klänge der Zugehörigkeit, Lieder der Sehnsucht. Aus der interkulturellen musiktherapeutischen Arbeit. *Musiktherapeutische Umschau* 27, Heft 3, 255–260
- Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg, Abt. Gesundheit und Soziales Plan- und Leitstelle Gesundheit (2006): Dokumentation der Fachtagung Migration, Integration und Gesundheit. 10 Jahre Interkulturelles Gesundheitsnetzwerk am 15. und 16. März 2006. Berlin
- Braak, P. (2006): Interkulturelle Musiktherapie. *Musiktherapeutische Umschau* 27, Heft 3, 249–254
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.) (2005): Migration, Asyl und Integration in Zahlen. 14. Aufl. Nürnberg
- De Jong, J. (2001): Klassifizieren oder nuancieren? Psychodiagnostik mit Hilfe von DSM oder ICD. In: Hegemann T.; Salman R.(Hrsg.): *Transkulturelle Psychiatrie-Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*. Bonn
- Frankfurt a. M. (2007): <http://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=2879>
- Frohne-Hagemann, I.; Pleß-Adamczyk, H. (2005): Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter. Göttingen Hamburg (2007): <http://fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/behoerden/soziales-familie/zuwanderung/service/integrationskonzept.html>
- Hegemann, T. (2001): Interkulturelles Lernen. Ein multidimensionaler Ansatz zum Erwerb interkultureller Kompetenz. In: Hegemann, T.; Salman, R. (Hrsg.): *Transkulturelle Psychiatrie-Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*. Bonn
- Hegemann, T.; Salman, R. (2001): *Transkulturelle Psychiatrie – eine Reise*. In: Hegemann T.; Salman R.(Hrsg.): *Transkulturelle Psychiatrie-Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*. Bonn
- Hill, J.; Röhl, M. (2002): Muß sich unser Gesundheitssystem auf die Betreuung von Migranten einstellen? In: Dettmers, Ch.; Albrecht, N.-J.; Weiller, C. (Hrsg.): *Gesundheit Migration Krankheit. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenhilfkunde*. Bad Honnef
- Kobayashi-Weinsziehr, R.; Kraemer, M.; Rez, H. (2006): Warum Karl und Keizo sich nerven. In: Kumbier, D.; Schulz von Thun, F. (Hrsg.): *Interkulturelle Kommunikation: Methoden, Modelle, Beispiele*. Reinbek bei Hamburg
- Koch-Temming, H.; Findeisen, B. (2006): „Lost in Translation.“ Musiktherapie mit mutistischen Kindern aus Migrantenfamilien. *Musiktherapeutische Umschau* 27, Heft 2, 107–117
- Koch-Temming, H.; Plahl, C. (Hrsg.) (2005): *Musiktherapie mit Kindern. Grundlagen-Methoden-Praxisfelder*. Bern
- Koptelzewa, G. (2004): Interkulturelle Kompetenz in der Beratung: Strukturelle Voraussetzungen und Strategien der Sozialarbeit mit Migranten. In: Moosmüller, A.; Roth, K. (Hrsg.): *Münchener Beiträge zur Interkulturellen Kommunikation Bd. 18*. Münster

- Maack, C. (2004): Kulturelle Aspekte in der Arbeit mit rezeptiver Musiktherapie – Am Beispiel von „Guided Imagery and Music“ nach Helen Bonny (GIM). In: Frohne-Hagemann, I. (Hrsg.): *Rezeptive Musiktherapie*. Wiesbaden
- Machleidt, W. (2002): Ethnizität und transkulturelle Phänomenologie psychischer Erkrankungen. In: Albrecht, N.-J.; Dettmers, Ch.; Weiller, C. (Hrsg.): *Gesundheit Migration Krankheit – sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde*. Bad Honnef
- Matsui, K. (2004): *Musiktherapie unter soziokulturellen Aspekten von MigrantInnen in Deutschland – Eine Untersuchung anhand ausgewählter Fallbeispiele aus Fachzeitschriften*. Diplomarbeit, Universität der Künste Berlin
- Merkt, I. (2004): Musik in der Interkulturellen Arbeit. In: Hartogh, T.; Wickel, H. H. (Hrsg.): *Handbuch Musik in der sozialen Arbeit*. Weinheim, München: Juventa Verlag
- Mohammadzadeh, Z. (2004): Zur gesundheitlichen Versorgung von Migranten: Erfahrungen im Gesundheitsamt Bremen. In: Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales (Hrsg.): *MigrantInnen und Gesundheit im Saarland. Interkulturelle Öffnung als Voraussetzung für bessere Gesundheitschancen*. Saarbrücken
- Richter, C. (1999): Interkulturelle Begegnungen – Chancen und Probleme der musiktherapeutischen Behandlung von Ausländern und Migranten. *Musiktherapeutische Umschau* 20, Heft 2, 93–102
- Roeske, C. (2005): „Ach wie gut, dass niemand weiß ...“ – Musiktherapie für Kinder aus Migrationsfamilien bei Schulverweigerung. In: Koch-Temming, H.; Plahl, C. (Hrsg.): *Musiktherapie mit Kindern. Grundlagen-Methoden-Praxisfelder*. Bern
- Schulze, H. (2006): *Migrieren – Arbeiten – Krankwerden – eine biographietheoretische Untersuchung*. Bielefeld
- Schwaiblmaier F. (2005): *Community Music Therapy*. *Musiktherapeutische Umschau* 26 Heft 2. 178–179
- Sluzki, C. E. (2001): Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In: Hegemann T.; Salman R. (Hrsg.): *Transkulturelle Psychiatrie-Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*. Bonn
- Spohn, C. (Hrsg.) (2006): *zweiheimisch – Bikulturell leben in Deutschland*. Hamburg
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2007): [http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de\\_jb01\\_jahrta2.asp](http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de_jb01_jahrta2.asp)



## Sphären des Fürwahrhaltens Interkulturelle Musiktherapie in einem Nachkriegsgebiet

### Spheres of Holding-for-True Intercultural Musictherapy in a Post-War-Region

Susanne Metzner, Magdeburg; Constanze Bürger, Hannover

*Ausgehend von einer musiktherapeutischen Fallvignette aus einem Waisenhaus in Mostar, Bosnien-Herzegowina, in der die kulturell geprägten Interaktionsmuster von Patientin und Therapeutin so aufeinander treffen, dass die Unterscheidungsmöglichkeiten von Übertragungs- und Realitätsbeziehung außer Kraft gesetzt sind, beschäftigen sich die Autorinnen mit den Chancen und Risiken der interkulturellen Musiktherapie. Dabei wird u. a. der Begriff der Partizipation aus der Community Musictherapy kritisch gewürdigt, und zwar insbesondere auch unter dem Aspekt der Beteiligung der Therapeutin an der Interaktion. Des Weiteren geht es um den Begriff des sozialen Sterbens aus der Ethnopschoanalyse im Hinblick auf seine Brauchbarkeit für das therapeutische Verstehen. Bevor die Vignette auf der Grundlage der theoretischen Erörterungen analysiert und interpretiert wird, werden einige Gedanken zum Einsatz von Musik in der interkulturellen Therapie zur Diskussion gestellt.*

*Starting with a case vignette on music therapy in an orphanage in Mostar, Bosnia-Herzegovina, in which the cross-cultural interaction patterns of patient and therapist collide with each other in such a way so that it is no longer possible to distinguish between transference and reality relationship, the authors deal with the chances and risks of intercultural music therapy. In this process, among other things, the concept of participation stemming from community music therapy is critically assessed, in particular from the perspective of the participation of the therapist in the interaction. Furthermore, another focus is on social dying, a concept taken from ethno-psychoanalysis, in reference to its usefulness for therapeutic understanding. Before analysing and interpreting the vignette from a theoretical perspective, some thoughts about the use of music in intercultural therapy are discussed.*

*Die 13-jährige Layla aus dem muslimischen Waisenhaus in Mostar ist ein Mädchen mit schwarzen halblangen Haaren und großen, dunklen Augen, das gemessen an ihrem Alter körperlich weit ausgebildet und sehr reif wirkt.*

*Als die Musiktherapiestunde in der Bibliothek des Waisenhauses vorbei ist, räumen die beiden Co-Therapeutinnen aus Deutschland und aus den Niederlan-*

*den ihre Instrumente und Materialien zusammen. Plötzlich tauchen Layla und eine Freundin auf, die nicht zu der vorangegangenen Musiktherapiegruppe gehören. Layla kommt direkt auf die deutsche Therapeutin zu und greift unversehens nach der Gitarre, die diese gerade in der Hand hält. Als die Therapeutin nicht sofort loslässt, redet Layla auf serbokroatisch auf sie ein, reißt heftig an der Gitarre, starrt mit forderndem, durchdringendem Blick in das Gesicht der Therapeutin, zerrt an deren Armen und schlägt schließlich voller Wucht auf das Instrument. Die Szene, bei der die beiden anderen völlig perplex zuschauen, dauert kaum eine Minute. Viel zu überraschend und schnell für die Therapeutin, um anders als reflexartig zu reagieren. Während sie äußerlich versucht, die Ruhe einigermaßen zu bewahren und die Situation zu de-eskalieren, ist sie innerlich überwältigt von einem Konglomerat aus Angst, Ohnmacht, verzweifelter Wut und Entsetzen. Layla lässt schließlich los und verlässt den Raum so schnell, wie sie hereingekommen ist. Die Therapeutin bleibt zurück mit ihren Gefühlen, zu denen nun auch noch die Scham hinzukommt, die Gitarre so festgehalten zu haben.*

In einem fremden Nachkriegsland für einen gewissen Zeitraum zu leben und dort mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen musiktherapeutisch zu arbeiten, stellt Musiktherapeuten vor besondere Herausforderungen (vgl. Bürger 2005). Sie gehen deutlich über das hinaus, was mit einem in der westlichen Kultur entwickelten Therapieverständnis zu vereinbaren ist. Extension oder Modifikation bestehender musiktherapeutischer Konzepte erweisen sich schnell als unzureichend, um derartig befremdliche und scheinbar unlösbare Phänomene in einer intrapsychischen und interpersonellen Grenzsituation angemessen zu ordnen. Eines der zentralen Probleme ist, dass zwei kulturell geprägte Interaktionsmuster aufeinander treffen, was dazu führt, dass – psychoanalytisch betrachtet – Übertragungs- und Realitätsbeziehung in Situationen wie der oben geschilderten, ununterscheidbar sind. Zwar kommt dies situativ in jeder Therapie vor, jedoch führen in der interkulturellen Therapie die Ununterscheidbarkeit und der damit einhergehende Verlust des Realitätsbezuges zu einer anhaltenden Infragestellung des Bezugsrahmens von Handlung, Interaktion und Verstehen. Da wir diese Ununterscheidbarkeit grundsätzlich als wichtigen (und wertvollen) Bestandteil von interkultureller Therapie erachten, stellt sich die Frage: Gibt es trotz Infragestellung und Ununterscheidbarkeit Möglichkeiten des „Fürwahrhaltens“ oder des „Wahrmachens“, die sich einer nachträglichen Beurteilung der Situation zuführen lassen? Wie ist der Einsatz von Musik in diesem Zusammenhang zu sehen? Und weiter gefragt: Ließe sich dann nach und nach die wechselseitige Sprachlosigkeit und kulturelle Befremdlichkeit gemeinsam durchstehen, vor allem aber die durchbrechende Gewalterfahrung außer Kraft setzen? Und wäre es allzu vermessen, den im Innern der Menschen noch fortdauernden Krieg besänftigen, tobenden Hass tilgen und der Erosion der Hoffnung entgegenwirken zu wollen?

Um sich einer Beantwortung dieser Fragen zu nähern, legen wir zunächst das irritierende und emotional hochbesetzte Material aus der Vignette beiseite, ohne es zu vergessen, und tragen im ersten Schritt Daten zu ihrem historischen, soziokulturellen und musiktherapeutischen Kontext zusammen. Dieses Vorgehen dient dazu, die sozialen Positionen von Klient und Therapeutin zu eruieren und zu präzisieren und beruht auf der Grundannahme, dass das Verhalten und Erleben von zwei Menschen in einer Interaktionsszene nur dann verstehbar werden kann, wenn der gesellschaftliche Kontext in die Analyse einbezogen wird. Vorzeitige und einseitige Interpretationen hingegen würden entweder auf eine Pathologisierung der Klientin oder auf eine Kritik am therapeutischen Vorgehen der Therapeutin hinauslaufen.

In einem zweiten Schritt greifen wir auf bereits bestehende und uns für das Verständnis interkultureller Begegnung geeignet erscheinende Ansätze zurück, und zwar einerseits auf die Community Musictherapy und andererseits auf die ethnopschoanalytischen Feldforschung. Aus diesen Fachgebieten wählen wir zwei zentrale Begriffe, nämlich „Partizipation“ aus der Community Musictherapy und „Soziales Sterben“ aus der Ethnopschoanalyse. Dieses Vorgehen, mit zwei Begriffen aus genuin divergierenden Wissens- und Anwendungsbereichen zu operieren, ruht auf der Grundannahme, dass Musiktherapie eine Praxis kommunikativ erzeugter Wirklichkeitskonstruktionen ist. Dass dies in besonderem Masse für die interkulturelle Musiktherapie gilt, wird im weiteren Verlauf dieses Beitrags noch deutlich. Jedenfalls kann die Beschreibung eines so komplexen Arbeitsfeldes bzw. die theoretische Reflexion nicht von Einstimmigkeit geprägt sein. Vielmehr ist von einem Pluralismus an Konzepten und wissenschaftlichen Positionen innerhalb der Musiktherapie auszugehen. Durch wechselseitiges Verweisen wird es möglich, neue Zusammenhänge herzustellen, die dann für eine konkrete musiktherapeutische Praxis relevant sind. Unser Vorgehen unterscheidet sich insofern von einem eklektischen Ansatz, als dass nicht einzelne Theoreme additiv oder patchworkartig zusammengefügt, sondern Knotenpunkte herausgearbeitet werden, die in einem sich fortwährend erneuernden Netzwerk von Verweisungszusammenhängen Resultat zweier sich ergänzender Prozesse sind, a) der Bestätigung (Wiederholung, Anerkennung) und b) der Erfindung (Modifikation, Neuentwurf) (vgl. Metzner 2004).

Bevor wir im letzten Schritt auf das Fallbeispiel zurückkommen, gilt es noch den Blick auf den Musikbegriff zu lenken, um die machtvolle Wirkung von (unbewussten) Wertvorstellungen und Kommunikationsprozessen unter den spezifisch musiktherapeutischen Bedingungen herauszuarbeiten. Abschließend ziehen wir einige Schlussfolgerungen, die sowohl für die Weiterentwicklung interkultureller Musiktherapiekonzepte dienlich sind, als auch dazu anregen, neue Perspektiven für bereits etablierte Teilbereiche innerhalb der Musiktherapie zu eröffnen.

## Zur Situation in Bosnien – Der Krieg, die Geschichte, die Gegenwart und das Musiktherapieprojekt

Im folgenden rekapitulieren wir in (sehr) groben Zügen die historische und soziokulturelle Situation auf dem Balkan, um eine ungefähre Vorstellung davon zu vermitteln, welche äußere Umwelt für ein 13jähriges muslimisches Waisenmädchen Normalität sein könnte. Jeder Versuch beinhaltet jedoch die Gefahr, im Versuch des Erkennens nur die eigene Normalität zu reproduzieren und den eigentlichen Gegenstand des Interesses – die Normalität des anderen – zu verpassen, ohne dies überhaupt zu bemerken. Für diesen Abwehrcharakter der Wahrnehmung gilt es sensibel zu sein.

Bosnien und Herzegowina ist ein Nachfolgestaat der ehemaligen Republik Jugoslawien, die zu den kompliziertesten modernen Staatsschöpfungen der Neuzeit zu zählen ist. Das 1918 gegründete „Königreich der Serben, Kroaten und Slowenen“, welches 1929 in „Jugoslawien“ umbenannt wurde, entstand aus Regionen, die kulturell, ethnisch und wirtschaftlich äußerst verschiedenartig waren. Trotz der Bemühungen um eine gesamtjugoslawische Identität, besonders auch in der Ära Tito (1945 bis 1980), blieben die nationalistischen Ideologien, religiösen Spannungen und gegenseitigen Vorurteile und Feindbilder zwischen den Bevölkerungsgruppen lebendig.

Nach dem Ende des Ost-West-Konfliktes verlor Jugoslawien seine Sonderstellung zwischen dem kapitalistischen und sozialistischen System. Bei den ersten demokratischen Wahlen 1990 gelangten in fast allen Republiken bürgerliche bzw. national orientierte Parteien an die Regierung. Die geplanten gesamtjugoslawischen Wahlen fanden nie statt. Die immer schon instabile und nur mühsam aufrechterhaltene Gesellschaftsstruktur zerfiel vollends. Durch die Selbständigkeitsbestrebungen unterschiedlicher Teilrepubliken und vor dem Hintergrund der unbewältigten Vergangenheit eskalierten die Konflikte und es entbrannte der Krieg. Angestachelt von Nationalisten auf allen Seiten, aber auch verflochten in die internationalen Interessenskonflikte bekämpften sich Serben, Kroaten und Muslime mitten in Europa im ausgehenden zwanzigsten Jahrhundert.

Dreieinhalb Jahre – von 1992 bis 1995 – tobte der Krieg in Bosnien und Herzegowina, und in keiner Teilrepublik des ehemaligen Jugoslawien verlief er so blutig, wie dort. Es war ein ethnisch geführter Krieg mit Massakern und Vertreibungen, ein Krieg um Gebietsgewinn, ein Religionskrieg, ein Krieg des Landes gegen die Städte, letztlich ein Krieg um die besten ökonomischen Chancen bei der bevorstehenden Neuordnung des Balkans. Verloren haben letztlich alle: Über 200 000 Tote, über 170 000 Verwundete, Tausende Invalide, so die erschreckende Statistik des Krieges. Und wer heute in den immer noch minenverseuchten Regionen lebt, ist ein potentiell Opfer, das hinzugezählt werden muss. Doch damit immer noch nicht genug. Zu beklagen sind über 35 000 Vermisste, rund 2 Millionen Vertriebene, Flüchtlinge und Umgesiedelte, ca. 40 000 vergewaltigte Frauen, von denen 10 000 minderjährig.

Zwar ist seit dem Friedensabkommen von Dayton der Staat Bosnien und Herzegowina mit seiner Fläche von 51 129 km<sup>2</sup> und Untergliederung in zwei Gebiets- und Verwaltungseinheiten (muslimisch-kroatische Föderation und serbische Republik) nun seit 10 Jahren nicht mehr im Kriegszustand aber der Alltag in Bosnien und Herzegowina ist nach wie vor von Spannungen zwischen den drei Volksgruppen, den muslimischen Bosniaken (44 %), christlichen Serben (31 %) und Kroaten (17 %) geprägt. Alle drei Gruppen haben nach wie vor ihre eigenen jahrhundertalten Ängste und Wünsche. Ihr religiöses Zugehörigkeitsgefühl ist stark und tief verwurzelt und ethnische Vorurteile und Feindbilder leben fort.

Die Wirtschaft des Landes liegt darnieder, Bosnien und Herzegowina ist nach wie vor mit dem Wiederaufbau beschäftigt und auf internationale Entwicklungshilfe angewiesen. Die meisten Einwohner leben immer noch in schlechteren Verhältnissen als vor dem Krieg.

### **Das interkulturelle Musiktherapie-Projekt**

Auch in Mostar, der alten herzegowinischen Hauptstadt, sind die Spuren des Krieges noch allenthalben sichtbar. Über die Ruinen verbrannter oder zerbombter Gebäude können weder der Wiederaufbau der berühmten Brücke hinwegtäuschen noch die Umgebung, die zu schönsten Naturlandschaften Bosniens zählt. In dieser von religiöser, kultureller und politischer Auseinandersetzungen und Teilung in Ost- und Westmostar immer noch geprägten Stadt fand im September 2004 ein Pilotprojekt der EAMTS (vgl. [www.eamts.org](http://www.eamts.org)) mit MusiktherapiestudentInnen aus verschiedenen Ländern Europas statt. Mit Unterstützung der professionellen MusiktherapeutInnen vom wiederaufgebauten Pavarotti-Center, einer nach dem Krieg wiederaufgebauten Musikschule, organisierten sie Workshops für kriegstraumatisierte Kinder und Jugendliche sowohl in einer Tagesstätte für Kinder mit Lern-, Körper- und geistigen Behinderungen (center for children with special needs) als auch im Waisenhaus auf der Ostseite Mostars.

Das in unserer Vignette beschriebene Mädchen wohnte in diesem Waisenhaus. Die Musiktherapie-Studierenden wohnten ganz in der Nähe und bekamen auf diese Weise viele Einzelheiten aus dem Alltag der Kinder mit. Als Arbeitsplatz dienten die Bibliotheken der beiden Einrichtungen, Musikinstrumente wurden vom Pavarotti Center zur Verfügung gestellt.

Die Verständigung mit den Kindern verlief über Mimik und Gestik unter Zuhilfenahme einiger serbokroatischer Wörter oder Sätze – vor allem aber in musikalischen Interaktionen. Eine Besonderheit war, dass Kinder, deren Familien während des Krieges als Flüchtlinge in Deutschland waren, sehr gut deutsch sprachen und dolmetschen konnten.

Die musiktherapeutische Konzeption der verschiedenen zweimal wöchentlich stattfindenden Gruppen von ca. 6–8 Kindern richtete sich nach den Bedürfnissen

der Kinder, war jedoch zum weitaus größeren Teil vom Wissensstand, von den praktischen Vorerfahrungen aber auch den länderspezifischen Ausprägungen des Faches Musiktherapie geprägt. Konzepte aus der Community Musictherapy hatten dabei den Vorrang. Im Gegensatz dazu hatten die Workshops, in denen die deutsche Musiktherapeutin, die in der Schlussphase ihrer Ausbildung war, arbeitete, ein psychotherapeutisch-psychoanalytisches Gepräge, zumindest was die Beziehungsgestaltung und die theoretische Reflexion betraf. Das Hauptanliegen bestand darin, mithilfe eines verlässlichen Beziehungsangebots eine Geborgenheit, Halt und Schutz gebende Atmosphäre zu schaffen, die als Voraussetzung für die spielerische Erkundung von Freiräumen und die Entwicklung von Ideen und deren Umsetzung ebenso diente, wie die Möglichkeit auch belastende Erfahrungen (Verluste, Einsamkeit, Verlassenheitsgefühle, destruktive Impulse) zum Ausdruck zu bringen. Die Gruppen waren daher geschlossen und die Stundenabläufe semi-strukturiert. Besondere Aufmerksamkeit wurde den zutage tretenden Wünschen, Bedürfnissen und Problemen der Kinder – etwa Momente tiefer Traurigkeit oder übersteigter Ausgelassenheit – geschenkt, auch wenn angesichts der begrenzten Zeit eine therapeutische Bearbeitung nur in Ansätzen denkbar war.

### **Community Musictherapy, deutsche Bezüge und der Begriff der Partizipation**

Community (cultural) Musictherapy ist inzwischen ein Sammelbegriff für sehr unterschiedliche Anwendungsformen von Musik zur Gesundheitsförderung und sozialen Integration außerhalb eines klinischen Settings. Wir folgen in unserem Beitrag im wesentlichen Stige (2003; 2005), und interessieren uns besonders für den Partizipationsbegriff, der zugleich Zieldefinition und methodischer Ansatz ist. Er erlangt seine Bedeutung durch die Kritik an der Ungleichheit zwischen Therapeut und Klient in Bezug auf Chancengleichheit, Ressourcenzugang und ‚context-transforming-power‘. Da er sich auf die Bedingungen in der postmodernen, westlichen Gesellschaft bezieht, ist er nicht ohne weiteres auf das hier dargestellte musiktherapeutische Projekt übertragbar. Um ihn, so wie wir ihn verstehen, mit Inhalt zu füllen, ist es hilfreich, zunächst einen etwas längeren Exkurs in die Geschichte der Musiktherapie in Deutschland zu unternehmen. Dieser gibt gleichzeitig einen Einblick in den historischen und soziokulturellen Kontext, innerhalb dessen die berufliche Identitätsbildung der deutschen Therapeutin in unserem Beispiel stattgefunden hat. Insofern ist dieser Exkurs auch als eine Parallele zur Darstellung der Lebenswelt des bosnischen Mädchens zu sehen.

### **Exkurs: Musiktherapie seit den 70er Jahren in Deutschland**

Innerhalb von Deutschland geht das, was heute weltweit unter den Begriffen Community oder Cultural Musictherapy rangiert, wie Stige (2005) richtig ausführt, auf

eine Tradition zurück, die ihre Hochblüte in den 70er Jahren hatte, und zwar sowohl im Osten wie im Westen des damals noch geteilten Landes. Mit dem Einsatz von Musik im sozialpädagogischen oder sozialtherapeutischen Kontext sind namhafte und international bekannte Personen verbunden, so unter anderem (alphabetisch) Hans-Helmut Decker-Voigt, Isabelle Frohne-Hagemann, Hartmut Kapteina, Christoph Schwabe und Almut Seidel. Angeregt durch die Experimentierfreudigkeit im Bereich der Neuen Musik und getragen vom damaligen Zeitgeist, gesellschaftliche Strukturen ernsthaft zu hinterfragen sowie Vorstellungen und Diktionen aufzubrechen (Stichwort Psychiatrie-Reform) strebten diese Fachvertreter zwar eine Differenzierung zwischen eher psychotherapeutisch und eher sozialtherapeutisch-pädagogisch orientierter Musiktherapie an, wollten eine Spaltung aber vermieden wissen. So ging Schwabe im System der DDR sogar reale persönliche Risiken ein, und das damalige Schaffen Decker-Voigts wird rückblickend gewürdigt als „ein visionärer Vorstoß, soziokulturelle Aktivitäten mit Musik einerseits und Musiktherapie andererseits in einem gemeinsamen ‚Raum‘ ideell, konzeptionell und theoretisch abgesichert aufgehoben zu wissen und in der – den beiden Bereichen eigenen – Spannung zu halten, ohne vorschnell auszugrenzen ...“ (Seidel 2005, 32). Gleiches gilt für die anderen o.g. Vertreter – bemerkenswerterweise alleamt Kriegskinder bzw. Angehörige der Nachkriegsgeneration.

Nicht explizit ausgeführt wurde in den Publikationen, dass der damalige Zeitgeist vor allem einen starken politischen Impetus hatte. Ausgelöst durch einen gesellschaftlichen Aufbruch, d.h. Bürgerrechts- und Studentenbewegungen in zahlreichen Ländern, wurde in den späten 60er Jahren in Deutschland, zumindest in bestimmten intellektuellen Kreisen, die bis dato betriebene Verdrängung kollektiver Schuld am Holocaust und am 2. Weltkrieg zu einem wichtigen Thema. Auch wurde die Aufdeckung von bis in die Gegenwart reichenden Spuren der nationalsozialistischen Vergangenheit vorangebracht, sei es in Behörden und Institutionen, in der Wissenschaft und der Kunst. Der Prozess der Vergangenheitsbewältigung kann nicht als abgeschlossen gelten, denn erst jetzt, seitdem die 2. und 3. Nachkriegsgeneration erwachsen geworden ist – ihr gehören die beiden Autorinnen dieses Beitrags an – werden auch die jahrzehntelang aufrechterhaltenen Tabus in den Familiengeschichten berührt und die individuellen Verstrickungen mit der nationalsozialistischen Diktatur rekonstruiert.

Es bedürfte eigentlich einer differenzierteren Betrachtung dieser Thematik, besonders auch im Hinblick auf die jeweils ost- und westdeutsche Ausprägung, als es in diesem Rahmen möglich ist. Uns reicht hier der Hinweis, dass es wohl nicht abwegig ist, eine Verbindung anzunehmen zwischen den damaligen musiktherapeutischen Theorie- und Konzeptbildungen und der selbstkritischen Auseinandersetzung mit der Geschichte des eigenen Volkes sowie den (unbewussten) Selbstheilungs- und Wiedergutmachungswünschen (siehe hierzu auch Buchholz 1998). Vielleicht kann man sogar so weit gehen und darin den Versuch sehen, die kollektive ‚Unfähigkeit zu trauern‘ (Mitscherlich und Mitscherlich 1967) zu überwinden.

Der Integrationsgedanke von Musik(psycho)therapie und sozialkulturellen Aktivitäten mit Musik verlor indes seit den 80er Jahren besonders in Westdeutschland seinen Einfluss innerhalb der sich vergrößernden Berufsgruppe, die um der Etablierung willen dem Anpassungsdruck an die herrschenden Verhältnisse im Sozial- und Gesundheitswesen (Stichwort: Psychotherapie-Gesetz) nachzugeben trachtete und dementsprechend auch die meisten Ausbildungen inhaltlich darauf ausrichtete. Inzwischen ist es längst an der Zeit, die in der Anpassung liegende Unzumutbarkeit für die Entwicklung des Faches stärker wahrzunehmen und auch der Konformität mit mehr Bewusstheit zu widerstehen.

Eine Auseinandersetzung mit der Community bzw. Cultural Musictherapy, die sich in vielen Ländern inzwischen großer Beliebtheit erfreut, dürfte hierfür überaus nützlich sein, doch sie wird in Deutschland derzeit eher verhalten geführt. Dies hängt unseres Erachtens vor allem damit zusammen, dass es bisher innerhalb der Berufsgruppe nicht zu gelingen scheint, mit divergierenden Konzepten (Psychotherapie versus Soziotherapie) konstruktiv umzugehen. Dabei wären Diskussionen mit gemeinsam empfundenem, intellektuellem Vergnügen an der inhaltlichen Auseinandersetzung zu führen, bei denen am Ende jeder nur gewinnen kann.

### **Der Begriff der Partizipation**

Wie Stige vorschlägt, ist eines der drei wesentlichen Merkmale von Community Musictherapy das der Wertebezogenheit: „Community Musictherapy is valuedriven.“ (Zit. Stige 2004). Wenn also ethisch-moralische Argumente zur wesentlichen Grundlage eines Therapiekonzeptes gemacht werden, sind zum einen der Gültigkeitsbereich und zum andern die zugrunde liegende Motivation, desjenigen, der den Wert festlegt, abzuklären. Dies legen die Erfahrungen aus der interkulturellen Musiktherapie nahe. Denn in einer Welt voller Widersprüche können Ideale und Werte (z. B. Individualität, Bedürfnisbefriedigung, Selbstverwirklichung, Harmonie) wohl kaum als jene deklariert werden, denen sich alle Kulturen und gesellschaftlichen Gruppierungen anschließen sollten. Und außerdem: Erst die selbstkritische Befragung eigener Motive könnte ausschließen, dass in Wertvorstellungen die Projektion kollektiv oder individuell unbewusster Inhalte einfließt. Zwar ist bei der projektiven Wahrnehmungsverzerrung nicht gleich die Gewissenhaftigkeit des ethischen Anliegens aufgehoben, aber unbewusste Tendenzen, den Klienten für andere als die deklarierten Ziele zu manipulieren, sollten besser eingegrenzt werden.

Im Zusammenhang mit der Wertebezogenheit wird auch der Begriff der Partizipation genannt. Aus unserer Sicht und aus den Erfahrungen mit der interkulturellen Musiktherapie kann Partizipation als therapeutisches Ziel, wenn der Begriff einen gesundheitsrelevanten Status haben soll, nicht einfach die Fähigkeit sein, an allem und jedem zu partizipieren. Wollte man ihn grundsätzlich beibehalten, wäre ihm die Frage nach dem Selbstideal eines Klienten voranzustellen, nach seinem uto-

pischen Entwurf eines positiven sozialen Ortes und seinen subjektiven Vorstellungen darüber, wie er jetzt oder in Zukunft sein möchte. Daran schließt sich dann die Frage an, wie der Klient die Traditionen und kulturellen Muster seiner Gesellschaft verwendet, um gegen empfundene Ungerechtigkeiten vorzugehen oder um subjektive Wünsche zu befriedigen, d. h. über welche Möglichkeiten des Widerstandes und der moralischen Autonomie er verfügt. Dies herauszufinden dürfte (Teil-)Ziel der musiktherapeutischen Arbeit sein, wobei auch die Möglichkeit inkludiert sein muss, dass der Klient seinen Widerstand in die Musiktherapie einbringt und z. B. auch gegen die Musik, gegen den Therapeuten, gegen das Vorgehen oder gegen die Zielsetzungen (z. B. Partizipation) opponiert.

Parallel zu den vorangegangenen Ausführungen, kann Partizipation als Methode, wenn der Begriff einen therapielevanten Status haben soll, nicht einfach Ausdruck eines niedrigschwelligen Angebots für bedürftige Klienten in einem außerklinischen Setting sein. Wollte man ihn grundsätzlich beibehalten, wäre ihm die Frage nach der Partizipation des Therapeuten an der Lebenswelt des Klienten voranzustellen. Das heißt neben der bereits erwähnten Erforschung eigener Motive wären Fragen zu stellen nach den tieferliegenden subjektiven, u. U. auch ambivalenten Einstellungen des Therapeuten seinem Klienten gegenüber, nach seiner Fähigkeit Irritationen bezüglich der eigenen Rollenauffassung und des Selbstideals zu tolerieren und nach seiner Bereitschaft, sich auch persönlich zu verändern bzw. verändern zu lassen. Hierfür bedarf es des Mutes und der Autonomie, des intellektuellen Erkennens von Machtstrukturen und Unterdrückungsmechanismen (z. B. Ethnozentrismen, Androzentrismen) und des psychologischen Fachwissens über intrapsychische und interpersonelle Prozesse. Mit einer möglichen Quelle hierfür beschäftigen wir uns im folgenden Abschnitt.

### **Psychoanalytische Musiktherapie, Ethnopsychanalyse und der Begriff des Sozialen Sterbens**

Grundannahme für die psychoanalytische Musiktherapie ist das Vorhandensein und die Dynamik eines Unbewussten, das Einfluss auf die interpersonellen und intrapsychischen Prozesse innerhalb und außerhalb des musikalischen Geschehens nimmt. Daher beruht die Besonderheit der therapeutischen Beziehung auf der emotionalen Partizipation, d. h. der Achtsamkeit des Musiktherapeuten gegenüber den eigenen, durch die Mitteilung des Patienten ausgelösten Reaktionen, Gefühlen, Phantasien, Einfällen. Die daran anknüpfende, theoriegeleitete Reflexion sucht nach dem zugrunde liegenden, unbewussten Sinn von beidem, von Mitteilung und Reaktion.

In der Therapie entsteht die Dynamik der Beziehung durch die Verschiedenheit der beiden Partner – Therapeut und Patient – und zwar in ihrer kulturspezifischen Psychodynamik und in ihrem kulturellen Milieu. Dies gilt für jede psychoanalytische Therapie, ist jedoch für die interkulturelle Therapie besonders

augenfällig. Entlang der Beziehungsdynamik, die sich in Form von Widerstand, Übertragung und Gegenübertragung entwickelt, wird die Art und Weise fassbar, in der der Klient als Subjekt auf gesellschaftliche und institutionelle Gegebenheiten reagiert und wie diese auf sein individuelles Bewusstsein und Unbewusstsein einwirken. Die Subjektivität eines Individuums kann als die individuelle Ausgestaltung gesellschaftlicher Möglichkeiten gesehen werden (vgl. die materialistische Sozialisierungstheorie von A. Lorenzer 1972).

Auch die Ethnopsychoanalytikerin Nadig geht von einem dialektischen Verhältnis zwischen individuellen und gesellschaftlichen Strukturen aus: „Die besondere Wahl, die ein Individuum unter verschiedenen gesellschaftlichen Möglichkeiten vornimmt, ist mit seinen lebensgeschichtlichen Erfahrungen zu erklären, mit seiner spezifischen Position im gesellschaftlichen Gefüge. Es kann also nicht darum gehen, eine klare Grenze zwischen Subjektivität und gesellschaftlicher Objektivität zu ziehen, sondern sie in ihrem besonderen *Verhältnis* zueinander zu erkennen.“ (Zit. Nadig 1997, 34).

Damit haben wir in einen Spezialbereich der ethnologischen Forschung übergeleitet, der auch für die Besonderheiten in einer interkulturellen Therapie Gültigkeit hat (vgl. Bürger 2005). Denn in der interkulturellen Begegnung entstehen Irritationen und Verunsicherungen, mit denen der Therapeut im eigenen Kulturkreis nicht rechnen würde. Es handelt sich dabei um Verhaltensweisen, die Erwartungshaltungen und Projektionen seitens des Klienten gegenüber dem Therapeuten herrühren. Es sind Erschütterungen seiner Selbstdefinition. Gegen diese setzt der Therapeut reflexartig Schutzmechanismen, Abwehrstrategien in Gang, die seine Wahrnehmung und Interpretation von Tatsachen jedoch verzerren. Zu den typischen Abwehrformen im therapeutischen Bereich gehören zum einen die Pathologisierung der fremden Verhaltensweisen und zum anderen die Faszination am Exotischen, die auch in Kombination mit melancholischen Gefühlen zu Tage tritt. Beiden interkulturellen Abwehrformen liegen unbewusste Größen-, Missions- oder Heilungsphantasien zugrunde, die durch die Abwehrform geschützt und erhalten werden.

Störungen in der Kommunikation und Konflikte in der Beziehung bleiben unbemerkt und Chancen der Veränderung ungenutzt, weil, wie Erdheim richtig schreibt, exotisch immer das ist, was einen *nicht* an die eigene Familie erinnert und trotzdem deren Werte und Gewohnheiten bestätigt (vgl. Erdheim 1988, 260). Nur eine sorgfältige und mit einem deutlichen Akzent auf kulturelle Aspekte ausgerichtete Gegenübertragungsanalyse kann dazu beitragen die unbewussten Dimensionen der kulturspezifischen und/oder institutionellen Einflüsse aufseiten des Therapeuten zu erkennen und dadurch einen unverstellteren Zugang zur Normalität des Klienten zu gewinnen. Nadig (1997) beschreibt den Prozess, auf festgefügte klassen-, kultur- und zum Teil geschlechtsspezifischen Rollenidentifikationen und die damit verbundenen Wertvorstellungen vorübergehend zu verzichten, als „soziales Sterben“ – ein, wie wir finden, sehr extremer Begriff. Sie zeigt jedoch auf, welche Quellen der Information über die fremde Kultur sich auftun,

wenn der Forscher (bzw. der Therapeut) die ihm entgegengebrachten Erwartungshaltungen und Projektionen als eine Mitteilung innerhalb der (therapeutischen) Beziehung akzeptieren kann. „Jede bewusst erkannte Projektion stellt einen Aspekt der betreffenden Kultur dar; der Zeitpunkt und die Umstände, in denen sie auftaucht, die Art in der sie eingesetzt wird, und wodurch sie verschwindet, all das gibt Aufschluss über Funktionsmechanismen und Konfliktstrukturen der betreffenden Gruppe.“ (Zit. Nadig 1997, 45).

Die Zweckdienlichkeit des „sozialen Sterbens“ für das therapeutische Verstehen in der interkulturellen Therapie sollte jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass das persönliche Risiko, das der Therapeut eingeht, ohne die Absicherungen einer fundierten Ausbildung, eines therapeutischen Rahmens und einer begleitenden Supervision zu groß ist. Wir denken dennoch, dass die Achtsamkeit für Abwehrmechanismen, die auf Irritationen und Verunsicherungen folgen können, und das Wissen um die besonders unangenehme Berührung mit den eigenen grandiosen Phantasien auch in weniger abgesicherten Therapieverhältnissen sehr hilfreich sind. Soziales Verhalten folgt nun einmal keinem universalen, angeborenen Muster. Vielmehr ist die Wahrung von kulturspezifischen Kommunikationsmustern, Rollenvorgaben und moralischen Werten in jeder Gesellschaft und jeder gesellschaftlichen Untergruppierung während der Kindheit und Jugend unter Verzicht von Triebbedürfnissen erlernt und eingeübt worden, so dass es objektiv für jeden Menschen schwer ist, Toleranz und Verständnis für das Fremde zu erwerben. Alexander und Margarethe Mitscherlich (1998, 59) bemerken hierzu, dass uns leicht eine Art Schwindel überfällt, wenn wir uns davon überzeugen müssen, dass man sein Leben auch unter einer anderen moralischen Formel führen kann, als es uns in der Kindheit vermittelt worden ist.

Mit diesem Leitgedanken wenden wir uns dem Einsatz von Musik in der interkulturellen Therapie zu.

## **Musik – Sphäre des Fürwahrhaltens**

„In der Musik aus anderen Herkunftsländern lassen sich vorhandene Strukturen wieder erkennen, mit denen gemeinsame musikalische Gestaltungen im Kontext der ‚fremden‘ Musik möglich sind. Die verschiedenen Formen und Charakteristiken sind dabei zwar geprägt von dem Herkunftsland, ähneln sich aber übergreifend insofern, als dass sie dem/den Musizierenden auch fast immer Möglichkeiten für Improvisationen vorgeben.“ (Zit. Braak 2006, 251) Die Autorin sieht ähnlich wie Baer (2006) eine kritische Auseinandersetzung mit eigenen musikalischen Vorstellungen sowie eine therapeutische Haltung der Toleranz, Vorurteilsfreiheit und eine flexible und kultursensible Herangehensweise als *conditio sine qua non* an für das Gelingen von musiktherapeutischen Prozessen, die zu Akzeptanz und Identitätsbildung führen (a. a. O., 250ff.). Es handelt sich hierbei um Grundwerte,

die im Referenzrahmen eines westlichen Therapieverständnisses nicht in Frage gestellt werden können und hier generalisierend auf die Musik bzw. das musikalische Handeln übertragen werden.

Präzisere oder exemplarische Angaben darüber, was unter übergreifenden Ähnlichkeiten im musikalischen Material zu verstehen ist, werden von Braak (a. a. O.) nicht benannt. Aus psychoanalytischer Sicht kann dem jedoch auch ohne nähere Informationen erst einmal insofern zugestimmt werden, als dass über die Wahrnehmung von Ähnlichkeiten in der Musik oder, so möchten wir hinzufügen, die Wahrnehmung von Ähnlichkeiten in der Art des Musizierens eine Illusion im Sinne Winnicotts (vgl. Metzner 2005b) gebildet wird, die als Grundlage des Gefühls zu verstehen bzw. verstanden zu werden fungiert. Allerdings wird von einem Gelingen des therapeutischen Prozesses nur die Rede sein können, wenn diese Illusion aufseiten des Klienten gebildet und eine Weile aufrechterhalten wird. Anders formuliert: Eine Situation verändert sich im positiven Sinne, wenn der Klient in der Lage ist, während des Musizierens dem Gegenstand der Wahrnehmung, dem Klanggeschehen, ein Muster oder eine Struktur abzunehmen, die in einem gewissen Passungsverhältnis zu bereits vorgeprägten Erfahrungsstrukturen (Erinnerungsspuren, Erwartungen) steht. Es handelt sich dabei sowohl um musikalische, im Enkulturationsprozess erworbene Erwartungshaltungen als auch um bio-psycho-soziale Verhaltens- und Erlebensmuster.

Der Gegenstand (die Musik) gewinnt durch die Differenzierung von ‚ist/ist nicht‘ bzw. ‚passt/passt nicht‘ an Kontur, wird (wieder-)erkennbar und in den Bestand von Erfahrung eingegliedert. Da die Differenzierung von ‚passt/passt nicht‘ von Lust/Unlustgefühlen begleitet ist, gewinnt das Individuum eine immer sicherer werdende emotionale Orientierung und den Anstoß für weitere, Befriedigung suchende Eigenaktivität. Das bedeutet, es sind auch die Differenzen in der Passung von inneren Erwartungen und äußeren, musikalischen Strukturen, die Anlass dafür geben, dass im Spiel die Zusammenschlüsse von Wahrnehmungsorganisation und Gegenstandsstruktur probeweise fortgesetzt werden. Im Laufe dieser An-Passung werden sowohl Wahrnehmungsorganisation als auch Selbst- und Objektrepräsentanzen evolutiv ausdifferenziert. Der Prozess der Abgleichung von Strukturen setzt sich solange spiralförmig fort, bis Musik oder Musizieren vorübergehend zu einer Sphäre des Fürwahrhaltens oder auch Fürschönhaltens werden, und zwar mit einem für das Individuum merkbaren Übergang zu der den Gegenstand umgebenden, nicht-identischen Umwelt.

Soweit die für uns denkbare theoretische Untermauerung der These, dass Musik aufgrund der Wahrnehmung von Ähnlichkeiten und – dies muss nun hinzugefügt werden – auch aufgrund der Wahrnehmung von Differenz in der Arbeit mit Menschen aus einem anderen Kulturkreis gewinnbringend sein kann, und zwar genau genommen in umgekehrter Blickrichtung als es die oben genannten Autoren sehen. Genauer: sowohl die Ähnlichkeiten als auch die Unterschiede im musikalischen Angebot des Therapeuten vermögen entwicklungs- und kreativitätsfördernd zu wirken, sofern die Patienten sie für die Illusionsbildung verwenden können.

Musik als Material birgt generell Potenzen von sowohl Übereinstimmung als auch Differenz (vgl. Stige 2002, 104). Auch wenn die Wurzeln von Musik bis zu leiblich-vegetativen Strukturen oder pränatalen und frühkindlichen Erfahrungswelten zurückverfolgt werden können, so ist Musik doch keine Universalsprache (vgl. Brown 2002, 88). Sie wird richtigerweise als präsentatives Symbolsystem (im Sinne von Langer 1984) für Arten menschlichen Fühlens angesehen, doch würde Langer gänzlich falsch verstanden, wenn von universellen, gewissermaßen natürlichen Arten des Fühlens ausgegangen werden könnte, welche musikalisch artikuliert werden, ohne wiederum das Nadelöhr irgendeiner Formalisierung passieren zu müssen. „Even the most spontaneous of acts is channeled through some socially and culturally defined mode of expression in order to be comprehensible as communication“, schreibt Stige (2002, 105). Das sozial und kulturell geformte musikalische Idiom birgt ein erkenntnistheoretisches Problem für denjenigen, der mit diesem Idiom unvertraut ist, und zwar gerade auch wegen der bis ins leiblich-vegetative hinabreichenden Strukturen uneinholbar unvertraut. Wer vermag schon zu sagen, was ein bestimmter Klang, eine Folge von wenigen Tönen oder die Art der Hervorbringung im Referenzrahmen eines Anderen zu bedeuten hat. Die Einfühlung in die musikalische Äußerung des Anderen geht nicht ohne Risiko und Spekulation. Wünsche nach Harmonie, Ähnlichkeit und Gemeinsamkeit seitens des Therapeuten oder auch die einseitige Betonung von Ähnlichkeit im Gegensatz zur Differenz verdecken hingegen das Problem des Nicht-Erkennen-Könnens eher, als dass sie es lösen. Anders formuliert: wenn der Therapeut sein Fürwahrhalten einer Musik als Wahrheit verkennt, dann verspielt er den Bezug zur Realität und macht die Andersartigkeit des Anderen zunichte, die anzuerkennen seine Aufgabe wäre.

Für uns bleibt die Frage offen, warum der Aspekt der Differenz sowohl in Bezug auf das Medium Musik als auch in Bezug auf die Kommunikation innerhalb der interkulturellen Therapie generell zwar in der englischsprachigen Publikationslandschaft problematisiert, in den deutschen Publikationen gleichwohl vernachlässigt wird (Baer 2006, Braak 2006) Wir betreten ungesichertes Terrain, wenn wir nicht ganz ausschließen, dass es möglicherweise einen Zusammenhang gibt, zwischen der Tatsache, dass es einerseits einen Nachholbedarf bei der Rezeption ausländischer Quellen und andererseits den Leerstellen in der Vergangenheitsbewältigung der deutschen Geschichte des 20. Jahrhunderts (siehe mit Bezug auf die Migrantenarbeit in pädagogischen Einrichtungen auch Haas, 2006). Vielleicht trifft dies auch auf Leerstellen innerhalb des Faches Musiktherapie zu, nämlich auf ein bisher nicht ausreichend geklärtes Verhältnis von Musiktherapie und Kunst sowie von musiktherapeutischem Musikbegriff und Neuer Musik.

## Die Vignette: Analyse und Interpretation

Nun greifen wir die eingangs geschilderte Vignette wieder auf. Wie aus der Beschreibung ersichtlich ist, nimmt Layla Kontakt zu der Therapeutin in einer Situation auf, in der diese mit einer Alltagshandlung, dem Aufräumen, beschäftigt ist und nicht damit rechnet. Der überfallartige Charakter der Handlungen und der unverständliche Redeschwall, bei dem Layla davon ausgehen muss, dass die Therapeutin sie nicht verstehen kann, geben Anhaltspunkte dafür, dass Layla eine traumatische Situation reinszeniert. Dabei geht es wie im Kriegsgeschehen, das die Zivilbevölkerung erlebt, um einen überraschenden Angriff auf die körperliche Unversehrtheit, auf den Besitz und/oder auf die psychische Integrität. Entsprechend der üblichen psychoanalytischen Hypothesenbildung, kommuniziert Layla die Gefühle des Opfers, indem sie sie in die Therapeutin verlegt. Angst, Ohnmacht, verzweifelte Wut und Entsetzen, die die Therapeutin erlebt, werden als konkordante Gegenübertragungsgefühle aufgefasst. Das Agieren in der Gegenübertragung – Festhalten und nach außen die Ruhe bewahren – wäre in diesem Sinne als unbewusste Identifikation mit den Abwehrmöglichkeiten von Layla zu interpretieren, d. h. als krampfhafter Versuch, die Kontrolle über den eigenen Körper, den Besitz und die Situation zu behalten. Nicht zu übersehen ist jedoch hier, dass die ungewöhnliche Kontaktaufnahme von Layla bei der Therapeutin auch subjektive Irritationen auslöst, die sie unweigerlich in den Konflikt zwischen dem Wunsch einer empathisch-identifikatorischen Annäherung und dem reflexiv abgrenzenden Rückzug hinein führen.

Auch die Zeugen dieser Szene und ihre Unfähigkeit einzugreifen, dürften eine Rolle spielen. Es bleibt jedoch völlig offen, ob es sich um die Reinszenierung einer triadischen Situation handelt, bei der Layla beispielsweise ihre eigene Zeugenschaft in einer Gewaltszene zwischen Dritten delegiert. (In diesem Fall ginge es gar nicht primär um das, was in der Szene so sehr im Vordergrund zu stehen scheint, also nicht um die Interaktion zwischen Layla und der Therapeutin.) Denkbar wäre aber auch, dass sie zeitgleich mit der Inszenierung der traumatischen Situation ein Traumakompensationsschema (vgl. Fischer, Riedesser 2003) z. B. die Dissoziation von Wahrnehmen, Fühlen und Handeln externalisiert.

Dass uns diese Art der Interpretation nicht ausreichen wird, ist aus den vorangegangenen theoretischen Erörterungen bereits deutlich geworden. Vielmehr sehen wir die Gefahr, Verhaltensweisen von Layla einseitig als pathologische und individuelle, in diesem Fall traumatische Abwehrformen zu deuten, wenn nicht darin auch sowohl wechselseitige als auch kulturspezifische Einflussfaktoren erkannt werden.

Unsere Ausführungen zum Begriff der Partizipation legen nahe, die Frage nach der Beteiligung und den Motiven der Therapeutin zu stellen. Es wären dabei nationale Gesichtspunkte, die mit der Gemeinschaft der Länder auf dem europäischen Kontinent zusammenhängen (geographische Nähe des Krieges, ethisch-moralische Auseinandersetzungen über adäquate Formen der Außenpoli-

tik, humanitäre Hilfe etc.) ebenso zu berücksichtigen wie gesellschaftliche Entwicklungen z.B. das innerhalb der westlichen Wohlstandsgesellschaften wachsende Interesse am Abenteuer und an Extremerlebnissen. Wir halten jedoch einen anderen Aspekt für tiefergehend, nämlich die Tatsache, dass die am Projekt beteiligten jungen Musiktherapeuten die Enkel einer Generation sind, die ihrerseits im Kindes- und Jugendalter den 2. Weltkrieg und die Nachkriegszeit in Europa erlebt haben. Die Erlebnisse und Überlebensstrategien der damaligen Kriegskinder in den verschiedenen Ländern Europas sowie die Spätfolgen sind in den letzten Jahren mehr und mehr ins Blickfeld gekommen. Dabei wurde deutlich, dass die Betroffenen vieles aus ihrer Wahrnehmung und aus dem Gedächtnis gestrichen haben, um weiterleben zu können, vieles haben sie auch verschwiegen, um andere (die eigenen Eltern oder später die eigenen Kinder) nicht zu belasten. Doch die Brüche in den Biographien und die Leerstellen in den Erzählungen haben sich den nachfolgenden Generationen vermittelt, Traumata und Traumakompensationsschemata sind transgenerational weitergegeben worden und harren einer Bearbeitung – typischerweise in der 3. Generation. Somit dürften einerseits die persönliche Betroffenheit, die nicht unbedingt eine individuelle Betroffenheit sein muss, und andererseits die Suche nach den Wurzeln der eigenen Geschichte die stärksten Motive für die jungen Therapeuten sein, sich in ein Nachkriegsgebiet zu begeben und kriegstraumatisierten Kindern und Jugendlichen helfen zu wollen.

Bei der deutschen Therapeutin kommt noch eine weitere Dimension hinzu. Indem sie sich für einen Musiktherapieansatz entschieden hat, der eine deutliche psychoanalytische Prägung hat, riskiert sie durch die Übertragungs-Gegenübertragungsbeziehung mit der Täter-Seite identifiziert zu werden, folglich mit Hass, Schuld und mit Scham in Berührung zu kommen. Sie setzt sich also einer Situation aus, die einerseits mit der Vergangenheit Deutschlands assoziiert ist, andererseits mit den tief verwurzelten radikal-nationalistischen, ethnischen Feindbildern, die auf dem Balkan herrschen und von denen dort keine Gruppierung frei ist.

Persönliche Motive des Therapeuten und transgenerational relevante Themen, die einen Einfluss auf die Wahrnehmungen und Interaktionsformen haben, müssen, das wird hier deutlich, in die Gegenübertragungsanalyse einfließen – doch in unserem Beispiel fehlen ebenso wie aufseiten von Layla konkrete Informationen, so dass Fragen offen bleiben müssen. Dies heißt jedoch nicht, dass unsere Analyse der Vignette schon erschöpft ist.

Das Mädchen Layla kommt am ersten Tag des Projektes, jedoch nicht zu dem eigentlichen Therapieangebot sondern außer der Reihe. Es ist durchaus damit zu rechnen, dass sie, so wie andere Menschen auf dem Balkan auch, die Therapeutin nicht einseitig positiv als Helferin sieht, sondern anders. Die junge Frau, eine Christin, die frei ist und ihr Leben selbst bestimmt, die einen Beruf hat und im Besitz von wertvollen Gegenständen ist, dürfte einem Selbstideal von Layla entsprechen, das sie bewundert und anstrebt, aber auch beneidet und vernichten möchte, weil es so unerreichbar scheint und zudem einer fremden, feindlichen Welt angehört.

Indem Layla gegen die Teilnahme an der Musiktherapiestunde opponiert und den Kontakt in einem Moment sucht, in dem die Therapeutin nicht durch ihre Rolle geschützt ist, lässt sie diese teilhaben an ihrer Ohnmacht, ihrer verzweifelten Wut und inneren Zerrissenheit.

Wenn wir darüber hinaus davon ausgehen, dass die Klientin sich mit ihrer Opposition auf einer Ebene darzustellen sucht, dass sie den gültigen Normen ihrer Kultur *nicht* widerspricht, wird nicht nur der Bezug zur Innenwelt sondern zur Umwelt deutlich. In den Augen der Klientin ist die Therapeutin aus dem reichen europäischen Nachbarland nämlich jemand, der materielle Geschenke zu verteilen hat, so wie die Lieferungen von Kleidern, Medikamenten und allerhand Materialien. Layla weiß nichts davon, dass die Kleider für uns Altkleider sind oder dass Spenden von der Steuer absetzbar sind. Sie hat keine Ahnung, dass eine Musiktherapiestudentin, die in ihren Augen reich, gemessen an unseren Verhältnissen jedoch arm ist. Sie weiß nicht, dass die Gitarre nur geliehen ist, sondern sie sieht die Therapeutin im Besitz der Gitarre und nimmt wahr, dass diese junge Frau etwas geben möchte. Zum Musizieren und zum Erkennen von Ähnlichkeiten oder Differenzen im Material kommt es erst gar nicht. Die kulturelle Fremdheit beherrscht die Szene bevor überhaupt der erste Ton erklingen ist und macht sich allein am Vorhandensein des Musikinstrumentes fest. Ausgehend von ihrer je eigenen Subjektivität interpretieren sowohl Layla als auch die Therapeutin die Vorgänge in der jeweils eigenen Außenwelt unterschiedlich. Die Therapeutin ist mit einem Selbstverständnis nach Mostar gekommen, das vorsieht, psychologische Hilfe anzubieten. Musik und Musizieren sind ihr Mittel, nicht das Verteilen von Musikinstrumenten. Wenn die Therapeutin versuchen wollte, Layla dies zu erklären, hieße das, von Layla die Einsicht verlangen, dass sie, die Therapeutin, im Recht ist. Sie würde auch dem Impuls nachgeben, ihre Scham abwehren zu wollen: Scham darüber, dass sie im Grunde mit leeren Händen dasteht, dass die Größenphantasie, helfen zu wollen, sich in Sekundenschnelle in Luft auflöst und nicht mehr trägt. Dass sie selbst instinktiv kulturspezifisch gehandelt hat, indem sie zuallererst den eigenen Besitz zu verteidigen suchte.

Hätte z. B. die Therapeutin die Differenz – jetzt einmal positiv betrachtet – nicht ausgehalten, sondern hätte nach den Wünschen von Layla gehandelt, wäre in der Szene möglicherweise die traumatische Erfahrung, d. h. der Verlust des Rechtes auf körperliche Integrität, auf Selbstbestimmung und auf Anderssein bestätigt worden. Solch eine Wendung knüpft nun an den Gedanken des Schwindelgefühls an, denn es zeigt sich unter Einbeziehung von psychopathologischer Vermutungen *und* von kulturspezifischen Tendenzen in die Interpretation, wie unmöglich es ist, mehrere, teilweise sogar gegenläufige Dimensionen einer einminütigen Interaktionsszene gleichzeitig zu erfassen.

Doch es ist nicht ausweglos. In unserem konkreten Beispiel war es gerade die nachträgliche Scham, die es der Therapeutin ermöglicht hat, den Prozess des sozialen

Sterbens zu erkennen und zu akzeptieren. Die Wendung zur eigenen Subjektivität und der Verzicht, innerlich darauf zu beharren, ließen für einen Moment die wirkliche „Teilnahme“ am fremden Lebensraum erkennen.

Ob dies auf Gegenseitigkeit beruhte? Dies lässt sich nicht eruieren. Aber die Tatsache, dass Layla von da ab an der Musiktherapiegruppe für Mädchen ihres Alters teilnahm, erlaubte der Therapeutin eine weitere sukzessive Annäherung an Laylas Realität, in der durchaus auch Reinszenierungen traumatischer Erlebnisse erkennbar wurden. Diese wahrzunehmen und damit anzuerkennen, ohne sie zu vertiefen oder gar bearbeiten zu können – darin bestand im Rahmen des Projektes die besondere therapeutische Herausforderung. Am Ende dieser Therapie gab es eine Begegnung, in der die Verwobenheit von Persönlichkeit und Kultur in der therapeutischen Beziehung nicht besser zum Ausdruck gebracht werden konnte: Kurz vor Abfahrt der Musiktherapeuten kam Layla zur deutschen Therapeutin, um sich von ihr zu verabschieden und eine Plastiktüte mit Geschenken zu überreichen – einen Plüschbären, ein selbst gebasteltes Armband, eine bosnische Teenie-Zeitschrift, ein modisches Trägerhemd mit Glitzerfäden, ein zerrissenes Foto von ihr als kleines Mädchen sowie ein langer Brief auf serbokroatisch, der ihren größten Wunsch enthält: von der Therapeutin nicht vergessen zu werden.

### **Zusammenfassende Bemerkungen**

Angesichts der Komplexität der vorangegangenen Ausführungen möchten wir gern einige Kernaussagen treffen, die uns geeignet erscheinen, in einem Konzept interkultureller Musiktherapie Berücksichtigung zu finden und als Anregungen für die musiktherapeutische Arbeit in anderen Praxisbereichen dienen.

1. Musiktherapeuten, die interkulturell arbeiten, müssen sich mit der Tatsache abgeben, dass das Aufeinanderstoßen zweier Kulturen – derjenigen des Therapeuten und derjenigen des Klienten – ein erkenntnistheoretisches und ein methodisches Problem darstellt.
2. Die Hinwendung zum Alltag einerseits (so der Ansatz der Community Music-therapy) und zur Subjektivität in ihren bewussten und unbewussten Dimensionen andererseits (so der Ansatz der psychoanalytischen Musiktherapie) erlauben eine sukzessive Annäherung an die Realität und die Menschen der anderen Kultur. Eine klare Grenze zwischen Subjektivität und gesellschaftlicher Objektivität ist nicht zu ziehen, sondern es kann nur versucht werden, sie in ihrem besonderen Verhältnis zueinander zu erkennen.
3. Die Wirksamkeit von Partizipation als therapeutischer Methode hängt davon ab, ob Wechselseitigkeit, Irritation des Selbstverständnisses und Relativierung von kulturspezifischen Kommunikationsmustern und Wertvorstellungen als konstitutionelle Bestandteile der therapeutischen Beziehung angesehen werden. Der durch die Partizipation des Therapeuten ausgelöste Prozess des

„sozialen Sterbens“ muss akzeptiert werden, damit Rollenfixierungen verhindert werden, welche die Wahrnehmung der Realität einschränken. Dies betrifft in der Musiktherapie auch das Musikverständnis und die Musizierpraxis.

4. Nicht nur aufseiten des Klienten, sondern auch aufseiten des Therapeuten ist ein Gewinn der interkulturellen Beziehung zu verzeichnen: Wie sonst nur in der musiktherapeutischen Lehrtherapie möglich, so kann die konkrete Erfahrung und psychoanalytische Reflexion einer interkulturellen Therapie eine Umstrukturierung der Erfahrung erbringen, und zwar dadurch, dass in beiden Fällen die Rollensysteme, die die eigene Identität stützen und Wahrnehmung lenken, durch die Konfrontation mit dem Fremden erschüttert werden.
5. Die Erfahrungen der interkulturellen Begegnung und Beziehung schärfen das Bewusstsein dafür, dass – so banal es klingt – auch innerhalb des eigenen Kulturkreises der Andere wirklich ein Anderer ist. Stets ist die besondere Wahl, die ein Klient unter verschiedenen gesellschaftlichen Möglichkeiten vornimmt, mit seinen lebensgeschichtlichen Erfahrungen und mit seiner spezifischen Position im gesellschaftlichen Gefüge zu erklären. Fragen nach dem Selbstideal eines Klienten, nach seinem utopischen Entwurf eines positiven sozialen Ortes sowie seinen Möglichkeiten des Widerstandes und der moralischen Autonomie sind einer therapeutischen Zieldefinition stets voranzustellen.

## Epilog

Ausgegangen waren wir von verschiedenen Fragestellungen. Es ging zunächst darum, die Chancen zu prüfen, ob und auf welche Weise eine so befremdliche Begebenheit, wie die geschilderte, nachträglich zu verstehen ist. Dass dies grundsätzlich möglich ist und welche umfangreichen Überlegungen anzustellen sind, haben wir in den vorangegangenen Ausführungen unter Einbeziehung verschiedener Wissensgebiete aufzeigen können.

Ob sich jedoch die wechselseitige Sprachlosigkeit und kulturelle Befremdlichkeit, vor allem aber die allorts durchbrechende Gewalterfahrung außer Kraft setzen ließe, darauf können wir keine allgemeingültigen Antworten geben. Es dürfte sich um einen langwierigen und sehr irritablen Prozess ohne Garantie auf einen positiven Ausgang handeln.

Und schließlich ist da noch die Frage, ob es allzu vermessen ist, den im Innern der Menschen noch fortdauernden Krieg besänftigen, tobenden Hass tilgen und der Erosion der Hoffnung entgegenwirken zu wollen. Wir meinen: Ja, wenn die Frage so gestellt ist, halten wir es für vermessen. Doch wäre dies kein Grund, es nicht unter Einbeziehung aller Kräfte, vor allem aber mit einem geschärften Bewusstsein für die eigenen, individuellen und kulturspezifischen Wahrnehmungsverzerrungen zu versuchen.

**Literatur:**

- Baer, U. (2006): Klänge der Zugehörigkeit, Lieder der Sehnsucht. Aus der interkulturellen musiktherapeutischen Arbeit. In: Musiktherapeutische Umschau 27, Heft 3, 255–260
- Buchholz, M. (1998): Die unbewusste Weitergabe zwischen den Generationen. Psychoanalytische Beobachtungen. In: Rösen, J., Straub, J. (Hg.): Die dunkle Spur der Vergangenheit. Psychoanalytische Zugänge zum Geschichtsbewusstsein. Frankfurt a. M. 330–353
- Braak, P. (2006): Interkulturelle Musiktherapie. In: Musiktherapeutische Umschau 27, Heft 3, 249–254
- Brown, J. (2002): Towards a Culturally Centered Music Therapy Practice. In: Kenny, C., Stige, B. (Hg.): Contemporary Voices in Music Therapy. Oslo, 83–93
- Bürger, C. (2005): Fremde und Trauma. Ein Zugang zu musiktherapeutischer Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in einem Nachkriegsgebiet. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), 125 Seiten
- Decker-Voigt, H.-H., Mitzlaff, S., Strehlow, G. et al. (Hg.) (2004): Der Schrecken wird hörbar. Lilienthal/ Bremen,
- Erdheim, M. (1988): Psychoanalyse und Unbewusstheit in der Kultur. Aufsätze 1980–1987. Frankfurt a. M.
- Fischer, G., Riedesser, P. (2003): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München Basel
- Kenny, C., Stige, B. (Ed.) (2002): Contemporary Voices in Music Therapy. Oslo
- Haas, R. (2006): Die Unfähigkeit mit (inter-)kulturellen Konflikten umzugehen. Ein kulturalistischer Befund. In: Psyche – Z. Psychoanal 60, 133–155
- Lang, L., McInerney, Ú. (2002): Bosnia-Herzegovina: A Music Therapy Service in a Post-war Environment. In: Sutton, J. (Hg.): Music, Music Therapy and Trauma. London, 153–174
- Langer, S. (1984): Philosophie auf neuem Wege, Frankfurt a. M.
- Lorenzer, A (1985): Zur Begründung einer materialistischen Sozialisierungstheorie. Frankfurt a. M.
- Metzner, S. (2004): Alterierte Akkorde. Musiktherapie im Wandel. In: Musiktherapeutische Umschau 25, Heft 4, 291–299
- Metzner, S. (Hg.) (2005a): Faszination Musiktherapie. Hommage an Hans-Helmut Decker-Voigt. Lilienthal/Bremen
- Metzner, S. (2005b): Following the Tracks of the Other. Therapeutic Improvisations and the Artistic Perspective. Nordic Journal of Musictherapy, 14 (2), 155–163
- Mitscherlich, A. und M. (1967): Die Unfähigkeit zu trauern. Grundlagen kollektiven Verhaltens. München 15. Auflage (1998)
- Mitzlaff, S. (2002): Traumaverarbeitungsprozesse in der Gruppenmusiktherapie mit Kindern. Musiktherapeutische Umschau 23, Heft 3, 219–231
- Mitzlaff, Sabine (2004): Trauma und Dissoziation. In: Decker-Voigt, H.-H. et al. (Hg.): Der Schrecken wird hörbar. Lilienthal/ Bremen, 103–112

- Nadig, M. (1997): Die verborgene Kultur der Frau. Frankfurt a. M.
- Seidel, A. (2005): Anfänge oder: Die Schnittflächentheorie. In: Metzner, S. (Hg.): Faszination Musiktherapie. Hommage an Hans-Helmut Decker-Voigt. Lilienthal/Bremen. S. 29–33
- Stige, B. (2002): Culture Sentered Music Therapy. Barcelona Publishers, Gilsum
- Stige, B. (2004): On Defining Community Music Therapy, [http://www.voices.no/discussions/discm4\\_05.html](http://www.voices.no/discussions/discm4_05.html). Zugriff 29.11.2005
- Stige, B. (2005): Toward a Notion of Community Music Therapy. Synopsis and contextualization of (parts of): Stige, B. (2003): Elaborations toward a Notion of Community Music Therapy, Dissertation, Department of Music and Theatre, Oslo. In: Jahrbuch des Berufsverbandes der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten e.V., Wiesbaden, 107–134
- Sutton, J. (Hg.) (2002): Music, Music Therapy and Trauma. Jessica Kingsley Publishers, London

Prof. Dr. Susanne Metzner,  
Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), FB SGW, Studiengang Musiktherapie,  
Postfach 3655, 39011 Magdeburg.  
E-Mail: Susanne.Metzner@hs-magdeburg.de

Constanze Bürger, Diplom-Musiktherapeutin (FH),  
Henriettenstiftung, Klinik für psychosomatische Medizin,  
Schwemannstr. 17, 30559 Hannover.  
Email: tanzeluisse@gmx.de

**Wer bin ich, und wenn ja, wie viele?**

**Zugehörigkeit, Verlorensein und Identitätssuche in der  
interkulturellen Musiktherapie**

**Who am I and, if so, How Many?**

**Feelings of Belonging, Being Lost and the Search for Identity in  
Intercultural Music Therapy**

Udo Baer, Neukirchen-Vluyn

Interkulturelle Arbeit beinhaltet auch die Hilfestellung für Menschen, deren Gewissheit von Zugehörigkeit in den Leerstellen zwischen den Kulturen verloren gegangen ist. Am Beispiel einer mittelfristigen Musiktherapie mit einer polnischstämmigen Frau wird deutlich gemacht, wie der Verlust des Zugehörigkeitsbefindens zu Gefühlen des Verlorenseins und zu einem Brüchigwerden der Identität führt, die zu einem Nährboden fundamentalistischer Radikalisierung oder Suizidgefährdung werden können. Am Therapieprozess werden therapierelevante Thesen zu Zugehörigkeit, Verlorensein und Identität vorgestellt und beleuchtet und die daraus abgeleiteten praktischen Konsequenzen für musiktherapeutische Arbeit im interkulturellen Kontext gezeigt.

Als ein besonders hilfreicher Weg der leiborientierten Musiktherapie erwies sich dabei das musikalische Verraumen. Diese Methode wird im Anschluss erläutert.

*Intercultural work includes helping people whose sense of belonging have become lost in the „gap“ between cultures. By examining medium-term music therapy intervention with a Polish woman, it becomes evident that when one loses a sense of belonging, feelings of being lost and the development of a fragile identity may occur. This can nurture fundamentalistic radicalism and suicidal tendencies. The author describes the therapy process, introducing and examining concepts related to belongingness, feeling lost and identity. He then depicts subsequent consequences for the music therapy setting, within an intercultural framework. The author also exemplifies so-called musical „Verraumen“ („creating room“ for issues), an especially helpful intervention method originating from music therapy within a body-oriented psychotherapy treatment approach.*

*Als Elena zu mir kam, hieß sie Helen. Ihren 40. Geburtstag hatte sie in der Psychiatrie mit einem Stück Marmorkuchen gefeiert. Dort hatte sie sich zwei Wochen aufgehalten, um eine wahnhaftige Episode, die von aggressiven Attacken gegen andere*

*und gegen sich (Suizidgefährdung) begleitet war, ausklingen zu lassen. „Ich möchte nie mehr in die Psychiatrie. Sorgen Sie dafür!“ Mit diesen Worten hatte sie mich begrüßt. Die Erfüllung dieses Auftrages konnte ich ihr nicht versprechen, aber ich konnte ihr versichern, dass ich mein Bestes versuchen würde und dass Musiktherapie in jedem Fall helfen würde. Also legten wir los.*

### **„Ich bin immer dazwischen.“**

Helen wurde Mitte der 70er-Jahre als Elena in Polen in einer Kleinstadt nahe Krakau geboren. Ihr vor kurzem verstorbener Vater war Pole, der Großvater väterlicherseits Bulgare. Die Mutter war deutscher Herkunft, Kriegswaise, sprach im Polnischen einen leichten Akzent, ohne mehr einige deutsche Worte zu kennen. Beide Eltern arbeiteten in Polen als Ingenieure. Helen war als Textildesignerin in einer bekannten Modefirma tätig.

Als ich Helen bat, am Klavier mit einigen Tönen etwas über sich zu erzählen, begann sie äußerst nervös und hektisch nach Klängen zu suchen. „Das geht nicht. Ich finde mich nicht.“ Sie erzählte, dass sie sich „immer schon“ als ruhelos und dahintreibend empfunden habe. Suchend, aber ohne zu wissen, was sie suche.

„Versuchen Sie das auf dem Klavier zu spielen.“

Sie tat es, helle Töne, zerrissen, abgehackt, unruhig.

„War das schon immer so?“

„Seit ich in Deutschland bin.“

„Und davor?“

Davor klang es zwei Oktaven tiefer, ruhiger, getragen. Sie war zwölf gewesen, als die Familie nach Deutschland auswanderte. Auch wenn die Mutter nach Abstammung Deutsche war und in Polen oft darunter gelitten hatte, als „Hitlermädchen“ diskreditiert zu werden, waren nun alle in Deutschland fremd und erlebten sich als Ausländer. Zwischen dem vorher und nachher, zwischen Polen und Deutschland gab es keine Verbindung, nur ein „Dazwischen“: „Ich bin immer dazwischen“, erzählte Helen, „deswegen finde ich auch keinen Ton für mich. Wir wollten Deutsche sein und ich lernte schnell deutsch und paukte viel für die Schule. Doch wir hatten nie deutsche Freunde, zuhause gab es nur Besuch von Polen und im Urlaub fuhren wir immer nach Hause, nach Polen. Hier waren wir nicht richtig und da auch nicht, da waren wir die Reichen aus Deutschland, die nicht mehr richtig polnisch sprachen.“

Dieses Dazwischen-Sein ist mir bei zahlreichen Menschen aus anderen Ländern und anderen Kulturen begegnet. Mögen sie noch so perfekt die deutsche Sprache sprechen und äußerlich integriert sein – innerlich befinden sich viele im Dazwischen, im Niemandsland zwischen den Kulturen, zwischen alter und neuer Heimat. Erst recht gilt dies für viele Jugendliche der zweiten Generation, in Deutschland

geboren, in türkischen (oder anderen) Enklaven aufgewachsen. Oft wird das innere Dazwischen-Sein verdrängt, von manchen mit Alkohol betäubt, von Helen mit Ehrgeiz und Karrierebemühungen überlagert, bis es sich schließlich in einem Zusammenbruch bemerkbar machte. Das Dazwischen-Sein festzustellen und zu beklagen, ist ein erster Schritt, um sich überhaupt mit diesem Befinden beschäftigen zu können. Weitere müssen folgen, um einen Weg aus dem Leiden zu finden. So auch bei Helen.

### **Hinter dem Verlorensein: die Trauer**

Ich bat Helen, mit Seilen im Therapieraum einen Raum für „Polen“ (was immer sie gerade damit verband) und einen Raum für „Deutschland“ zu legen. Sie legte die Seile so, dass in einer Ecke ein kleiner Raum für „Polen“ entstand und gegenüber ein großer Raum für „Deutschland“. Die Fläche zwischen diese Räumen war der Raum des „Dazwischen“. Aufgefordert, sich einen Platz zu suchen, der ihrem jetzigen Befinden entspreche, stellte sie sich mitten in den Raum des Dazwischen. „Ja, so ist das gerade. Ich bin zwar in Deutschland und ich bin es nicht.“ Ihr Blick ging hin und her, häufiger zum Polen-Raum. Sie wirkte auf mich einsam und verloren. Als ich ihr dies mitteilte, lehnte sie das Wort „einsam“ ab, da sie ja mit zahlreichen Menschen zusammen sei. „Aber verloren, das trifft es gut. Ich komme mir oft so verloren vor.“

„Wenn Menschen sich verloren fühlen, kann es sein, dass sie etwas verloren haben. Ich schlage Ihnen ein Experiment vor, um dem Verlorensein vielleicht ein wenig mehr auf die Spur zu kommen. Bitte suchen Sie sich von den Instrumenten eins aus und gehen Sie damit wieder dorthin, wo Sie jetzt stehen.“

Sie wählte ein Blechxylofon und begann zu spielen. Erst scheppernd und schrill und wirr und wild, dann mit kleinen melodischen Bruchstücken durchsetzt. Sehr intensiv und sehr konzentriert. Sie war dabei mehr dem polnischen Raum zugewandt. Schließlich blieb sie bei einem Ton ‚hängen‘, wiederholte ihn mehrmals. Tränen stiegen in ihre Augen.

„Was ist jetzt?“, fragte ich.

„Ich denke an meine Schulfreundin.“

Und sie erzählte von der Freundschaft, die durch die Auswanderung brach. Bei späteren Besuchen waren sie sich fremd geworden.

Während sie erzählte, spielte sie oft den „Ton der Freundschaft“, wie sie ihn nannte. Dabei wurde sie traurig und wandte sich immer mehr dem „Polen“-Raum zu.

„Was haben Sie noch zurückgelassen?“ Sie erzählte und erinnerte sich immer mehr: die geliebte Großmutter, deren Kaninchen, die Lieblingsbücher, den Baum vor dem Fenster usw. Traurig zwar, doch diese Trauer war nicht verkrampft, sondern löste sich. Gegen Ende der Stunde spielte sie ein „Lied der Trauer“ auf dem Balafon, ergreifend und loslassend zugleich.

Die folgenden Stunden waren von weiterer Trauerarbeit gezeichnet. Der Prozess war schmerzhaft, aber lohnend. Trauern ist das Gefühl des Loslassens (Baer; Frick-Baer 2006). Wird aus der festgefrorenen Trauer ein Prozess des Trauerns, so kommt ein fließender Prozess des Loslassens in Gang. Dazu ist es notwendig, zuerst einmal hinzuschauen und das zu betrachten, wovon es loszulassen gilt. Helen war nicht mehr bewusst gewesen, was sie verloren hatte. Der konkrete Schmerz hatte sich in dem diffusen Befinden des Verlorenseins aufgelöst. Vom Verlorensein zu der Beschäftigung mit dem zu gelangen, was ein Mensch verloren hat, ist ein Weg, den ich mit zahlreichen Klient/innen zwischen den Kulturen beschritten habe. Ein solcher Prozess braucht Zeit, das Thema tritt in den Vordergrund, ruht dann eine Weile und kommt wieder hervor. Ich kenne keine Klientin und keinen Klienten mit einem interkulturellen Hintergrund, bei dem dieses Thema nicht von wesentlicher Bedeutung war.

Die Trauer tritt in der Regel nicht offen auf, sondern äußert sich in Unruhe und ähnlich diffusem Befinden. Wird dieser Unruhe näher nachgespürt oder wird sie zum Klingen gebracht, taucht das Gefühl der Verlorenseins auf. Der Schriftsteller Sebald bezeichnet dies in seiner Erzählung „Die Ausgewanderten“ als „mir unbegreifliches Gefühl der Unverbundenheit“. Dieses Gefühl kann bei manchen depressiv implodieren und äußert sich bei vielen anderen in Richtungs- und Ruhelosigkeit, wie er es weiter beschreibt: „Was mich betraf, so wurde ich in dem an den Sonntagen jedes Mal vollkommen verlassenen Hotel jedes Mal von einem solch überwältigendem Gefühl der Ziel- und Zwecklosigkeit erfasst, dass ich, um wenigstens die Illusion einer gewissen Ausrichtung zu haben, mich auf den Weg in die Stadt machte, wo ich dann allerdings planlos dahinwanderte.“ (Sebald 2002, 230)

Oft hat der Umstand, dass den Menschen die Tatsache, dass sie etwas verloren haben, entglitten ist, damit zu tun, wie der Abschied erfolgte. Eine Klientin beschrieb ihn, sie sei aus ihrer Heimat „herausgerissen“ worden, Helen sagte, sie sei nach Deutschland „versetzt“ worden. Als ihre Trauer wieder lebendig geworden war, erinnerte sie sich, dass alle sehr traurig waren, als sie die alte Heimat verließen, „selbst der Vater hat geweint“. Doch dann war es so, als hätte es „keine Zeit mehr“ gegeben zu trauern. Der Abschiedsschmerz war wie weggewischt, Trauern war verboten. Ich beobachte oft, dass umso mehr Verlorensein entsteht, je weniger um das Verlorene getrauert werden durfte oder konnte.

### **Hinter dem Druck: die Scham**

„Ich durfte zu Hause nur deutsch sprechen. Wenn mein Vater von mir ein polnisches Wort hörte, bekam ich eine Ohrfeige.“ Als Helen in einen Raum für „Deutschland“ ein Musikinstrument setzte und es spielte, erklang eine Atmosphäre des Druckes. Die Familie musste viel arbeiten, um Geld zu verdienen und so zu leben wie die Deutschen. Die Eltern lernten auch ein wenig Deutsch, sprachen aber polnisch

untereinander. Die Tochter sollte „es einmal besser haben“ – deswegen der Druck hinsichtlich der Sprache. Als Helen in einen Raum für die Schulzeit ein Musikinstrument setzte und es spielte, erklang wieder eine Atmosphäre des Druckes. Dass der Druck so oft und so deutlich hörbar wurde, überraschte sie. „Für mich war das früher selbstverständlich.“ Der große Maßstab, nach dem in der Familie „alles“ bewertet wurde, war die Leistung, die schulische Leistung, die Leistung im Studium, die berufliche Leistung und das Geld, das verdient wurde.

Eine solche Haltung gibt es auch in Familien, die in einer Kultur heimatlich verwurzelt sind. Doch bei Familien, die auswanderten oder fliehen mussten, ist dieser Druck besonders häufig und intensiv anzutreffen und scheint eine existenzielle Bedeutung zu haben. Die materielle Not des Übergangs macht ebenso Druck wie die Sorge um die Zukunft der Kinder. Den größten Druck macht das Ringen um die Identität. Wenn die eigene Identität verloren geht oder neu definiert werden soll, ist dies eine große Anstrengung, die nach innen be-drückt und nach außen eine Atmosphäre des Drucks ausstrahlt.

Manche Familien, die aus anderen Ländern nach Deutschland gekommen sind, versuchen, ihre alte Identität zu bewahren. Doch auch diese wird brüchig, vor allem aber für die Heranwachsenden der zweiten Generation. Bei polnischen und anderen osteuropäischen Familien ist oft eine große Anstrengung zu beobachten, unsichtbar zu werden, um in Deutschland wie Deutsche zu wirken und nicht aufzufallen. Ein Journalist, der ebenfalls als Kind aus Polen kam, schreibt über seine Familie: „Um nicht aufzufallen, lebten sie wie Chamäleons, die ihre Farbe dem Gestein anpassen, auf dem sie sitzen. Aus Angst, erkannt zu werden.“ (Soboczynski 2006, 30)

In dem Drang, nicht als Zugewanderte gesehen zu werden, ist oft Scham enthalten, die Scham, „anders“ zu sein, die Scham, „nicht richtig“ zu sein. Helen erzählte oft davon, dass sie sich in der Schule geschämt hatte, weil sie die Sprache nicht konnte, oft Worte verwechselte und zudem manchmal ausgelacht wurde. Die Scham verstärkte den Druck, zu lernen und „es den andern zu zeigen“. Doch die Scham ging noch tiefer.

Einmal beschäftigte sie sich mit ihrer Mutter. Sie saß am Klavier und improvisierte, was ihr zu ihrer Mutter einfiel und was sie ihr gegenüber empfand. Wieder war viel Druck in den Klängen und in der Atmosphäre, so wie auch die Beziehung zwischen Helen und ihrer Mutter sehr bedrückend und von Druck gekennzeichnet war, ohne dass Helen benennen konnte, was denn den Druck produzierte. Sie spielte und spielte und verstummte plötzlich.

„Was ist jetzt?“

„Ich weiß nicht. Es ist still und so leer ...“

„Lauschen Sie der Stille und der Leere. Wie klingt sie?“

Helen lauschte, lange Zeit.

„Ich höre Schritte.“

„Wie klingen sie?“

„Da kommt jemand die Treppe hoch. Langsam.“

„Hören Sie zu, lauschen Sie.“

„Das ist meine Mutter. Es ist Abend. Sie ist müde und kommt von der Arbeit zurück.“

Und sie erzählte, dass ihre Mutter vormittags und abends putzen ging. Wenn Sie am Abend nach Hause kam, hörte Helen schon an den Schritten, wie müde sie war. „Wenn sie sehr müde war, hat sie danach geweint. Das sollte ich nicht mitbekommen, aber ich habe es trotzdem gehört.“ Ihre Augen füllten sich mit Tränen.

„Wie ging es Ihnen, wenn Sie Ihre Mutter weinen gehört haben?“

„Ich habe mich geschämt, weil sie ja für mich gearbeitet hat, damit ich zur Schule gehen kann und studieren kann. Und ich habe abends oft dagesessen und im Radio Musik gehört. Und sie hat gearbeitet.“

Ich bat sie einen Raum der Scham zu gestalten. Sie legte mit einem Seil einen kleinen Raum aus und baute um den Raum herum eine Mauer aus Kissen.

„Der Raum der Scham ist zwar klein, da ist aber viel drin. Drumherum ist eine Mauer, damit die Scham unsichtbar bleibt. Das ist die Fassade, das ist der Druck. Dass ich mich geschämt habe, habe ich außer Ihnen noch niemanden erzählt.“

„Was ist in dem Raum an Vielem drin?“

Helen stellte vier Musikinstrumente hinein: eines für die Mutter, die sich furchtbar geschämt habe, dass sie als Putzfrau arbeitete, was niemand wissen durfte; eines für den Vater, der sich schämte, dass er vom Ingenieur zum einfachen Arbeiter „abgestiegen“ war; eines für sie selbst, die sich schämte, dass sie anders als die andern war und dass sie ihrer Mutter nicht helfen konnte; und eines für die Besuche aus Polen, die sich ihrer Armut schämten. „Viel Scham, nicht wahr?“, meinte sie. „Und eine dicke Mauer drum herum.“ Helen tat es gut, die Scham ausgesprochen und gezeigt zu haben. In der Weiterarbeit spielte sie die „Posaunen von Jericho“ mit einer Blockflöte, um die Mauer aufzuweichen. Als ihren „Schamfresser“ entdeckte sie ihren Mut, die eigene Scham zu zeigen und sich mit der Mutter über das Schämen auszutauschen. Ihrer beider Beziehung verlor danach an Druck.

Auch in anderen Therapien mit Klient/innen, die zwischen Kulturen wanderten, bin ich oft der Scham begegnet. Armut und Anderssein können Anlass sein, sich zu schämen, Beschämungen tun ihr Übriges. Oft ist die Auswanderung auch wie bei Helens Eltern mit einem Verlust des sozialen Status verbunden, was Scham hervorruft. Nun haben Menschen, die sich schämen, selten die Neigung, ihre Scham öffentlich kund zu tun. Die Scham wird eher unsichtbar und unhörbar und erscheint wie die von Helen als Stille und Leere. Immer lohnt es sich, in der Therapie mit Menschen wie Helen, aus welchen Ländern sie auch kommen, auf die Scham zu achten und darauf, wie insbesondere die existenzielle Scham über Generationen unbemerkt weitergegeben wird. Ein solches Thema wird selten am Anfang stehen, es braucht Vertrauen.

## Hinter dem bodenlosen Zorn: die Verzweiflung

„Die haben mich in die Psychiatrie gesteckt, weil ich durchgeknallt bin“, erzählte Helen. „Und weil ich nicht mehr leben wollte.“ Was war geschehen? Helen hatte in ihrer Unruhe und Rastlosigkeit Zuflucht in einer fundamentalistischen christlichen Gemeinschaft gefunden. „Da wusste ich, wo ich dran war. Da war es warm. Ich fühlte mich geborgen.“ Je brüchiger die Identität, je stärker die innere Leere und Haltlosigkeit, desto verführerischer sind fundamentalistische politische oder religiöse Gemeinschaften. Sie versprechen Halt und Zugehörigkeit. Mit Fundamentalismus bezeichne ich eine Haltung, die den eigenen Glauben zur absoluten und rigide zu befolgenden Wahrheit erklärt und die Gläubigen zu einer verschworenen Gemeinschaft erhöht. Die ‚anderen‘ sind dann die Sünder, die Nicht-Glaubenden, die Feinde. Solche fundamentalistischen Gemeinschaften gibt es nicht nur in christlichen und islamischen Kreisen, man kann auch fundamentalistisch an den Sieg des Kommunismus oder an Schalkes Meistertitel glauben und Unternehmer oder Bayern-München-Fans für Unmenschen halten.

Helen engagierte sich voller Elan in ihrer Gruppe, stellte gelegentlich aufkommende Zweifel beiseite und fühlte sich zugehörig. „Endlich fand ich Ruhe und wusste, wohin ich gehöre.“ Je mehr sie sich mit der Gruppe verband, desto besser ging es ihr. „Bis die Katastrophe kam.“

„Was geschah?“

Helen konnte kaum sprechen, so erschüttert war sie immer noch von dem Vorgefallenen. Stockend kam nach und nach heraus, dass die Verantwortlichen der Gruppe mit der Forderung an sie herantreten waren, einen 25 Jahre älteren Mann zu heiraten. „Der war stinkreich und die wollten nur sein Geld, denn ich sollte im Ehevertrag vereinbaren, dass bei seinem Tod das Vermögen an die Kirche fällt.“ Sie war entsetzt und weigerte sich. Da wurde Druck auf sie ausgeübt. Wenn sie diesem „Befehl Gottes“ nicht folgen würde, wäre sie eine Sünderin und würde in der Hölle landen.

Sie bekam Wahnvorstellungen und sah in mehreren Menschen ihrer Umgebung Anhänger Satans. Sie wurde zornig, rasend zornig, auf die Verantwortlichen ihrer Gemeinde. Aber noch mehr. In ihrer Heimatlosigkeit und ihrem Verlorensein hatte ihr Zorn keinen Boden, so dass sie verzweifelt um sich schlug. Als sie von dieser Geschichte erzählte, stieg der Zorn wieder in ihr hoch. Als sie ihn musikalisch auszudrücken versuchte, schlug sie so wild auf eine große Trommel, dass ich Angst bekam, sie würde sich verletzen. Ich bat sie, zu unterbrechen und zuerst einmal den Kontakt ihrer Füße zum Boden zu spüren und ihren Stand zu festigen. Sie merkte, dass sie gar keinen Bodenkontakt spürte, konnte ihn aber mit einigen Hilfestellungen herstellen. Dann bat ich sie, ihrem Zorn eine Richtung zu geben: „Schicken Sie Ihren Trommelschlag in eine Richtung, die Sie auswählen. Wohin gehört der Zorn?“ Sie schickte ihren Zorn mit klaren und festen Schlägen in eine Ecke des Raum, in der sie sich einen Leiter der Gruppe vorstellte, dem

sie besonders vertraute und der sie besonders enttäuscht hatte. Härter und härter wurden die Schläge – gerichtet! An eine andere Stelle im Raum legte sie ein Kissen. „Das ist B., die meine beste Freundin in der Gruppe war und dann kein Wort mehr mit mir gesprochen hat, als ich nicht heiraten wollte.“ Und wieder klare und feste Schläge und ein Ton dazu, anklagend, immer vibrierender, schließlich in ein Schluchzen umkippend. „Ich klage nicht nur sie an, sondern auch mich, dass ich so doof war, dass ich soviel mit mir habe machen lassen ...“ Hinter ihrem Zorn brach die Verzweiflung durch und konnte laut werden und Gehör finden.

Dieser Schritt ist so wichtig für viele Klient/innen, dass die Verzweiflung aus dem Schatten tritt. Nur wenn sie laut wird, kann sie mitgeteilt werden und kann sie Gehör finden. Bei vielen Menschen, die ihre Identität verloren haben und sich verloren fühlen, lauert die Verzweiflung. Wenn sie zu stark wird, kann sie sich aggressiv Bahn brechen, in Attentaten oder Autoaggressionen, in Schlägereien und Wahnattacken wie bei Helen. Wenn ich als Therapeut die Verzweiflung höre und spüre, kann ich damit weiter arbeiten und fragen: „Was brauchen Sie jetzt?“ Oder: „Was hätten Sie damals gebraucht, als Sie den Druck nicht mehr ausgehalten haben?“ Helen hätte jemanden gebraucht, der ihr zuhörte und bei dem sie sich „auskotzen“ und „Druck ablassen“ konnte. Das galt für die Situation der Enttäuschung in der religiösen Gruppe ebenso wie in der Zeit nach der Auswanderung. In beiden Schlüsselsituationen blieb sie – wie in vielen anderen schwierigen Situationen ihres Lebens – allein. Nun war es anders. Sie hatte in mir einen Zuhörer und konnte klagen und loswerden, was sie bedrückte. In vielen, vielen Worten und in immer neuen Klageklängen. Ich hörte zu und gab Antworten, in Worten und musikalisch.

### **Hinter den Brüchen: die Sehnsucht**

Oft, wenn Helen musizierte, brach sie plötzlich ab. In der leiborientierten Musiktherapie sind solche Abläufe, wenn sie sich wiederholen, ein Hinweis auf Erregungskonturen. Die Säuglingsforschung (z. B. Stern 1992, Dornes 1993) hat gezeigt, dass spezifische Erregungsverläufe, die sich in den Interaktionen zwischen Mutter und Säugling wiederholen, die ersten Muster sind, die sich in den Kindern verfestigen. Im weiteren Leben können traumatische und andere besonders bedeutsame Erfahrungen zur Herausbildung von weiteren Erregungskonturen beitragen. Eine häufige Erregungskontur ist der allmähliche Anstieg, der in einen plötzlichen Abbruch mündet.

Als Helen einmal den gesamten Erfahrungsprozess in ihrer religiösen Gruppe musizierte, erklang ein wellenförmig ansteigendes Crescendo, das plötzlich dramatisch abbrach. „So geht es mir immer wieder. Ich lass mich auf etwas ein, ich freue mich – und dann kommt die Katastrophe.“ Ähnliche Prozesse kannte sie aus Freundschaften und Liebesbeziehungen. In der Musiktherapie haben wir die wunderbare Möglichkeit, solche Prozesse erklingen zu lassen und im Erklingen

zu variieren, mit ihnen zu spielen und Veränderungen zu erproben. Dabei werden Lebensmuster in Mustern des Musizierens hörbar und biografische Zusammenhänge deutlich. Ich bat Helen, das „so geht es mir immer wieder“ zu musizieren. Sie tat es auf dem Klavier, eine Viertelstunde lang, und durchlebte dabei eine Fülle von Emotionen. „Das war die Zeit, bevor wir nach Deutschland gekommen sind. Und dann die Katastrophe.“ Diese Erfahrung war lebensprägend. Ihr Verlauf in Erleben und Erregung spiegelte sich in ihren musikalischen Improvisationen und wiederholte sich in verschiedenen Lebensabschnitten. Die intensivste Wiederholung erfolgte in der Erfahrung mit der religiösen Gruppe. In ihr erlebte sie noch einmal das Drama des Heimatverlustes, was zu dem Zusammenbruch führte.

Bei der Arbeit mit Erregungskonturen ist es oft entscheidend hilfreich zu fragen, was vor Beginn des gesamten Ablaufes geschah. Ich bat Helen die Zeit zu musizieren, kurz bevor sie zu der religiösen Gruppe stieß. Auch hier erklang Verlorensein, auch hier ertönte Verzweiflung – und hier wurde vor allem eine brennende Sehnsucht hörbar. Helen gab der Sehnsucht einen Raum, der fast das ganze Therapiezimmer ausfüllte. „Die Sehnsucht tut immer so klein und unscheinbar. In Wirklichkeit ist die aber so groß.“ Sie wollte genauer wissen, wonach sie sich eigentlich sehnte, und legte verschiedene Instrumente in den Sehnsuchtsraum. „Bitte spielen Sie, improvisieren Sie, lassen Sie ihre Sehnsucht erklingen. Wenn Sie sich lauschen, werden Sie hören, wonach Sie sich sehnen.“

Sie spielte und probierte vieles aus. „Zuerst dachte ich, ich sehne mich danach zurück, wie es früher war, wieder nach Polen. Aber das war es nicht. Das ist vorbei.“ Helen macht damit eine Erfahrung, die ich von vielen Menschen zwischen den Kulturen kenne. Oft ist die Sehnsucht zuerst einmal rückwärtsgerichtet. Manche Angehörige der ersten Generation von Zugewanderten kehren im Alter nach Polen, in die Türkei oder andere Länder zurück, um dieser Sehnsucht zu folgen. Doch viele – und vor allem die Angehörigen der zweiten Generation – wollen und können dies nicht. In der Sehnsucht nach dem Alten, nach dem Verlorenen, stecken jedoch Qualitäten, die entdeckt und ernst genommen werden müssen. Helen entdeckte in ihrem Raum der Sehnsucht: „Ich will selbstverständlich werden.“

## **Identitäts-Rebuilding**

In diesen vier Worten „ich will selbstverständlich werden“ steckt ein großes Programm. Das Programm, die Identität zu entwickeln, zu festigen, zu entfalten. Ich verwende dafür den Begriff „Identitäts-Rebuilding“. Aus der Politik kennen wir das Nation-Rebuilding, wenn es darum geht, eine Nation wieder herauszubilden und damit staatliche Strukturen und Sicherheit für die Bevölkerung zu schaffen. In Ländern wie Afghanistan oder Somalia, in denen dies notwendig war bzw. ist, war der innere Zusammenhalt der Gesellschaft durch innere und äußere Ereignisse auseinander-

der gefallen. Die nationale Identität war so zersplittert, dass die staatlichen Strukturen verloren gingen und damit auch die Sicherheit der Bevölkerung. Bei vielen Menschen, die aus anderen Kulturen zugewandert sind und die zwischen verschiedenen Zugehörigkeiten stehen, ist eine ähnliche innere Zersplitterung zu beobachten.

„Wer bin ich und wenn ja, wie viele?“, las ich vor vielen Jahren als Graffiti an einer Berliner Hauswand. Ähnlich erklingt das, was viele dieser Menschen erzählen und musizieren. Helen ist Polin und hat ihre polnische Wurzeln wieder entdeckt, Helen ist Deutsche und Helen erlebt sich dazwischen. Wer bin ich? Bin ich überhaupt? Wie viele bin ich? Das treibt sie um, das beunruhigt, das erklärt das Fehlen von Selbstverständlichkeit. Heimat ist nicht unbedingt da, wo man geboren ist, Heimat ist da, wo ein Mensch selbstverständlich ist und sich selbstverständlich fühlen kann. Dies kann mit örtlichen Gegebenheiten verknüpft sein, diese Selbstverständlichkeit kann aber auch in Regionen, in die man zugewandert ist, neu geschaffen werden. Und sie muss vor allem innerlich geschaffen werden, im inneren Erleben, im Selbstbild, in der Art und Weise, wie ein Mensch mit anderen kommuniziert und sich mit anderen verbindet.

Zu einem solchen Identitäts-Rebuilding gehört, dass all das, was die alte Identität zerstört hat, wieder lebendig wird und aus dem Unbewussten ins Bewusste, aus dem Verborgenen ins Erlebte treten kann. Dazu gehören all die Themen, die ich am Beispiel von Helen skizziert habe, die Erfahrung des Dazwischen, das Verlorensein und die Trauer, das Unsichtbarmachen und die Scham, den bodenlosen Zorn und die Verzweiflung sowie das Erleben von Brüchen und die Sehnsucht. All das sind gewissermaßen ‚Standardthemen‘, denen ich oft in der therapeutischen Arbeit mit Zugewanderten begegne. Selbstverständlich müssen solche Themen nicht auftreten, aber für Therapeut/innen ist es wichtig, offen für diese Themen zu sein und nach ihnen Ausschau zu halten, da die Wahrscheinlichkeit groß ist, dass dies Themen sind, die die Klient/innen bewegen.

Sich mit diesen Themen zu beschäftigen, sie musikalisch auszudrücken, sie zu teilen und mitzuteilen, ist schon ein Teil des Heilungsprozesses. Der Schmerz, der nicht mehr unterdrückt wird, sondern hörbar wird, kann Resonanz finden und verliert dadurch seine Kraft. Der wichtigste Faktor für die Entwicklung einer neuen Identität, für die Entwicklung des Selbstverständlichen besteht darin, dass die Klient/innen Gehör finden und gesehen werden, also in der therapeutischen Beziehung. Darüber hinaus sind es vor allem vier Elemente, die sich in dieser therapeutischen Arbeit oft wiederholen und die ich kurz vorstellen möchte.

## **Klänge der Kostbarkeiten**

Wer sich nicht selbstverständlich fühlt, ist unsicher. Wer verzweifelt und verloren ist, dessen Selbstwertgefühl ist brüchig. Um das, was in den Menschen wertvoll und kostbar ist, wieder oder neu zu entdecken und hörbar werden zu lassen, ist

die Arbeit mit den Klängen der Kostbarkeiten (s. Baer/Frick-Baer 2004) besonders hilfreich. Ich sagte zu Helen: „In einem chinesischen Restaurant gibt es auf der Speisekarte oft ein Gericht, das die besten Speisen enthält. Oft wird es ‚Acht Schätze‘ oder so ähnlich genannt. Ich bitte Sie, Ihre acht Schätze zu benennen und jeweils musikalisch auszudrücken. Beginnen wir mit dem ersten: Was schätzen Sie an sich, was ist an Ihnen kostbar?“

Wie viele andere Klient/innen erschrak Helen bei der Vorstellung, über so viele Kostbarkeiten zu verfügen und die auch noch öffentlich zu machen. Doch über diesen Schrecken kann man hinweg helfen, indem man mit der ersten Kostbarkeit beginnt und dann weiter schaut. Immer kommt dann ein spannender Prozess in Gang, in dem die Klient/innen sich auf eine erstaunliche Entdeckungsreise begeben. Die erste Kostbarkeit, die Helen nannte war: „Dass ich nie aufgebe.“ Sie musizierte dies und es wurden wieder die Crescendos mit den Brüchen hörbar, aber mit den Brüchen endete das Musizieren diesmal nicht, sondern ging weiter. Es erklangen neue Töne, leise zuerst, aber immerhin Tonfolgen, die sich weiter entwickelten und entfalteten.

Noch eine zweite und eine dritte Kostbarkeit konnte Helen benennen und musizieren, dann streikte sie: „Mehr weiß ich nicht. Mehr gibt es nicht.“ Ich fragte danach, was denn ihre Freunde, ihre Verwandten, ihre Kolleg/innen an ihr schätzten und siehe da, das eine oder andere fiel Helen ein und konnte musikalisch erklingen. Die letzte Kostbarkeit schenkte ich ihr, nachdem ich sie darum um Erlaubnis gefragt hatte. „Ich bekomme von ihnen eine große Empfindsamkeit mit. Sie sind sensibel für sich und für andere, auch für die leisen, für die zarten Töne, das schätze ich sehr.“ Helen war überrascht, denn sie hatte sich eher als „grob“ und „trampelig“ erlebt. „Auf die Idee wäre ich nie gekommen.“ Ich spielte ihr diese Empfindsamkeit als ein kleines Ständchen.

Ob mit dieser Methode oder mit anderen: Die Arbeit, nach den eigenen Kostbarkeiten zu suchen und das Selbstwertgefühl zu stärken, ist sinnvoll und notwendig. Wenn der innere Kern eines Menschen gestärkt wird, erweitern sich auch seine Möglichkeiten, sich mit anderen Menschen zu verbinden.

## **Verbindungen**

Mit der Auswanderung, Flucht oder sonstigen zumeist abrupten Qualitäten, mit der Menschen wie Helen ihre Heimat verlassen und damit Zugehörigkeit verloren haben, entsteht ein Unverbundensein, das sich in viele Alltagsbereiche des Verhaltens auswirkt. So auch bei Helen. Wenn eine Freundin sich einige Wochen lang nicht meldete, ging Helen davon aus, dass die Freundschaft beendet war und nahm dies hin. Nicht die Freundschaft war selbstverständlich, nicht die Verbundenheit mit der Freundin, sondern der Abbruch. Wenn das Verlorensein das Grundbefinden prägt, wird das Verlieren zur Selbstverständlichkeit. Also galt es immer wieder in der Therapie auf Verbindungen zu achten, Verbindungen herzustellen, ja Ver-

bindungen zu üben. Ein Beispiel: Helen hatte an ihrer Arbeitsstelle ein Problem und schuf dafür einen Raum, in dem sie es musizierte. Als sie in diesem Raum stand, fragte ich sie: „Was sehen Sie um sich herum, wo zieht es Sie hin, in welche Richtung können Sie gehen, um dieses Problem zu lösen?“

Helen schaute sich um und sagte: „Abhauen.“

Das Weggehen war ihr Alltag und sie hatte den Impuls, ihre Stelle zu kündigen und wollte dies ausdrücken, indem sie den Raum, in dem sie gerade musiziert hatte, verließ. Ich fragte: „Wohin?“

„Egal. Nur weg.“

Wieder trat das Thema des Bruches in den Vordergrund. Ich fragte: „Würden Sie denn gerne weggehen oder würden Sie sich etwas anderes wünschen?“

„Ich gehe nicht gerne weg, aber ich weiß nichts anderes. Und wünschen würde ich mir schon etwas, aber ich weiß nicht was.“

Also bat ich Helen, einen Raum des Wunsches zu gestalten. Sie baute mit einem Seil einen Raum, in den sie mehrere Kissen legte. Sie setzte sich dazwischen und improvisierte auf der Altflöte. Ein Herzenswunsch wurde hörbar: Nicht allein zu sein. Sie wünschte sich mit Kolleginnen und Kollegen zu verbinden und zu verbünden, daran arbeiteten wir weiter, in dem sie zu jeder Person, die durch ein Kissen repräsentiert wurde, musikalisch Verbindungen aufnahm. Von diesem Raum des Wünschens aus ergaben sich andere Perspektiven, als ihre Arbeitstätigkeit abubrechen. Ähnliche Erfahrungen machte sie immer wieder. Es galt Verbindungen herzustellen zwischen Gefühlen, zwischen Personen, zwischen Wünschen, zwischen der einen Tätigkeit und der anderen. Wir arbeiteten weiterhin viel mit dem musikalischen Verraumen (s.a. unten). Helen schuf für alle möglichen Themen jeweils Räume und ließ in diesen Räumen das Thema erklingen, doch zunehmend wurden die Übergänge zwischen den Räumen wichtiger, die Grenzen, die Verbindungen und anderes mehr. Dabei klangen selbstverständlich immer wieder das Verlorensein, die Trauer, die Verzweiflung an, auch der Zorn und andere Anklänge des Leidens und des Schmerzes.

Verbindungen zu üben, wurde für Helen wie für andere Klient/innen zu einem Weg, Zugehörigkeit zu schaffen. Zugehörigkeit entsteht über Verbindungen. Zugehörigkeit kann nicht einfach mal eben geschaffen werden, sie muss wachsen, indem Verbindungen hergestellt und all das, was dem Schaffen von Verbindungen entgegensteht, bearbeitet wird. Dieser Prozess kulminierte in einer Arbeit, die wir nachträglich „die Aktion Brückenschlag“ nannten.

## **Aktion Brückenschlag**

Das große Drama der Verbindungslosigkeit begann für Helen mit dem abrupten Verlust ihrer polnischen Heimat. „Plötzlich war ich im Westen. Plötzlich war alles anders.“ In jeder Therapie mit entwurzelten Menschen geht es irgendwann darum, diesen Weg von dem einen Ort zum anderen noch einmal zu gehen und damit

einen inneren Weg zu beschreiten, der eine Verbindung ermöglicht, einen Brückenschlag, einen Übergang. Gelingt dieser Übergang, verbindet sich auch innerlich in dem Menschen etwas und wächst ein Boden für die Entwicklung der eigenen Identität bis hin zu einem Boden des Selbstverständlichseins.

Helen baute irgendwann das gleiche Szenario wieder auf wie am Anfang beschrieben: auf der einen Seite die polnische Heimat und Vergangenheit, auf der anderen Seite die deutsche Gegenwart. Doch diesmal verlor sie sich nicht im Dazwischen, sondern stand auf der polnischen Seite, wohin sie über die Trauerarbeit wieder Zugang gefunden hatte. Sie sagte: „Hier komme ich her. Damals bin ich wie ein Vogel von hier nach drüben geflogen und war so schnell da drüben, dass ich den Übergang gar nicht mitbekommen habe. Jetzt muss das anders gehen, jetzt will ich es anders probieren.“

„Was sehen Sie in dem Zwischenraum vor sich oder was hören Sie dort?“

„Das ist wie ein Fluss, nicht tief, aber doch kraftvoll, und ich stehe am Ufer und ich höre das Rauschen des Wassers.“

„Wie können Sie hinüber kommen?“

„Da sind Steine im Fluss. Ich kann nicht alle sehen, aber ich sehe den nächsten und ich möchte probieren, dorthin zu gehen, um zu sehen, ob es doch wieder einen nächsten gibt und ich darüber einen Weg finde.“

So begann die Aktion Brückenschlag. Sie betrat den ersten Stein und die nächsten folgten. Auf jedem Stein spielte sie Musik oder sang sie, denn in der Zwischenzeit hatte sie den Mut, gefunden ihre Stimme zu entdecken. Auf dem ersten Stein erklang ein herzerreißendes polnisches Kinderlied. Als sie voller Tränen dieses Lied gesungen hatte, sah sie den nächsten Stein und konnte dorthin gehen. Von diesem Stein aus blickte sie zurück und spielte eine Abschiedsmusik an ihre Freunde, dankte ihnen für ihre Freundschaft in ihren Kinderjahren. Den nächsten Stein konnte sie nur erreichen, in dem ich ihr von diesem Stein aus die Hand reichte und Halt gab. Und so ging es weiter, Stein für Stein, Klang für Klang durchquerte sie den Fluss.

Diese Aktion Brückenschlag war der entscheidende Prozess auf dem Weg zur Selbstverständlichkeit. Das, was vorher übersprungen worden war, konnte sich verbinden. Bei vielen Klient/innen, die an ähnlichen Problemen wie Helen litten, haben meine Frau, andere Kolleg/innen und ich ähnliche Prozesse begleitet. Es sind Schlüsselprozesse, in denen sich das Drama und die Lösung verdichtet. Ob die Form wie bei Helen eine Flussdurchquerung von Stein zu Stein ist oder einen anderen kreativen Ausdruck findet, ist zweitrangig – wesentlich ist der Prozess eines Übergangs, der bewusst und schrittweise erfolgt und indem jeder Aspekt des Erlebens erklingen darf. Eine solche Aktion kann nicht am Anfang der Therapie stehen, sondern bedarf langer Vorbereitung.

Als Helen am neuen Ufer stand, blickte sie zurück und sagte: „Das war harte Arbeit! Ich bin stolz, dass ich das geschafft habe. Und ich möchte anderen helfen, dass sie auch diesen Weg gehen können.“ Sie trifft sich seitdem mit einer Gruppe von Frauen, die eine ähnliche Geschichte wie sie haben. Einige von ihnen enga-

gieren sich für Mädchen der nächsten Generation und versuchen, ihnen auf dem Weg zu helfen, ihre eigene Selbstverständlichkeit zu finden.

Dies ist der vierte und ebenfalls häufig zu beobachtende Aspekt in der Therapie mit Menschen zwischen den Kulturen, dass sie Mist in Gold verwandeln und ihr Leiden und die mit dem Leiden verbundenen Erfahrungen in eine sinnvolle Tätigkeit münden zu lassen. Die Zugehörigkeit erstreckt sich nicht mehr auf die Frage: „Bin ich Polin oder Türkin oder Armenierin oder Tunesier oder Deutscher?“ Sondern sie fühlen sich eher den Menschen zugehörig mit denen sie ein ähnliches Schicksal verbinden und ähnliche Herausforderungen und Aufgaben. Dieser Prozess ist auch ein Weg vom Erdulden zum Aktivwerden, ein Schritt ins Handeln, ein Akt, das eigene Schicksal in die Hände zu nehmen, nicht allein, sondern gemeinsam mit anderen. Die Frage, Deutscher oder Pole, wird dann nicht mehr so wichtig, Helen sagte am Ende der Therapie: „Ich nenne mich jetzt Elena, das war ich eigentlich immer und das bin ich wieder geworden. Ich bin die deutsche Elena.“

### **Musikalisches Verraumen**

In dem beschriebenen therapeutischen Prozess habe ich zwei Absichten verfolgt. Ich wollte Themen- und Erlebensprozesse von Menschen zwischen den Kulturen deutlich machen und ich wollte Hinweise geben und Erfahrungen mitteilen, wie und mit welchen Methoden musiktherapeutisch zu diesen Themen und mit diesen Menschen gearbeitet werden kann. Eine Methode, die sich in dieser Arbeit und nicht nur in dieser besonders bewährt hat ist das musikalische Verraumen (s. Baer/Frick-Baer 2004). Der Hintergrund, warum diese Methode funktioniert, liegt darin, dass das Erleben der Menschen immer auch räumlich ist. Wir spüren Räume in uns und um uns herum. Wir reden von Rückendeckung und dem, was hinter uns liegt, und wenden uns dem zu, was uns bevorsteht. Der Boden, den wir spüren und manchmal verlieren, ist nicht nur der Fußboden, sondern auch im übertragenen Sinne ein Boden, auf dem wir stehen und uns innerlich aufrichten können usw. Die Sprache ist voller Hinweise auf Bedeutungen, die Räume und räumliche Kategorien wie Richtungen haben. Auch im Alltag gibt es Räume, die für uns bestimmte Bedeutungen haben, den Sessel als Ruheraum, der Küchentisch als Ort der Kommunikation usw. Diesen Umstand greifen wir in der Leiborientierten Musiktherapie auf und ermuntern die Klient/innen, Räume für ihre Themen oder einzelne Aspekte ihrer Themen zu schaffen. Dies ist besonders hilfreich, wenn die Themen noch diffus sind oder, was ja so oft passiert, die Klient/innen in der Beschäftigung mit diesen Themen feststecken. Dabei arbeiten wir oft mit Polaritäten wie der zwischen Polen und Deutschland oder beginnen mit dem Verraumen eines Themas wie der Sehnsucht und suchen von dort aus andere Räume.

Mich überrascht immer wieder, wie klärend das Verraumen ist. In dem Augenblick, in dem ein Raum für ein Thema, für ein Gefühl, für ein Problem

oder irgendetwas anderes geschaffen wird, befindet sich dieser Aspekt nicht nur innerhalb eines Menschen, sondern gelangt nach außen, wird räumlich sichtbar. Diesen Raum kann man betreten oder von außen in unterschiedlichem Abstand betrachten, diesen Raum kann man verändern und diesen Raum kann man erklingen lassen. Wir bitten oft die Klient/innen, in einen Raum oder, wenn es mehrere sind, in jeden Raum ein Musikinstrument zu stellen und dann in dem jeweiligen Raum dieses Instrument erklingen zu lassen. Manchmal ist es besonders spannend, an der Grenze oder einem Übergang zwischen Räumen musikalisch zu improvisieren. Oft befinden wir uns als Therapeut/Innen außerhalb der Räume, manchmal werden wir einbezogen und ‚spielen‘ mit.

Menschen zwischen den Kulturen leben oft zwischen unterschiedlichen kulturellen Räumen und suchen nach deren Verbindung in sich. Ein Jugendlicher, mit dem ich gearbeitet hatte, lebte in seiner türkischen Familie und in einer „deutschen“ Ausbildungsstelle. Er wechselte täglich hin und her und sagte: „Das ist wie zwischen zwei Ländern hin und her zu reisen.“ In welcher Form auch immer: Menschen zwischen Kulturen haben äußerlich und innerlich unterschiedliche Bedeutungsräume, die für sie wichtig sind. Werden diese Räume nach außen gelegt, werden sie begehbar und handhabbar, können sie erklingen und können Menschen mit ihrem Leiden und ihren Sehnsüchten, mit ihren Problemen und ihren Ressourcen Gehör finden lassen.

### **Literatur:**

- Baer, U.; Frick-Baer, G. (2004): Klingen, um in sich zu wohnen. Methoden und Modelle leiborientierter Musiktherapie. Neukirchen-Vluyn
- Baer, U.; Frick-Baer, G. (2006): Vom Trauern und Loslassen. Bibliothek der Gefühle Band 8. Neukirchen-Vluyn
- Dornes, M. (1993): Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen. Frankfurt am Main
- Sebald, W. G. (2002): Die Ausgewanderten. Vier lange Erzählungen. Frankfurt am Main
- Soboczynski, A. (2006): Polski Tango. Eine Reise durch Deutschland und Polen. Berlin
- Stern, D. (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart

Dr. Udo Baer, Balderbruchweg 35, 47506 Neukirchen-Vluyn,  
[www.therapie-kreativ-baer.de](http://www.therapie-kreativ-baer.de)



# Musiktherapie vor dem Hintergrund kultureller Differenzen

## Music Therapy and Cultural Diversity

Gerhard Tucek, Wien/Linz/Schloss Rosenau

*Im ersten Teil dieses Beitrags soll ein kurzer Abriss über die Entwicklung und Bedeutung von Musik in der islamischen Welt des Vorderen Orients gegeben werden. Es werden die paradigmatischen Grundlagen für die Entwicklung des historisch verbürgten musikalischen Therapiesystems dargestellt.*

*Der zweite Teil der Arbeit befasst sich mit der Wiederbelebung dieses Therapieansatzes in Europa. Grundsätzliche Fragen werden diskutiert, wie etwa die nach Traditionsverständnissen, Begegnungsmodellen mit dem Fremden sowie nach den Voraussetzungen für einen geographischen und zeitlichen Transfer der Kulturtechnik „Musiktherapie“ in das deutschsprachige Europa der Gegenwart.*

*The first part of this article gives a short summary of the development and significance of music in the Islamic world of the Middle East. Fundamental concepts are presented, related to the development of an historically well-founded, musical, therapeutic system.*

*The article then deals with the revival of this therapeutic approach in Europe. Principal concepts are discussed, including an appreciation of tradition, models of encountering the unfamiliar, as well as the conditions for a transfer, both geographical and temporal, of the cultural technique „Music Therapy“ to modern German-speaking European countries.*

### **Ein kurzer Abriss zur Entwicklung islamischer Musik im Nahen und Mittleren Osten**

Shiloah beschreibt die Musik des Nahen Ostens in der islamischen Zeit als weitgehend einheitliche Mischmusikkultur mit regionalen Unterschieden (In: Lewis, 2002). Erst im 19. Jh. kam es nach einer langen Periode der Stagnation zur Ausbildung nationaler Musikdialekte, insbesondere der arabischen, der persischen und der türkischen.

Auch in vorislamischer Zeit herrschte zwischen städtischen und nomadischen Kulturen reger musikalischer Austausch. Wie überall nahm Musik im Alltagsleben arabischer Menschen einen breiten Raum ein. Zudem waren die arabischen Stämme durch ihre Eroberungszüge mit verschiedenen Musikkulturen in Kontakt gekommen.

Eine bedeutsame Institution für das damalige Musikleben waren die „*Quainat*“ (siehe Engel 1987, 203–262). Professionellen Sängerinnen oblag darin nicht nur die Aufgabe der Musikausübung, sondern auch „... *Wein auszuschänken und Sinnlichkeit zugänglich zu machen*“. (vgl. Touma 1975, 12). Dies lieferte in weiterer Folge der islamischen Orthodoxie den Hauptangriffspunkt gegen Musik. Wie weiter unten noch ausgeführt, entzündete sich die Kritik mehr an den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, als an der Musik selbst.

Musik entwickelte sich in einer zweiten – von männlichen Berufsmusikern (*mukhannathun*) getragenen Periode zur anerkannten Kunstgattung (vgl. Farmer 1929, 44f. und Engel 1987, 263–294).

Im Jahre 661 beginnt das höfische Musikleben mit der Ansiedlung der Umayyadenherrscher in Damaskus, und schon in der frühen Periode der Abbasidenherrschaft (750–847) erreicht in Bagdad das höfische Musikleben seinen ersten und vielleicht wichtigsten Höhepunkt. H. G. Farmer spricht in diesem Zusammenhang vom „*Goldenen Zeitalter*“ der nahöstlichen Musik (1929, 90).

Zur selben Zeit wurde die klassische altarabische Musiktradition mit der Errichtung des Emirats von Cordoba über Nordafrika bis Spanien verbreitet und erfuhr dort in weiterer Folge eine gewisse eigenständige Entwicklung (vgl. Guettat 1980).

Im Osten des islamischen Weltreiches setzte sich vorerst mehr die iranische Musikauffassung durch, wozu ab dem 10. Jh. auch der Einfluss von Turkvölkern kam.

Sakrale und weltliche Musik waren zunächst nicht klar voneinander getrennt, und erstere übernahm im Laufe ihrer Geschichte immer wieder Aspekte der Volks- und Kunstmusik. Die islamische Mystik lieferte wichtige Beiträge zur Fortführung und Weiterentwicklung der Musik (Engel 1987, 179–202).

Von ihren Anfängen im 8. Jh. entwickelte sich die islamische Mystik ab dem 10. Jh. zu einer mächtigen Bewegung, innerhalb derer Musik und Tanz einen bedeutenden Platz innehatten. Wengleich es in den einzelnen Schulen unterschiedliche Meinungen hinsichtlich des Gebrauches von Musik und Tanz gab, so ist doch *sama* – also Musikhören – „*zweifelloso die bekannteste Äußerung mystischen Lebens im Islam*“ (Schimmel 1985, 254), und „...*trotz aller Verteufelungen und Verketzerung gehörten die Musiker, die Mitglieder einer mystischen Vereinigung des Islam waren, gerade auch in neuerer Zeit zu denjenigen, die das allgemeine Bedürfnis nach Musik abdeckten*“. (Engel 1987, 195). Schließlich nimmt Musik auch im Alltagsleben von Muslimen breiten Raum ein, und religiöse Festtage werden durch sie vielfach zu regelrechten Volksfesten.

## Zur angeblichen Musikfeindlichkeit des Islam

Ein wesentlicher Schlüssel zum Musikverständnis des Orients liegt in der Kenntnis ihrer kontextuellen Gebundenheit. Die oftmals in Orientalistik und Musikwissenschaft konstatierte Musikfeindlichkeit des Islams bezieht sich nicht auf die Musik per se, sondern um die äußeren Rahmenbedingungen bei der Musikausübung. In diesem Sinne wurde eine Hierarchie musikalischer Gattungen entwickelt, die ich nach Al-Faruqi (1985) – in Anlehnung an ein unveröffentlichtes Manuskript eines Vortrags von em. Franz Födermayer, (anlässlich einer vom Autor im Jahre 1995 veranstalteten Tagung) synoptisch zusammenfassen möchte:

Abb. 1

• <i>Koranlesung (qira'ah) bzw. religiöse Gesänge</i> (adhan, tahlil/talbiyyah, takbirat, madih, tasbih, tahmid) werden als höchste Form musikalischer Tätigkeit gesehen
• <i>gesungene Dichtung (shi'r)</i> : sofern mit der islamischen Ethik vereinbar
• <i>Familien- und Festmusik</i> : Schlummerlieder, Frauen und Hochzeitsgesänge etc.
• „ <i>Occupational Music</i> “: Karawanen-, Hirten-, Arbeitsgesänge etc.
• <i>Militärmusik (Tabl Khanah)</i>
• <i>Vokal-/Instrumentalimprovisationen</i> : layali, avaz, taqasim, istikhbar etc.
• <i>Ernste, metrisch gebundene Gesänge und Instrumentalmusik</i> : dawr, muwashshah, tasnif etc. ; bashraf, da'irah, sama'i, dulab etc.
• <i>Musik vor- oder nicht-islamischen Ursprungs</i>
• <i>Sinnliche Musik in abzulehnenden Zusammenhängen</i>

Das islamische Idealbild einer religiösen Durchdringung aller Lebensbereiche hatte tief greifenden Einfluss auf den Stellenwert von Musik im Leben der Muslime.

Obwohl Al-Faruquis Konzept nicht für alle Teile der muslimischen Welt Geltung hat, vermittelt es doch einen Einblick in das islamische Musikverständnis des nahen Ostens: Koranlesung, Gebetsruf, Gesänge religiösen Inhalts, Musik, die bestimmte Verrichtungen begleitet sowie Militärmusik existieren im Bewusstsein der Muslime jedoch nicht unter dem Sammelbegriff „Musik“, sondern nur mit ihren speziellen Namen wie etwa *sama*, *ghina*, *musiqi*, etc..

- Musiqi wurde zwischen dem 8. und 10. Jh. aus dem Griechischen abgeleitet und fand Verwendung im Sinne von Musiktheorie (vgl. Al-Faruqi 1981, 209)
- Ghina bezieht sich auf säkulare Gesänge, insbesondere auf den Kunstgesang (ghina al-mutqan), wobei bisweilen auch die Formen weltlicher Instrumentalmusik einbezogen wurden.

- Sama bedeutet „hören“, und wurde speziell in der islamischen Mystik verwendet (vgl. Schimmel 1985, 253–265 und During 1988).

Diese Gattungen waren gestattet und durch eine „... *unsichtbare Grenze von jenen Gattungen getrennt, die auch nach muslimischem Verständnis Musik sind*“ (Al-Faruqui 1985, 11). Demnach gelten nur die unteren Bereiche von Abb. 1 auch nach islamischem Verständnis als „Musik“. Nur auf diese beziehen sich die erwähnten Kontroversen hinsichtlich ihrer Legitimität. Besonders verpönt war Musik im Zusammenhang mit Alkohol- und Drogengenuss sowie Prostitution. Eine derartig motivierte Ablehnung kann nach During jedoch nicht als islamspezifisch bezeichnet werden. (1989, 21). Allerdings wurde diesem Thema im Islam größere Bedeutung beigemessen als anderswo.

Hieraus wird ersichtlich, dass – nach Födermayer – das zuvor zitierte Schlagwort von der Musikfeindlichkeit des Islam eine unzulässige Vereinfachung ist. Zudem betont Al-Faruqui, dass der Begriff *haram* – „verboten“ – nur für jene Bereiche anzuwenden sei, die – im legislativen Sinne verstanden – als strafbare Handlung mit einem bestimmten Strafmaß belegt sind. Die umgangssprachliche Verwendung des Wortes *haram* wäre – nach Al-Faruqui adäquater mit dem Begriff „*makruh*“ („ungünstig“ bzw. „beschämend“) zu ersetzen (1985, 5). Im Übrigen bezogen sich die Diskussionen nur auf den Berufsstand der Berufsmusiker (Engel 1987, 58–62 und Al-Faruqui 1985, 17 u. 22).

Letztlich ist die Kontroverse hinsichtlich der Legitimität von Musik unlösbar, weil im Koran (als wichtigste islamische Rechtsquelle) der Begriff „Musik“ nirgendwo vorkommt. Eine ausführliche Diskussion hierzu findet sich bei Choudhury (1957) sowie al-Faruqui (1985), Engel (1987).

Die intensive Auseinandersetzung mit dieser Frage zeigt deutlich, wie sehr die Gelehrten um die tief greifende emotionale Wirkung von Musik bescheid wussten. Durch Poesie wurden diese Effekte sogar noch vertieft und intensiviert, was zeigt, wie feinsinnig die islamische Kultur des vorderen Orients für den auditiven Zugang zur Welt ist.

Niemand reagiert auf den Wohlklang der göttlichen Rede enthusiastischer als Muslime. In besonderer Weise gilt das für die Mystiker des Islams (Sufis). Sie erfuhren jene innere Erschütterung, die André Breton mit den Worten beschreibt: „... *die Schönheit wird wie ein ‚Beben‘ sein, oder sie wird nicht sein ...*“ (Breton in Kermani 2003; 165).

Aus dieser Feinsinnigkeit für die transzendente Schönheit des Koranischen Vortrags leitet sich nach Kermani (ebenda 371) die besondere Empfänglichkeit der orientalischen Völker für jedwede musikalische und sprachliche Lautäußerung ab. Obwohl – wie zuvor gezeigt – eine strikte Trennung zwischen der musikalischen Rezitation des Koran und eines weltlichen Musikvortrags besteht, waren die großen Koranrezitatoren mit ihrer Fähigkeit zu komplexen maqam-

Improvisationen auch Vorbilder für die Entwicklung der klassischen Kunstmusik.

Die seit der islamischen Frühzeit bestehende Ambivalenz im Verhältnis zwischen Koranrezitation und Musik wird an einer durch Ibn Abd Rabbih überlieferten Anekdote deutlich: *„Ein Mann wird verhaftet, weil er angeblich in einer Moschee lauthals gesungen und damit gegen die guten Sitten verstoßen hat. Glücklicherweise eilt ein vornehmer Kuraischit, der in der Moschee sein Gebet verrichtet hat, zur Polizei und beteuert, dass der Beschuldigte nichts anderes getan habe, als den Koran zu rezitieren. Das Missverständnis klärt sich auf, der Arrestant wird entlassen. Wieder auf der Straße, sagt der Edle zum Sünder: ‚Wenn du nicht so gut gesungen hättest, hätte ich dich nicht geschützt‘“* (Kermani ebenda, 191).

Der Filmemacher Nacer Khemir (*Das goldene Halsband der Taube*, Bab A'Aziz) beschreibt zwei Pole, zwischen denen die Muslime pendeln: Gesetz und Wunsch. Beide Aspekte sind Grundkonstanten menschlichen Lebens schlechthin. Die mündlich überlieferte Sprache ordnet er der Frau und Mutter zu. Sie ist die Sprache der Sinnlichkeit und des Wünschens. Die Sprache des Mannes und Vaters ist der geschriebene Text. Dies ist die Sprache des Gesetzes. Während der Koran den Muslimen sagt, wie sie zu leben haben, erzählen die Geschichten aus 1001 Nacht darüber, wie die Menschen leben wollen. Zwischen diesen beiden Identitätsstiftenden Texten der islamischen Welt steht nach Khemir eine ganze Kultur.

Aller Vorbehalte zum trotz war der Koran im Mittelalter nicht nur religiöser Text, sondern zugleich auch ein gesangliches Übungsfeld für weltliche Sängerinnen und Sänger. Seine Rezitation entfaltete die tief greifende Wirkung nicht nur über den Inhalt, sondern vor allem durch die sinnlich emotionale Hörerfahrung.

Im Sufismus fand die Sensibilität für alles Klangliche schließlich eine Verfeinerung, die heute kaum mehr nachvollziehbar ist. Die Vorliebe für den „schönen Klang“ führte im islamischen Kulturraum zur Entwicklung einer der ältesten schriftlich belegten Musiktherapien.

Die heilende Wirkung der Musik wurde in metaphysischem Sinne einerseits als „Widerhall des göttlichen Urklangs“ interpretiert, aber andererseits auch einer hoch differenzierten Wirkung des mikrotonalen Tonsystems (maqamat) zugeschrieben (vgl. Tucek, 2003).

Auch wenn aus heutiger Sicht Überlieferungen über die magische Wirkung von Musik und Gesang legendenhaft übersteigert erscheinen, gilt es der Kernaussage eines direkten Wirkzusammenhanges zwischen Klang und Lebewesen Aufmerksamkeit zu schenken.

## Diätetische Grundregeln – Das Riyazed-Konzept

Die therapeutische Anwendung von Musik ist aus der Sicht des Orients tief mit der Idee einer gesunden Lebensführung verbunden. Die Theorie des „Riyazed“ gründet sich in jenen sechs diätetischen Lebensregeln, die Galen bereits in seiner „Ars Medica“ vorwegnahm. Dieses – im Sinne heutiger Terminologie – salutogenetische Konzept wurde von Avicenna aufgegriffen, und bildete bei ihm ein klar durchstrukturiertes und ausformuliertes diätetisches Grundgerüst, auf dessen Grundlage diverse Lebensbereiche ausgewogen gestaltet werden sollten (vgl. Kümmel 1977, 132):

- Licht und Luft
- Speise und Trank
- Bewegung und Ruhe des Körpers
- Schlafen und Wachen
- Leerung und Füllung des Körpers
- Bewegung des Gemüts

Praktisch umgesetzt wurde dies durch die ästhetische Anregung der menschlichen Sinnesmodalitäten:

- **Riyazed für das Gehör:** das Hören harmonischer Klänge – sei es Gesang oder Poesie.
- **Riyazed für das Auge:** die Betrachtung der Natur, von Blumen und Pflanzen, harmonische Farbgestaltung; harmonische Innenraum- und Gebäudearchitektur sowie harmonische Formen.
- **Riyazed für den Geruchssinn:** die Anwendung ätherischer Öle und Blütenessenzen entsprechend dem – humoralmedizinisch gesehen – warmen bzw. kühlen Grundtypen.
- **Riyazed für den Verdauungstrakt:** gezielt eingesetzte, maßvolle Ernährung. Fastenperioden.
- **Riyazed für den Tastsinn:** weiche, runde Oberflächenstrukturen, weiche Materialien und Stoffe.
- **Riyazed für die Stimme:** freundliche Gespräche, Singen, Lachen, Poesie.
- **Riyazed für das allgemeine Wohlbefinden:** harmonische Bewegungen, Diätetik, Musik. Zur Überwindung von Wut- oder Angstzuständen wurde das Hören von Musik empfohlen, sowie die Nähe von geliebten, vertrauenswürdigen Menschen. Gespräche mit hoffnungsvollen und Vertrauens fördernden Inhalten.

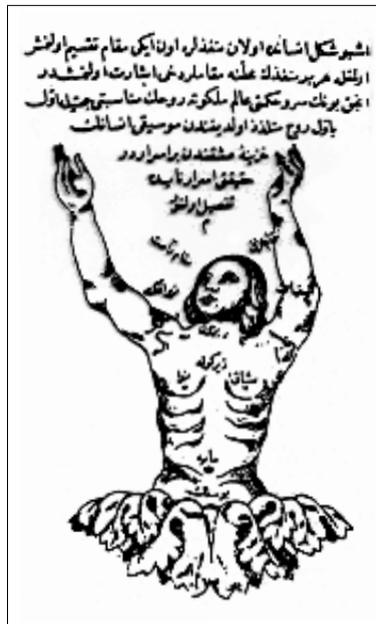
Auf diese Weise wurde versucht, die sozialen, körperlichen und seelischen Grundlagen für eine Genesung der Patienten zu schaffen, und die Wirkung medizinischer Behandlungsmethoden zu verstärken.

Anhand historischer Quellen lässt sich die Spur einer regulären therapeutischen Anwendung von Musik im arabisch-persisch-türkischen Kulturraum vom 9.–18. Jh. verfolgen.

Durch den Paradigmenwechsel hin zur naturwissenschaftlichen Medizin verlor Musik als eine in Spitälern regulär angewendete Therapieform ihre theoretisch-wissenschaftliche (humoralmedizinische) Grundlage und geriet in Vergessenheit.

## Die Wiederbelebung der Altorientalischen Musiktherapie:

In den frühen siebziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts, begann der türkische Psychologe, Musiker und Sufilehrer Oruc Güvenc im Rahmen seiner Dissertation an der Universität Istanbul mit seinen Bemühungen diese Musiktherapie wiederzubeleben. Er fand in den Archiven unter anderem Quellen, die Wirkzuordnungen von Tonarten auf Organbereiche, Emotionen, zu bestimmten Tageszeiten, und vieles mehr, beschreiben.



Güvenc fasste seine Erkenntnisse 1985 in einer Dissertation zusammen und begann zunächst in der Türkei mit dem Versuch einer praktischen Wiederbelebung der Musiktherapie.

Seit Sommer 1984 hatte ich selbst die Gelegenheit, diesen Prozess der nunmehr „Altorientalische Musiktherapie“ genannten Therapieform (in der europäischen Diaspora) aktiv mitzugestalten.

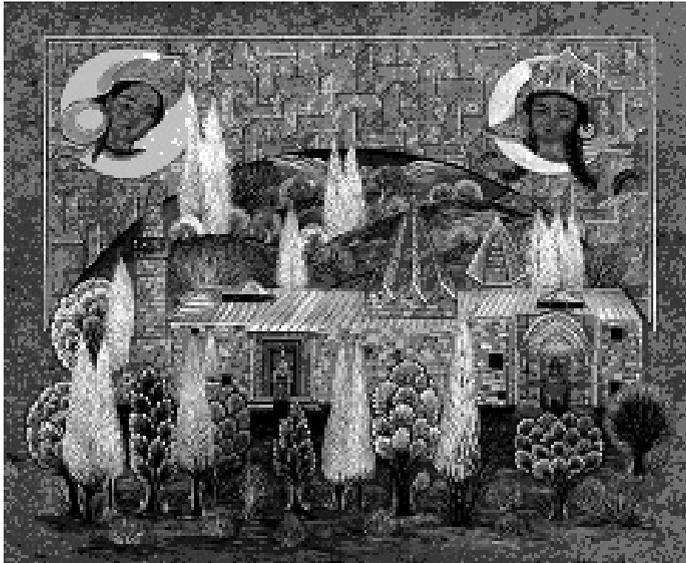
Der Begriff „Altorientalisch“ gilt heute als eine in der Therapieszene eingeführte Schulbezeichnung, der nichts mit dem in der Turkologie gebräuchlichen Terminus zu tun hat. Wir wählten diesen Namen in den Anfangsjahren unserer Bemühungen, um Begriffe wie „arabisch, türkisch, persisch, islamisch“ etc. zu vermeiden. Einerseits wollten wir damit möglichen nationalistischen Tendenzen entgegenwirken, und andererseits geht aus den Quellen hervor, dass viele wichtige historische Persönlichkeiten der Musiktherapie keine Muslime waren.

Erlauben Sie mir an dieser Stelle ein kurzes biografisches Streiflicht hinsichtlich meines Zugangs zur Altorientalischen Musiktherapie, denn die Entwicklung einer Institution ist primär durch die handelnden Personen geprägt:

Während meiner Wiener Studienzeit (Psychologie und Theologie) hatte ich im Sommer 1984 einen für meinen weiteren Lebensweg entscheidenden Traum: Ich wurde gemeinsam mit einer Gruppe von Menschen durch ein prunkvolles, schlossartiges Gebäude geführt. Plötzlich vernahm ich eine Musik, die mich daran gemahnte, meine Zeit nicht unnütz zu vergeuden. Ich trennte mich von der Gruppe und folgte dem Klang der Musik. Ich durchschritt Zimmer für Zimmer, die Musik immer deutlicher vernehmend. Eine Stimme verkündete mir unter anderem, dass sie eine große Bedeutung in meinem Leben haben werde ... Von den folgenden, nicht zur Niederschrift geeigneten Traumereignissen tief bewegt, wachte ich auf. Ich war davon so sehr erfüllt und belebt, als sei jede einzelne meiner Zellen selbst Musik. Selbst im Wachzustand blieben mir der Klang der Musik und der damit verbundene ekstatische Lebensgeschmack erhalten. Damit verbunden war ein Gefühl tiefer Sehnsucht, welches sich jedoch an keine bestimmte Person, Situation oder Sache festmachen ließ. Dieser seltsame, mit Worten nicht ausreichend beschreibbare Zustand hielt fast die gesamte darauf folgende Woche über an.

Etwa drei Wochen nach diesem Traum lernte ich Oruc Güvenc kennen. Er gab in Wien ein Konzert, dessen Klangqualität in mir jenen aus dem Traum bekannten Zustand wieder hervorrief. Als ich Güvenc nach dem Konzert davon erzählte, lud er mich ein, in sein Haus nach Istanbul zu kommen. All meine sonst übliche Vorsicht gegenüber „Fremden“ über Bord werfend, willigte ich ein und wir fuhren am darauf folgenden Wochenende in meinem Auto in die Türkei.

Während meines mehrmonatigen Erstaufenthalts in der Türkei tauchte ich tief in die Welt der Mystik und der Musik ein. Wir besuchten u. a. die ostanatolische Stadt Divrigi. Auf einem Hügel über der Stadt steht ein von Turan Melek im Jahre 1228 gestiftetes Hospital. Ich erinnere noch deutlich das sanfte Licht der sich über die Hügel ausbreitenden Abendstimmung. Ehrfürchtig stand ich zum ersten Mal vor diesem wunderbar erhaltenen seldschukischen Gebäudekomplex, der in der historischen Literatur als eine der frühesten Wirkstätten für Musiktherapie erwähnt wird.



Mich übermannte die Sehnsucht, an einem solchen Ort diese Therapietradition nach mehr als 700 Jahren wieder aufleben zu lassen. Meine Gedanken wurden je vom Ruf eines Muezzins unterbrochen, der aus dem direkt an das Spital anschließenden Saal zum Gebet rief. In diesem Moment wurde mir klar, wie nahe einander einstmals Heilkunde und Religion standen.

Was vor mehr als zwanzig Jahren mit einer romantischen und wenig realitätsnahen Phantasie begann wurde mittlerweile zu meiner konkreten Lebenspraxis.

Die Herausforderung der dazwischen liegenden Jahre lag darin, umsetzbare und wissenschaftlich fundierte Modelle für eine heutige klinische Praxis und Lehre zu entwickeln, die neben einer kurativen Behandlung von Krankheitsbildern auch dem Desiderat eines Heilwerdens auf der Grundlage zwischenmenschlicher Begegnung und innerer Berührung zulassen.

Dies fordert(e) neben einer argumentativen Wahrhaftigkeit und der Bereitschaft die eigene (Altorientalische) Therapiemethode in ihrer gegenwärtigen Wirksamkeit wissenschaftlich zu befragen auch den Mut ein, den kulturellen Transferprozess kritisch zu beleuchten. Es galt eine historisch verbürgte (regionale) Wissenstradition so zu übersetzen und zu erweitern, dass dieses in unser heutiges Therapieverständnis integriert werden kann. (Der bisherige Prozess lässt sich anhand der Publikationsliste unter [www.ethnomusik.com/publikationen](http://www.ethnomusik.com/publikationen) nachvollziehen.)

Im Zuge des Etablierungsprozesses der Altorientalischen Musiktherapie in Europa haben sich unterschiedliche Schwerpunkte im Zugang zu ihr herausgebildet: Während Güvenc türkische sowie traditionell sufische Aspekte stärker

betont, stehen aufgrund meiner Aufgaben als klinischer Musiktherapeut und Studiengangsleiter für Altorientalische Musiktherapie transkulturelle, klinische und wissenschaftliche Fragestellungen im Vordergrund. Diese unterschiedlichen Schwerpunkte verlangen eine ernsthafte Auseinandersetzung mit den jeweiligen Argumenten.

### Überlegungen zum Umgang mit dem Traditionsbegriff

An einem angenehm milden Frühsommertag des Jahres 1989 machte ich mich voller Enthusiasmus und Zuversicht auf dem Weg zu einem wichtigen Beamten im Gesundheitsministerium. Mein Ziel war die Verankerung der Altorientalischen Musiktherapie im hiesigen Gesundheitswesen. Mit mir führte ich ein etwa 200 Jahre altes Buch in osmanischer Sprache über die organ- und emotionsspezifischen Wirkzuschreibungen von Makam-Musik. Um die Legitimität meines Anliegens zu untermauern, legte ich dem Ministerialbeamten dieses mir so wertvolle Buch über die damals annähernd 900 Jahre alte Tradition orientalischer Musiktherapie vor.

Ohne das Buch auch nur anzusehen, forderte er mich auf, ihm heutige Fakten auf den Tisch zu legen. Ich versuchte ihm klar zu machen, dass wir noch keinerlei heutige Erkenntnisse hätten, wohl aber die Sicherheit einer jahrhundert alten bewährten Therapietradition. Dies müsse doch genügen ....

Selten habe ich mich dermaßen missverstanden gefühlt, wie bei dieser Begegnung. Ich erinnere noch den sinngemäßen Rat des durchaus geduldigen Ministerialbeamten: *„bringen Sie aktuelle Ergebnisse und Belege über die Wirksamkeit ihrer Therapie.“*

Während ich „Tradition“ im Sinne von „alt und daher bewährt und abgesichert“ positiv interpretierte, konnotierte mein Gegenüber diesen Begriff keineswegs so enthusiastisch.

Im Internet finden sich zur Zeit an die 171 000 000 Ergebnisse zum Suchbegriff „Tradition“. Wiewohl die Verwendungsweise dieses Wortes überaus heterogen ist, geht es im Wesentlichen jedoch immer um die Idee einer Weitergabe.

Die Beschäftigung mit (gegenwärtig lieferbaren) Büchern zum Begriff der „Tradition“ ergibt nach Dittmann (2004) – auf dessen Ausführungen ich hier besonders Bezug nehme – ein unscharfes Bild.

Tradition (von lat. tradere („trans-“, hinüber- und -dare“, geben) bzw. traditio („Übergabe, Auslieferung, Überlieferung“) bezeichnet die Weitergabe (das *Tradere*) von Handlungsmustern, Überzeugungen und Glaubensvorstellungen u. a. oder das Weitergegebene selbst (das *Traditum*, z.B. Gepflogenheiten, Konventionen, Bräuche oder Sitten). Im Gegensatz zu der Fülle an Material zu speziellen religiösen, sozialen und ethnischen Traditionen, gibt es bislang kaum Literatur, die den Traditionsbegriff monographisch reflektiert.

Häufig wird der Traditionsbegriff mit der Idee einer „religiösen Autorität“ in Zusammenhang gebracht (vgl. z.B. Hartmann, Janich, 1996), oder mit Argumenten eines „Immer-so-Gewesenen“ (vgl. z.B. Weber, 1980).

Beide Spielarten habe ich im Zusammenhang mit meinem Lehrer Oruc Güvenc kennen gelernt. Im Zuge des Transferprozesses der Altorientalischen Musiktherapie in das deutschsprachige Europa geriet ich damit in immer größere Bedrängnis: Zum einen schien mir schon sehr bald eine religiöse Begründung von Musiktherapie fragwürdig, zum anderen war es mir mit zunehmender Kenntnis der historischen Faktenlage unmöglich, von ihr als ein „Immer-so-Gewesenes“ zu sprechen. Zwischen dem Abbruch der Musiktherapie in der Türkei um 1850 und ihrer Wiedererstehung in den späten 70iger Jahren des 20. Jh. konnten keine lebenden Zeitzeugen über das „wie“ einer früheren Handhabung von Musiktherapie Auskunft geben. Sobald niemand mehr über persönliche Erfahrungen mit historisch bedeutsamen Ereignissen berichten kann, übernehmen Orte wie Museen und Archive wichtige identitätsstiftende Erinnerungsfunktionen.

Auch für die Wiederbelebung der Altorientalischen Musiktherapie traf dies zu. So veranstalteten wir das Abschlusskonzert der ersten Absolventen der (heute nicht mehr existierenden) „Schule für Altorientalischen Musik- und Kunsttherapie“ im historischen Spital in Edirne mit der expliziten Idee, „die alte Tradition“ wieder aufleben zu lassen.

Den von mir früh geäußerten Reform- und Adaptationswünschen an ein heutiges Verständnis von Musiktherapie begegnete Güvenc mit obigen beiden Argumenten abwehrend.

Dies rief in mir einen Sinneswandel in Bezug auf „Tradition“ hervor, und ich konnte erstmals Menschen verstehen, die damit eher Behinderung als Schutz assoziieren.

Josef Pieper (1963) einer der bedeutendsten deutschen christlichen Philosophen des 20. Jh. (gest. 1997) knüpft seine Theorie der Tradition an die Traditionshandlung – das tradere – und den Gegenstand dieser Handlung, das traditum. Unter Traditionshandlung versteht er *„...ein Geschehen, an dem zwei Personen, ein Überliefernder und der, dem etwas überliefert wird, beteiligt sind.“* (siehe: [www.holmespeare.de](http://www.holmespeare.de))

Dabei findet zwischen Überlieferndem und Empfangendem nicht ein Dialog zweier „Gleicher“ statt, sondern der Überliefernde gilt als „ranghöher“.

Im Unterschied dazu begegnen sich auch Lehrer und Schüler zwar auch, *„... nicht als Gleiche, aber als Gleichzeitige. ... Das heißt, dass der Überliefernde den Empfangenden eben nicht als Schüler, sondern „als den Nachfolgenden, als den Sohn, den Jünger“, den Erben, der das Mitgeteilte für die Zukunft, für die kommende Generation in Empfang nimmt“* versteht ... *Die Rollenverteilung zwischen Überlieferndem und Empfangenden ist also ungleich gewichtet: der eine redet, der andere hört.“* (ebenda)

Diese Beschreibung deckt sich mit meiner Erfahrung: Während ich mich darum bemühte, unseren Studierenden einen Weg zur Kompetenzaneignung zu

ermöglichen, der durch die schrittweise Verknüpfung von theoretisch Gelerntem mit praktisch Erfahrenem und unter Anleitung Reflektiertem beschritten wird, hing die therapeutische Kompetenz in Güvencs Verständnis an der Weitergabe von „Baraka“ (Segenskraft) von Ihm auf den Studenten.

Pieper differenziert, dass ein Zu-Lernendes grundsätzlich der kritischen Prüfung ausgesetzt ist, während hingegen das „... *Empfangen ... ziemlich genau das (ist), was die menschliche Sprache als ‚Glauben‘ bezeichnet.*“ (siehe: [www.holmespeare.de](http://www.holmespeare.de)).

Der Empfangende akzeptiert „... *das Überlieferte als wahr und gültig, obwohl (er) diese Gültigkeit nicht kritisch nachprüfen kann. Wenn das tradendum in diesem Sinne nicht empfangen wird, scheitert die Traditionsbehandlung.*“ (ebenda).

Güvencs Argumente lauteten, ganz so wie Pieper sie beschrieb:

„Die Alten sagen ...‘;

,*Aristoteles* (in unserem Fall Avicenna, Al Farabi, etc ...) *lehrt ...‘;*

,*gemäß einem überlieferten Brauch verfährt man so und so ...*“ (ebenda).

Piepers Überlegungen machten mir erst viele Jahre später die Logik dessen zugänglich, was ich nicht verstehen konnte: Es war offensichtlich, dass bei den Studierenden der „Schule für Altorientalische Musik- und Kunsttherapie“ dieser Transmissionseffekt nicht im gewünschten Sinne eintrat. Dennoch hielt Güvenc an seinem Konzept fest. Pieper: Die Weisheit der Alten „...*besitzt eine unerschöpfliche Aktualität, weil sie sich nicht in menschlicher Erkenntnisleistung oder Genialität gründet, sondern in dem Widerfahrnis einer göttlichen Offenbarung. ... Aus diesem göttlichen Ursprung zieht eine Tradition als traditum seine Autorität, während die Autorität des Überliefernden von dieser ersten Autorität abgeleitet ist. Die Idealgestalt von Tradition ist deshalb das Modell der ‚heiligen Überlieferung‘ ...*“ (in: Dittmann, 2004).

Der Vermittlungsvorgang geschieht über die Älteren, – in unserem Fall über den Sufimeister – die im Sinne der „goldenen Kette“ (Silsille) (wegen ihrer Vorzeitigkeit) näher an die Offenbarung heranreichen als die nachgeboren jeweils Letzten in der Reihe der Empfangenden. „*Die Traditionsbehandlung dient der unveränderten Bewahrung dieses Kerns, hier gibt es keinen Fortschritt und kein Hinzufügen.*“ (ebenda).

Im Falle der Altorientalischen Musiktherapie herrschte über geraume Zeit Verwirrung hinsichtlich des *traditums*: geht es um Musiktherapie, um Sufismus oder eine Kombination beider in dem Sinne, dass Musiktherapie als klinisches Verfahren in Form einer Wahrheitstradition angewendet und weitergegeben werden soll.

Ich stand auch innerhalb der eigenen community mit meinen Bemühungen um Verankerung der Altorientalischen Musiktherapie in klinischer Praxis und vor

allem in der Lehre durchaus in der Kritik. Die Phase des Ablösungsprozesses der Musiktherapie von der Wahrheits-Lehre des Sufismus habe ich mehrfach beschrieben (z. B. 2003, 2005), weswegen in diesem Beitrag nur soweit darauf eingegangen wird, als es für das Textverständnis nötig erscheint.

Den langjährigen Prozess zusammenfassend: In meiner Verantwortung als Studiengangsleiter entschied ich mich für die Trennung der Musiktherapie von der Wahrheits-Lehre Sufismus und leitete entsprechende Veränderungen in den Ausbildungsstrukturen ein. Die sich daraus ergebenden Konsequenzen schlugen sich im Curriculum nieder, welches sich von einem auf einen (Sufi-)Meistermusiker zentrierten Lehrgang zu einem fächerbezogenen Studium wandelte (siehe [www.ethnomusik.com/Ausbildung](http://www.ethnomusik.com/Ausbildung)).

Im Laufe der Zeit wurde mir klar, dass sich der Konflikt weniger an charakterlichen Mängeln (auf welcher Seite auch immer) entzündete, als auf der Begegnung völlig unterschiedlicher Erwartungshaltungen. Diese Erkenntnis machte mir auch deutlich, wie wichtig eine genaue Begriffsklärung im Bereich interkultureller Begegnung ist.

Offen bleibt, ob die sich begegnenden Personen prinzipiell zu einem Dialog auf „gleicher Augenhöhe“ bereit bzw. in der Lage sind. Eine eingehende Diskussion dieses sehr wichtigen Aspekts würde den Rahmen dieses Beitrags sprengen, weswegen ich auf eine spätere Publikation verweisen muss.

Diese Überlegungen führen mich zu der Frage nach möglichen Umgangsformen mit dem Fremden.

## Theoretische Überlegungen zur Begegnung mit dem Fremden

Ich teile die Position Hausteins, der Kulturen nicht als geschlossene Entitäten, sondern als offene, sich wechselseitig konstituierende Regelsysteme versteht, die in ständigem Wandel begriffen und auf Austausch angelegt sind (vgl. Haustein, 2000, 231). Kulturbegegnung findet dabei immer als Begegnung von Individuen und nicht absoluter Werte bzw. abstrakter Systeme statt. Es geht demnach um Beziehungen konkreter Menschen, die nach – teils unbewussten – kulturellen Entwürfen agieren.

Während sich etwa hiesige Musiktherapiekonzepte bewusst in ihren jeweiligen Wirktheorien auf Erkenntnisse im 20. Jh. gründen, berief sich die Altorientalische Musiktherapie lange Zeit auf eine bis ins Mittelalter zurückreichende Tradition.

Güvenc vertrat hierbei einen *essentialistischen Kulturbegriff* mit dem Postulat in sich geschlossener und klar unterschiedener Kulturen und deren Streben nach idealpischer Autochthonie in größtmöglicher „Reinheit“ und „Unverfälschtheit“.

Auf der Grundlage meiner bisherigen Erfahrungen vollzog ich selbst in den letzten Jahren einen konzeptionellen Wandel in Richtung „Hybridität“, welches Kulturen in permanenter wechselseitiger Durchdringung eines sich hierarchisch strukturierenden Zentrums und einer dynamischen Peripherie sieht (vgl. Bhabha, 2000).

Er bezeichnet die Dynamik zwischen den sich jeweils neu formierenden Außenrändern und einem (einstweilen) gesellschaftlich ausverhandelten Zentrum als „third space“.

In diesen (virtuellen) „dritten Räumen“ werden gesellschaftliche Vorstellungsbilder und deren begriffliche Festlegungen prozesshaft verhandelt, wobei die Definitionsmacht vom Zentrum zur Peripherie hin immer schwächer werdend verteilt ist.

Beispielsweise werte ich die an einen Vertreter der Altorientalischen Musiktherapie ergangene Einladung zur Mitgestaltung dieses Buches ebenso als ein Indiz hierfür, wie die Tatsache, dass im Rahmen der Ausbildung zum Altorientalischen Musiktherapeuten Kollegen anderer Schulen eingeladen sind, Beiträge aus Ihrer Sicht zu liefern. Noch vor wenigen Jahren wäre dies vermutlich kaum möglich gewesen, da die Positionen zu weit von einander entfernt schienen. Mittlerweile hat die Altorientalische Musiktherapie einen Integrationsprozess in die hiesige musiktherapeutische Landschaft vollzogen und sich selbst dabei verändert.

Hier kommt mir Edgar Ellen Poes Geschichte vom „Maelström“ in den Sinn (zit. n. Prieler Woldan Maria; 1996, 24–29). Die Geschichte handelt von drei norwegischen Fischern (es waren drei Brüder), die durch eine Strömung in einen Strudel gezogen werden. Während der erste Bruder sofort untergeht, bekommen die beiden anderen Wrackteile zu fassen und treiben im Sog des Strudels, dem bislang noch kein Matrose lebendig entkommen konnte.

„Dem Erzähler gelingt es – nach einer Phase der Panik, in der er am erstbesten Schiffsteil Halt sucht (Ich tat dies ohne zu überlegen, ... denn ich war zu verstört, um einen vernünftigen Gedanken zu fassen) – sich zu distanzieren, d.h. seine Furcht loszulassen: ‚Es mag vermessen klingen – nun, da wir uns in den Fängen des Strudels befanden, war ich gefasster als kurz zuvor, als wir an ihn heran getrieben wurden. Mit dem Entschluss, jede Hoffnung fahren zu lassen, schwand ein großer Teil des Entsetzens, das mich bisher gelähmt hatte ... Vielleicht hört es sich wie Prahlerei an, aber es ist die reine Wahrheit – ich begann darüber nachzudenken, wie großartig es ist, auf eine solche Art zu sterben ... Bald darauf ergriff mich eine brennende Begierde, die Geheimnisse des Strudels selbst kennenzulernen. Ja es war mein Wunsch, seine Tiefen zu erforschen – sei es auch um das Opfer, das ich bringen musste; nur eines schmerzte mich – ich würde den alten Gefährten an Land nie von dem Augenblick erzählen können, der mir bevorstand‘.

Während sie im Strudel zirkulieren, versucht ihm sein Bruder in Todesangst die Halterung streitig zu machen. „Ich habe nie einen tieferen Kummer empfunden als bei diesem Anblick – obwohl ich wusste, dass er wahnsinnig war, dass

die Angst ihn um den Verstand gebracht hatte. Mir war klar, dass es keinen Unterschied machte, ob wir uns festhielten oder nicht; so überließ ich ihm den Bolzen und kroch nach achtern zu dem Fass [an dem sich der Bruder gehalten hatte (M. P. W.)] ... Kaum hatte ich in meiner neuen Lage festen Halt gefunden, als wir mit einem heftigen Ruck nach Steuerbord überholten und kopfüber in die Tiefe stürzten. Ich murmelte ein hastiges Gebet und glaubte, alles wäre vorbei.'

Nach seinem Loslassenkönnen kommen ihm der Zufall und seine Beobachtungen zu Hilfe und wird das Fass später zu seiner Rettung.

„Mit absurder Aufmerksamkeit begann ich die zahlreichen Gegenstände zu mustern, die ringsum im Wasser trieben ... es bereitete mir fast Vergnügen, die unterschiedlichen Geschwindigkeiten zu beobachten, mit der sie im Dunst der Tiefe verschwanden.' Oder mit Elias: ‚Durch Beobachten und Überlegen kam er zu einer ‚Idee': Ein zusammenhängendes Bild des Prozesses, in den er verwickelt war, eine ‚Theorie' begann in seinem Denken eine Gestalt anzunehmen.' (Elias 1987, 79). Er bemerkte, dass kleinere Gegenstände langsamer sinken als größere und zylindrische langsamer als sphärische.

Nun handelt er aber in einem neuen Bewusstsein: ‚Ich überlegte nicht länger, was zu tun war, sondern beschloss, mich an das Wasserfass, an das ich mich klammerte, sicher festzubinden, es dann von der Schiffswand los zuschneiden und mich mit ihm in den Strudel zu stürzen. Durch Zeichen machte ich meinen Bruder aufmerksam, deutete auf die treibenden Fässer in unserer Nähe und tat, was ich nur konnte, um ihm meine Absicht verständlich zu machen. Schließlich glaubte ich, er hätte meinen Plan begriffen – doch ob es so war oder nicht, er schüttelte nur verzweifelt den Kopf und weigerte sich, seinen Halt am Ringbolzen fahren zu lassen. Zu ihm hinüberzugelangen, war unmöglich; die Lage duldeten keinen Aufschub; einen Augenblick kämpfte ich noch mit mir selbst, dann überließ ich ihn seinem Schicksal, band mich mit den Tauen, die das Fass hielten, daran fest und stürzte mich ohne weiteres Zögern mit ihm in die Flut.'

Als später der Sturm abklingt und die Kreiselbewegungen des Strudels sich verlangsamen, wird der Erzähler an die Oberfläche des Meeres geschwemmt und von Fischern aufgelesen, die ihn allerdings aufgrund seines weiß gewordenen Haares nicht mehr erkennen und seiner Erzählung keinen Glauben schenken. Sein Bruder geht zugrunde.“

Diese Geschichte veranschaulicht den Wandlungsprozess eines Menschen, der mit einer Situation konfrontiert ist, in der frühere Verhaltensregeln keine Gültigkeit mehr haben.

In gewissem Sinne befand ich mich mit der Altorientalischen Musiktherapie in einer ähnlichen Situation: Bei dem ursprünglich von mir mitgetragenen Ansinnen, „die alte Tradition“ wieder aufleben zu lassen, musste ich erkennen, dass ein 1:1 Transfer einer antik-mittelalterlichen Therapiesystems über Zeiten und Kulturen hinweg nicht durchführbar ist. An diesem Punkt musste ich mit dem Prinzip des im

Sufismus geforderten Gehorsams des Schülers gegenüber seinem Lehrer brechen, was mich zunächst in große innere und äußere Konflikte stürzte. Im Strudel sich überstürzender Ereignisse eröffneten sich mir neue Sichtweisen und Zugänge zu meinem Tätigkeitsfeld. Ich begann zu verstehen, dass die Gelehrten jener früheren Zeiten ihr Therapiesystem zwar auf allgemein gültigen anthropologischen Grundkonstanten aufgebaut haben, doch jede Zeit und jede Kultur jeweils eigener stimmiger Umsetzungsmodelle bedarf. Diese Ideen und Modelle stehen in enger Verbindung zu einem äußeren – gesellschaftlichen – Entwurf von Mensch-Sein, der wiederum auf die Ideale des einzelnen Individuums zurückwirkt. Ganz im Sinne Gustav Malers geht es dabei nicht „um die Anbetung der Asche, sondern um die Weitergabe des Feuers.“

Zu ähnlichen Schlussfolgerungen kommt Aldridge, wenn er schreibt: *„One of the difficulties about writing about traditional approaches is that they are located in a past, that has its own validity, but how can they be transposed in time to the present and to other cultures. ... A second, but related reason, is that each teacher will pass on that experience according to the time, place and students that he is teaching. ... These teachings were specific for a particular time, place and persons, like all schools of therapy. Transferring them directly to a modern day context is rather like trying to turn us into 14 century musicians or 11th century patients in a particular location in Turkey. Traditions have to live anew and that is through the direct understanding of making music today. ... In trying to understand healing musics then we must locate these within cultures that are relevant to their performance. We not only have performers but listeners. When we consider musics that heal, then we also have rituals that are located within particular communities with clearly defined roles and expectations. In some countries, musicians playing this music were from a particular caste and had a specific hierarchical relationship with the Sufi teacher and with their patrons. The principal function of the music was not in terms of healing but religious, in terms of spiritual attainment, although some musical modes were considered to be healing. The reasons why some of these musics are no longer applicable to health care delivery is that either they have been superceded by practices that are more effective, the natures of illness has changed relevant to time and culture, and our expectations of the process of sickness and recovery is different.“* (Aldridge 2006; 65–69)

Bhabas Konzept der „dritten Räume“ suspendiert fixe Festschreibungen über Vergangenheit zugunsten einer prozessualen jeweils gegenwärtigen Neubewertung. Diese Position stellt somit ein für „alle Ewigkeit“ festgeschriebenes Verständnis von „Tradition“ radikal in Frage.

Auf die Situation der Altorientalischen Musiktherapie angewendet bedeutet dies, selbige nicht aus Gründen der Tradition an ihrer ursprünglichen Form festzumachen, sondern die dahinter liegenden Idee ihres Wirkkonzeptes zeitgemäß zu interpretieren.

So wäre etwa die Verknüpfung der Musiktherapie mit humoralpathologischer Diagnostik für die heutige Zeit wenig sinnvoll. Meine Skepsis hinsichtlich einer neuerlichen Bezugnahme auf die historische 4-Säfte-Lehre (vgl. Bachmaier-Eksi 2004) liegt darin, dass sich (Altorientalische) Musiktherapie im 21. Jh. nicht mehr als medizinische Hilfsdisziplin begreift, sondern sich (gleich der anderen heutigen Musiktherapierichtungen) als eigenständige künstlerische Therapiemethode etabliert hat. Es wäre fatal, sich durch die Verknüpfung mit einem medizinischen Diagnoseverfahren im Rahmen der hiesigen kulturellen Rahmenbedingungen der Gefahr der Kurpfuscherei auszusetzen.

Gleichermaßen unsinnig wäre es aus heutigem musiktherapeutischem Verständnis, musikpsychologische, entwicklungspsychologische, und kulturwissenschaftliche Erkenntnisse zur Musikrezeption deshalb zu ignorieren, weil sie nicht den Theorien historischer Schriften entsprechen.

Dieses Beispiel zeigt die Komplexität von Wissens- und Kulturtransfer, das ein konstruktives Eingehen auf jeweilige kulturelle Rahmenbedingungen einfordert.

Ein modernes Verständnis von Interkulturalität versucht der Tatsache Rechnung zu tragen, dass Individuen gleichzeitig Mitglieder unterschiedlicher (gesellschaftlicher bzw. beruflicher) „Kulturen“ – mit jeweils spezifischen „Spielregeln“ sind.

Der Grad der Interkulturalität hängt vom Maß der Heterogenität des Erfahrungshintergrundes (Weltsicht, normative Glaubensstrukturen, Verhaltenskodizes sowie verbale und nonverbale Kodierungen) der miteinander interagierenden Individuen ab. Individuen ein und derselben kulturellen Gruppe haben lediglich ein höheres Maß an Gemeinsamkeiten (vgl. Kim, Gudikunst 1996).

Auch rezente Strömungen in der Kultur- und Sozialanthropologie hatten eine Aufsplitterung der großen kulturellen Metatheorien zur Folge. Die konzeptionellen Schwerpunkte liegen heute auf einer reziproken Kooperation mit den Subjekten der jeweils anderen Kultur(en). Der Versuch, das kulturell andere System nach dessen eigenen Werten und Idealen zu erfassen (emische Sicht), wird vom gleichzeitigen Bewusstsein der Begrenztheit eigener Erfahrungsmöglichkeiten begleitet (siehe Schäffter, 1991, weiter unten). Beispielsweise kann heute niemand mehr für sich in Anspruch nehmen, Träger aller Merkmale seiner eigenen Kultur zu sein bzw. „objektive“ und damit „absolute“ Standpunkte über eine Kultur wiederzugeben. Immer bestimmen erkenntnisleitende Interessen den Blickwinkel des Beobachters. Was auf den ersten Blick als defizienter Werterelativismus erscheinen mag, schärft das Bewusstsein für die Notwendigkeit zu ernsthaftem und wertschätzenden Diskurs und Kooperation.

Somit ist auch aus dieser Sicht ein „absolutes“ Verständnis von Tradition nicht argumentierbar.

Aldridge für das Feld der Musiktherapie: *„We have resources of knowledge that can be shared and pooled. There is no one singular way of understanding*

*this multiplicity of knowledge. Fortunately we are developing research cultures of tolerance that see human knowledge as being many-sided. Together we can orchestrate our knowings into a symphony of wisdom. In this sense health is a performance that can be achieved. Health is not simply a singular performance; it is performed with others. A woman that Wolfgang Schmid worked with said she was no longer a patient but a musician. Here lies an element of healing, the change in self-awareness from a stigmatized person with a degenerating future to the emergence of a proud creative artist. To achieve this performance she needed the mutuality of the relationship in a context that we defined as healing.“ (Aldridge 2006; 65–69).*

Bemerkenswert finde ich in diesem Kontext die Überlegungen des Pädagogen Schöffter, der Fremdheit nicht als objektive Tatsache, sondern als ein Beziehungsverhältnis von Menschen mit jeweils unterschiedlichen Biographien beschreibt. Erst wenn „... wir uns näher gekommen sind, [tritt] die Fremdheit des anderen überhaupt erst in Erscheinung.“ (Schöffter 1991, 11–42).

Beinahe therapeutisch anmutend stellt er einen Zusammenhang zwischen etwas oder jemanden „als fremdartig Erleben“ und der jeweils eigenen Biographie her. Aus dieser Sicht bringen erst die im Laufe des Lebens erworbenen personalen und sozialen Identitäten die Fremdartigkeit des Anderen hervor. Auf diese Weise wird Fremdheit von einer „objektiven Tatsache“ zu einer die eigene Identität herausfordernden *Erfahrung*.

Das jeweilige Maß an Vertrautheit bzw. Fremdheit gründet darin, wie viele gemeinsame (Empfindungs-)Resonanzebenen zu dem „Anderen“ aufgebaut werden können. Die bewusste Begegnung mit dieser Aufgabe führt in (musik)therapeutischen Kontexten vielfach in transzendente Seinsbereiche. Damit meine ich die Begegnung mit der Angst des Menschen vor dem Prozess des (tatsächlichen) Sterbens bzw. vor einer mitmenschlichen Lieblosigkeit, mit welcher der Andere in einen „Quasi-Tod“ durch Gleichgültigkeit gestürzt wird. Gemäß eigener familiärer wie klinisch-beruflicher Erfahrung scheint nichts bedrohlicher zu sein, als die Angst davor, von Niemandem vermisst zu werden.

Dies deckt sich mit den Erkenntnissen der Palliativpflege die u. a. darauf gründet, dass gemeinsames Erleben von Liebe und Geborgenheit die Angst vor dem Sterbeprozess zu lindern vermag.

Die Kunst des (Musik-)Therapeuten liegt wohl darin, sich in die Empfindungswelt des Patienten einzufühlen und in musikalisch stimmiger Weise die Bereitschaft zur Anteilnahme zum Ausdruck zu bringen (rezeptiv) bzw. mit ihm gemeinsam einen Beziehungsraum aktiv zu gestalten. Immer geht es darum, im Patienten die subjektive Erfahrung des Angenommen-Seins, Verstanden- und nicht Verurteilt-Werdens hervorzurufen.

Dass eine Umsetzung dieses Gedankens im Rahmen der Musiktherapie nicht zwingend an Musik aus dem hiesigen Kulturkreis gebunden sein muss, zeigt eine Studie zur Untersuchung von (rezeptiver) Musikwirkung unter klinischen Bedingungen von Brandes et. al. (2005). Anhand Salbers morphologischer Methode wurde untersucht, wie „... *der Lebensbegleiter – Musik – im Krankenhaus aufgenommen wird, welche Situation dort für den Patienten eintritt, wie und wann mit Musik ein neuer Bezug entsteht, der im ‚Gesundwerden‘ von Nutzen für den Patienten ist.*“ (Brandes et. al., 130).

Es wurde gezeigt, dass im Zusammenhang mit dem psychischen Zustand von Patienten eines Salzburger Landeskrankenhauses „...*hinsichtlich der Thematik ‚Krankheit-Krankenhaus-Behandlung‘ ... ein Spannungsverhältnis zwischen Ruhe und Unruhe anzutreffen ist.*

*Dieses wird durch das krankenhausbezogene Hör-Programm auf spezielle Weise, dabei grundsätzlich aber sinnvoll aufgegriffen. ... Belebende Klänge haben Verwandlungspotential. Sie helfen Patienten aus der krankheitsbedingten ‚Still-Legung‘ herauszukommen.*“ (ebenda, 145).

*Patienten ... können sich akustisch selbst behandeln oder behandeln lassen. Sie erweitern ihren Krankenbett- und Krankenzimmer-Horizont durch gedankliche Klang-Gänge in die freie Natur und besinnen sich dadurch auf Elementares. Die Erweiterung ihres Hörhorizonts lässt sie Begrenzungen überwinden und in weiteste Weiten kommen. Das Lausch-Reisen stimuliert sie, über den Tag hinaus zu denken. Die Kunstform Musik pflanzt ihrer gestörten, aus der gewohnten Lebensbahn gerückten Verfassung neue (Über-)Lebens-Stimuli ein. Akustische Seelen- Behandlung befruchtet die Körper-Behandlung. Ein neuer, gesund gedachter Alltag klingt an.*“ (ebenda, 146).

Der Pädagoge Schöffter nennt vier mögliche Formen einer Annäherung an das „Fremde“. Je nach gewähltem Reaktionsmuster, wird die Rezeption des Anderen positiver bzw. abwehrender ausfallen.

### **Begegnungsmodi mit dem Fremden nach Schöffter**

Die nachfolgenden Zitate beziehen sich auf eine Internetversion des Textes, der abzurufen ist unter: [ebwb.huberlin.de/team/schaeffter/downloads/III\\_19\\_Modi\\_des\\_Fremderlebens\\_Endv.pdf](http://ebwb.huberlin.de/team/schaeffter/downloads/III_19_Modi_des_Fremderlebens_Endv.pdf)

#### *Begegnungsmodus 1: Fremdheit als Resonanzbogen des Eigenen*

Fremdheit kann als menschliche Urerfahrung verstanden werden, auf der sich persönliche „Eigenheit“ erst entwickelt.

Die erste Erfahrung eines neu geborenen Kindes ist die der Fremdheit und Schutzlosigkeit. Es ist von einer ihm bis dahin unbekanntem und grellen Welt umgeben, die es Schutz, Sicherheit und Geborgenheit vermissen lassen.

Im späteren Leben kommt es zum Versuch einer (Wieder-)Entdeckung universeller oder existentieller Voraussetzungen eines genuin menschlichen „Eigenen“ im Fremden.

Nach Schöffter beruht dieses Deutungsmuster im Umgang mit dem Fremden „... auf der Prämisse einer grundsätzlichen Verstehbarkeit aller menschlichen Ausdrucksformen, sofern man nur selbst Zugang zur gemeinsamen anthropologischen Basis fände.“ (ebenda, 7).

Ähnlich wie Campbell (1996) geht auch diese Position von einer „psycho-physischen Einheit der Menschheit“ aus, auf der sich dann die Möglichkeit zu einer „interkulturellen Hermeneutik“ gründet. Der/das Fremde der anderen Persönlichkeit oder Kultur wird auf der Grundlage eines Allgemein Menschlichen erfahrbar. *„Resonanz als Modus der Innen-Außen-Verschränkung lässt Fremdheit über Affinität, Verständnis, Einfühlung, Solidarität, Liebe, Mitleid oder Empathie als prinzipiell verstehbar erscheinen, ohne dabei die Grenze vernachlässigen oder leugnen zu müssen: Der vedische Spruch: „Tat twam asi“ bezieht sich auf eine derartige Deutung des anderen als das von mir zwar Unterschiedene, aber der gleichen Wurzel Entstammende: „Sieh“, das Fremde ist ganz wie Du!“ – als Kreatur, Organismus, Mensch oder bewusstes Selbst.“* (Schöffter ebenda, 5).

### *Begegnungsmodus 2: Fremdheit als Gegenbild*

Als Gegenbild kann Fremdheit unbestimmt und allgemein, aber auch als sehr konkreter Gegensatz in Erscheinung treten. Das Fremde ist das Nicht-Eigene. Während das Eigene mit Metaphern von Reinheit, Unvermischtheit, innerer Stärke und Gesundheit belegt wird, werden dem Fremden Begriffe wie „Unreinheit“, „Gift“ und „Schmutz“ zugewiesen. Schöffter: *„Dies gilt vor allem, wenn die innere Ordnung der Eigenheit noch nicht gesichert oder im Innen-Außen-Verhältnis durch ‚Überfremdung‘ gefährdet erscheint. ... Da sich die Eigenheit dieser Ordnungsstruktur in selbstbewusster Eindeutigkeit ausschließlich einer Seite des dualen Verhältnisses zuschreibt, ruft Fremderleben notwendigerweise konflikthafte Gegensätzlichkeit hervor.“* (ebenda).

Am Beispiel des Mann – Frau Verhältnisses unterscheidet Schöffter den ersten Modus vom Zweiten dadurch, dass in Ersterem die natürliche Geschlechterdifferenz durch Fremdverstehen und Empathie überwunden werden kann, während Zweiterer unweigerlich zum Geschlechterkampf führen muss. Das Fremde wird in hier als Konstrukt der „negativen anderen Seite“ zum normativen Gegensatz der positiv konnotierten Eigenheit.

Es gibt aber auch eine andere „Erscheinungsform“ dieser Struktur: *„Das Gegenbild des Fremden kann indes auch zum positiven Gegensatz einer negativ erlebten Eigenheit umschlagen. Gerät die ‚Eigenheit‘ ... in eine Stagnation ihrer Entwicklung, so kann der Komplex des Verdrängten und Ausgegrenzten die Bedeutung einer positiven Alternative erhalten.“* (ebenda).

Eine weitere Spielart dieser Struktur verlegt die positive Projektion von einem möglichen geographischen Ort in eine utopische Zukunft – also in die Zeitdimension.

Die Wahrnehmung des Fremden als Gegenbild des Eigenen ermöglicht und instrumentalisiert eine „Alternative zur eigenen Erfahrung „im Sinne eines ‚Kulturregulativs.‘ Die Anderen werden nicht in ihrer Einzigartigkeit wahrgenommen, sondern sind das, was man selbst nicht ist.“

### *Begegnungsmodus 3: Fremdheit als Ergänzung*

Heutige Lebenswirklichkeiten fordern vom Einzelnen die Fähigkeit sich gleichzeitig in verschiedenen Ordnungsstrukturen zu bewegen. Mit zunehmender Komplexität der sozialen Realitäten werden trennscharfe und schematische Deutungsmuster immer problematischer. Die Vielzahl unterschiedlicher Lebens- und Erfahrungswelten eröffnet (für eine Person, Gruppe oder Kultur) ein breites Spektrum interner Fremdarten. Mit anderen Worten, lösen sich statische Identitäten, im Sinne eines „eigenen Wesens“ zu Gunsten „... einer Verinnerlichung des Äußeren und einem Entäußern von Innerem“ (Schäffter, ebenda) ab.

Dieser prozesshafte Wandel hat eine eigene Entwicklungslogik, die weniger auf einer schützenden Abgrenzung des Eigenen nach außen beruht, sondern auf einem Zusammenspiel von Aneignung von Fremdem und damit einhergehender struktureller Selbstveränderung.

Das Wesen dieses Modus liegt darin, nunmehr nicht das Eigene „... durch assimilatives Auffüllen mit immer Gleichem auszuweiten, sondern um die Entdeckung bislang ungeahnter Möglichkeiten: ‚Werde, der Du bist.‘ Das Zusammenspiel innerer und äußerer Fremde hilft dabei, die bislang noch latenten Potenzen durch Prozesse der Selbstveränderung freizusetzen.“ (ebenda)

Waldenfels hierzu: „Das Fremde wären unbekannte und unverfügbare Erfahrungsgehalte und Erfahrungsbereiche, sozusagen weiße Flecken innerhalb der eigenen Welt, Unbestimmtheiten, für die Bestimmungsregeln bereitliegen, und Leerstellen, die sich bei geeignetem Erfahrungsfortschritt füllen lassen. Fremdartiges wäre dagegen etwas, was die bestehenden Erfahrungsstrukturen und Erfahrungsordnungen sprengt, Unbekanntes in einem gesteigerten Sinn also, für das unsere Ordnungsraster nicht ausreichen.“ (Waldenfels 1987, 122)

Die räumliche Fremde wird zum Lernumfeld, das wandernde Gelehrte und Handwerksgehilfen zur Vervollkommnung eigener Fertigkeiten seit jeher zu nutzen wussten. Hieraus leitet sich eine Faszination für das Fremde ab, das jedoch in hohem Maße von der Entwicklungsgeschwindigkeit und dem Entwicklungsstand des betreffenden „Sinnsystems“ abhängt.

Durch die Aneignung des Fremden werden neue An- und Einsichten möglich. Dabei muss offen bleiben, ob – durch den damit notwendigen Weise einhergehende

Veränderungsprozess – eine einzelne Person, Institution oder soziale Gruppe vertieft oder überlastet wird. Veränderungsprozess durch das Fremde die einzelne Person, soziale Gruppe Institution oder vertiefen oder überbelasten wird.

In diesem Prozess verliert das Fremde – das funktionalisiert und auf Informationsbeschaffung reduziert wird – seine Faszination und wird bedrohlich.

*„Die Gefährdung der Eigenheit beruht dabei nicht wie im zweiten Erfahrungsmodus in einer unheimlichen Wiederkehr des bislang Abgespaltenen, Ausgegrenzten und Verdrängten, sondern in einer verschärften Integrationsproblematik, die in Selbstentfremdung und in disparate Eigenentwicklungen ableiten kann. ... Die zentrifugal nach außen drängenden ‚Assimilationsgelüste‘ finden ihren Gegenpol in der zentripetalen Bewegung einer Sicherung der internen Verarbeitungsmöglichkeiten. ... Wo Akkomodation fremder Strukturen die interne Verarbeitungskapazität schwächt und daher als Selbstentfremdung erlebt wird, verengt sich das expansive Deutungsmuster und muss auf die Sicherheit einer schroffen Abgrenzung des zweiten Erfahrungsmodus zurückgreifen.“* (Schäffter, ebenda).

#### *Begegnungsmodus 4: Fremdheit als Komplementarität*

Schäffter beschreibt diese vierte Art – dem „Fremden“ zu begegnen – als die reifste Form: Das Fremde wird nicht angeeignet bzw. untergeordnet, sondern einfach als solches belassen. Auf diesem Weg bleibt die konkrete Grenzlinie eigener Erfahrungsmöglichkeiten gewahrt. Schäffter meint, dass erst eine derartige Haltung gegenüber dem Fremden zu einer wahrhaft partnerschaftlich-dialogischen Auseinandersetzung führen kann. Erst auf dieser Ebene erfolgt eine echte Akzeptanz des Fremden.

Bisherige Modi von Fremderleben ließen die Bereitschaft vermissen das Fremde in seiner Eigenheit anzuerkennen. Der Versuch es als „Eben-doch-Eigenes“ zu vereinnahmen, verhindert eine partnerhaft-dialogische Auseinandersetzung mit der jeweiligen Andersheit. (Krutsche, 1983)

Der Grund hierfür liegt in ihrer Vereinnahmung zur Konstituierung bzw. Stärkung der eigenen Identität mit dabei einhergehender Fixierung auf einen internen Standpunkt.

*Es gibt aber unleugbar die Erfahrung des Fremdartigen, das sich „... auch bei bestem Willen nicht verstehen lässt und dass die interne Verarbeitungsfähigkeit in Konfrontation mit immer zahlreicheren komplexen Außenbereichen schnell überfordert wird. ... Folglich wird gerade bei intensiver Auseinandersetzung mit der Unverständlichkeit des Anderen von einem gewissen Punkt ab nicht mehr mit elastischer Akkomodation geantwortet, sondern mit der Feststellung von ‚Nicht-Verstehbarkeit‘. ... Es handelt sich ... um die Anerkennung einer Grenzerfahrung im Sinne einer bedeutungsvollen Einsicht in eine konkrete Grenzlinie eigener Erfahrungsmöglichkeiten. ... Der eigenen Perspektivität bewusst, können wir dann das Fremde als Fremdes belassen.“* (ebenda).

In meinen persönlichen Begegnungen mit KollegInnen und VertreterInnen anderer Schulen begegneten mir (bzw. in reziprokem Sinne ich den Anderen) häufig den drei ersten Modi. Die Fähigkeit im vierten Modus zu verkehren bedarf nach meiner Ansicht einer intensiven Schulung in dialogischem Verhalten. Mögliche Modelle habe ich in früheren Publikationen (2003, 2003a) vorgestellt. Schäffters Modell war mir ein hilfreicher Reflexionsrahmen auf der Suche nach besserem Verständnis und konstruktiven Umgangsweisen mit dem Anderen.

Anlässlich einer Tagung in Wien fragte mich kürzlich eine Kollegin aus Deutschland, was denn das „Orientalische“ am nunmehrigen Altorientalischen Ansatz sei; sie jedenfalls könne kaum mehr Unterschiede zu europäischen Modellen erkennen. Wir beide waren gleichermaßen irritiert. Über viele Jahre hatte ich den Eindruck, dass der Altorientalischen Musiktherapie wegen Ihrer konzeptionellen „Fremdheit“ in der Kollegenschaft die Anerkennung verwehrt wurde. Sollte ihr nunmehr die Anerkennung als eigenständiges Verfahren in Frage gestellt werden? Alte Animositäten drohten in mir wieder aufzubrechen. Ich spürte, wie in mir der Ärger darüber hochstieg, dass mir jemand meine Existenzberechtigung abzusprechen drohte. Ich hatte die Art des Fragens eher als inquisitorisch, denn als partnerschaftlich erlebt. Erst in einem zweiten Anlauf konnte ich diese Projektion relativieren und es ergab sich eine letztlich wertschätzende Lösung des drohenden Konflikts. Die Anerkennung der prinzipiellen Legitimität der Sicht des Anderen ist immer dort gefährdet, wo innere und äußere Sicherheit verloren geht.

Einerseits hatte ich über all die Jahre versucht, das grundlegende Prinzip hinter der Altorientalischen Musiktherapie – nämlich die physiologisch und psychisch regulierende Wirkung von Musik und anderen künstlerischen Medien auf der Grundlage eines liebevollen und Sicherheit vermittelnden Beziehungsangebotes – zu erfassen und zeit- und kulturadäquat zur Umsetzung zu bringen. Andererseits suche ich seit vielen Jahren eine konstruktive Gesprächsebene mit den KollegInnen anderer musiktherapeutischer Richtungen. Diesen Versuch kann man im weitesten Sinne als berufspolitischen Ansatz verstehen, sich dem „Anderen“ anzunähern und verständlich zu machen.

Eine andere Prozessebene findet im Rahmen unserer klinischen Tätigkeit in Europa statt. Wir haben uns mittlerweile anhand konkreter klinischer Erfahrungen von der ausschließlichen Orientierung an den historisch verbürgten emotionalen und organspezifischen Zuordnungen des Makam-Systems weg bewegt. Vielmehr arbeiten wir am Institut für Ethno-Musik-Therapie gleichermaßen mit Elementen westlicher Musik wie auch mit Improvisationen auf der Grundlage pentatonischer Skalen, zentralasiatischen Liedern sowie Makam – Strukturen. Der Begriff „Altorientalisch“ wurde mittlerweile zu einer Schulbezeichnung, die nicht mehr ganz mit dem Inhalt übereinstimmt. Erste Überlegungen hinsichtlich einer möglichen Namensänderung sind im Gange – ein Prozess, der durch die zuvor erwähnte Epi-

sode möglicherweise verstärkt wurde. Natürlich stellt sich in einem derartigen Prozess immer wieder die Frage nach der eigenen Kernidentität.

Meine persönliche Position hierzu ist, dass ich meine Identität als Musiktherapeut immer an der konkreten Arbeit am Krankenbett orientierte. Die unmittelbare Reaktion der Patienten blieb mir über all die Jahre der entscheidende Gradmesser für die Güte des therapeutischen Angebots. Seit wir am Institut für Ethno-Musik-Therapie die systematische Videodokumentation von Therapieverläufen begannen, konnten wir anhand des erhobenen Materials die therapeutische Arbeit wesentlich verfeinern.

Der aus meiner Sicht entscheidende Schritt für die Integration der Altorientalischen Musiktherapie als ein in Österreich anerkannter Musiktherapieansatz war der Augenblick, an dem wir den simplen – und doch so schwierigen – Schritt vom „Wissenden“ zum „Fragenden“ vollzogen.

Ganz im Sinne Piepers' obiger Überlegungen macht es in der Begegnung mit dem Patienten einen Unterschied, ob man das musiktherapeutische Angebot als heilige Überlieferung deutet, oder als einen kreativen musikalischen Prozess zwischen Patient und Therapeut. Ich möchte diesen Aspekt kurz explizieren:

Aus meiner heutigen Sicht wurden in der Anfangszeit der Altorientalischen Musiktherapie verschiedene Aspekte, die ursprünglich nichts miteinander zu tun hatten, miteinander vermischt:

Durch die (historisch unzulässige) Verquickung dieser ursprünglich hilfsmethodischen Methode, mit der sufischen Wahrheitslehre kam es bei den ersten Jahrgängen der „Schule für Altorientalischen Musik- und Kunsttherapie“ zum Missverständnis, den Wirkzuordnungen des Makamsystems gleichsam kanonische Bedeutung zuzuschreiben. Angelpunkt war dabei jedoch nicht die eigene durchlebte und reflektierte Erfahrung, sondern das Wort des Meisters. Ganz im Sinne Piepers gelten hier die „Alten“ wie Al Farabi, Avicenna, u. a. (die ebenfalls als Sufis galten) als Gewährsleute eines als wahr und als universell gültig anzuerkennenden Musiksystems, das im Meister weiterlebt. Diesen Kreislauf unreflektierten Behauptens galt es zu durchbrechen.

Am Institut für Ethno-Musik-Therapie versuchen wir in den letzten Jahren, das vielfach „Andere“ und „Fremde“ verstehbar und der Kollegenschaft zugänglich zu machen. Ich beziehe mich hierbei auf einen bereits veröffentlichten Beitrag (Tucek, 2006).

Mittels systematischem Einsatz von Videodokumentation und Modell der chronobiologischen Forschung fanden wir eine Anknüpfung an das historische regulationsmedizinische Konzept der Altorientalischen Musiktherapie. Im Unterschied zur früheren Humoralmedizin, die von einer Regulation mittels der vier Säfte ausging, spricht die Chronobiologie von der zeitlichen Organisation in Physiologie und Verhalten biologischer Organismen. *„In dieser Organisation spielen Rhythmen, häufig von endogenen (inneren) biologischen Uhrsystemen verursacht, eine*

große Rolle. ... Zeitliche Organisation ist für alle lebenden Organismen von großer Bedeutung. ... Das Leben wird durch sich wiederholende Ereignisse gekennzeichnet. Die Periodenlängen für biologische Rhythmen reichen von Millisekunden bis zu Jahren. Zellteilung, Atmung, Herzschlag und Verhalten sind nur einige Beispiele.“ (vgl.: <http://de.wikipedia.org/wiki/Wikipedia:Biologie>).

Unsere Überlegung hierzu war, dass gemeinsames Erleben zwischen Patient und Therapeut anhand entsprechender physiologisch messbarer Korrelate darstellbar sein müsste.

Mittels Messungen der Herzrhythmen wird die jeweilige Dominanz eines der beiden komplementären interaktiven Systeme des Vegetativen Nervensystems auf den Schrittmacherknoten des Herzens gemessen:

- Der *Sympathikus* wirkt als beschleunigender Anteil des Autonomen Nervensystems (ANS), und generiert Kampf, Flucht, Leistung, etc.
- Der *Parasympathikus* fördert hingegen die Regeneration und ermöglicht Erholung. Daher ist der parasympathisch gesteuerte Anteil der Herzratenvariabilität (HRV) Ausdruck von Erholungsfähigkeit, die eine unabdingbare Voraussetzung für die Gesundheit darstellt.

Beide Funktionskreise sind ausgesprochen differenziert und ineinander verwoben.

Durch die Messung der Herzratenvariabilität (HRV) lassen sich Gesundheitsparameter wie etwa, Vitalität, biologisches Alter, Regulationsfähigkeit, körperliche und mentale Belastbarkeit, Erholungsfähigkeit sowie Schlafqualität ablesen.

Durch die Koordination von Atemfrequenz und Herzschlagfolge kommt es zu einer Restrukturierung der psycho-physiologischen Abläufe im Sinne einer „Ökonomisierung“ des Gesamtsystems, die sich im „Spektrogramm“ widerspiegelt.

Diese setzt sich aus folgenden Frequenzbereichen zusammen: (Abbildung 4):

- *Very – Low – Frequency – Bereich (VLF)*, der sich in einem Periodenbereich zwischen 25 sec. und 5 min. in der Frequenz von 0,04–0,0033 Hz. bewegt, in Abhängigkeit von Körperlage, körperlicher Aktivität und Thermoregulation.
- *Low – Frequency – Bereich (LF)*, der sich in einer Periodendauer von 7 bis 25 Sekunden zwischen 0,04 und 0,15 Hz. bewegt. Er ist parasympathisch und sympathisch gesteuert und korrespondiert mit der Blutdruckrhythmik.
- *Der High – Frequency – Bereich (HF)* im Bild bewegt sich in einer Periodendauer zwischen 2,5 und 7 Sekunden in der Frequenz von 0,15 bis 0,4 Hz. Er ist parasympathisch gesteuert und wird über die Atmung moduliert.

Ein weiterer wichtiger Begriff im Rahmen der Regulationsdiagnostik ist jener der „respiratorischen Sinusarrhythmie“ (RSA): Darunter versteht man die Koordination von Herz- und Atemfrequenz, im Idealfall in einem Verhältnis von 4:1 (z. B. 60 Herzschläge bei 15 Atemzügen pro min). Die RSA wird im Spektrogramm in

horizontalen Linien im Bereich zwischen 0,2 und 0,4 Hz vorwiegend im erholsamen Schlaf sichtbar. Weiterführende Literatur: Hildebrandt, et al., (1998); Moser, et al., (1994); Moser, et al., (1999); Moser, in Tucek, (Hrsg.). (2005a).

Mittels einer SMARD-Watch – einem weiteren System für die nicht-invasive Messung und Analyse zur Regulations-Diagnostik lassen sich ebenfalls die Parameter Herz- und Pulsfrequenz (HF und PF), sowie Muskelaktivität (EMG), Hautpotential (HP) (vgl. Bureš, 1960), Hautwiderstand (HW) (vgl. Boucsein, 1988), Hauttemperatur (HT) und Konvektionstemperatur (KT) (vgl. Balzer, und Hecht, 2000; Boucsein, 1988; Bureš, und Petráň, et al. 1960; Ferstl, 2005; Fritz, 2005) messen.

Mit beiden Messmethoden lassen sich neben der Zustandserhebung des Vegetativen Nervensystems im Sinne von Entspannung, Aktivierung oder Stress auch die Beziehungsdimension einer therapeutischen Intervention anhand der Synchronisation zwischen dem Therapeuten und der Patientin darstellen. Durch die Kombination von Videodokumentation mit chronobiologischen Messungen konnten wir die Wirkeffekte der Altorientalischen Musiktherapie nachvollziehbarer gestalten und haben nunmehr auch die Möglichkeit diesen Therapieansatz in Lehre und Praxis weiterzuentwickeln. Die dargestellten Messprinzipien bieten dem Therapeuten ein zusätzliches Hilfsmittel, um die Rückmeldungen von Patienten sowie eigene Wahrnehmungen und Einschätzungen der Situation anhand objektiver Messdaten zu reflektieren. Die hier gezeigten Ansätze eröffnen neue Möglichkeiten und Perspektiven für die Evaluierung musiktherapeutischer Prozesse.

## **Zusammenfassung und Ausblick**

Angelehnt an Dittmanns Idee einer Taditiologie (2004) und Bhabas Hybriditätskonzept (2000) stelle ich die Altorientalische Musiktherapie nicht in die Denktradition einer verloren gegangenen blühenden Vergangenheit, die in größtmöglicher Reinheit wieder erstehen soll.

Vielmehr soll Tradition dahingehend aufgefasst werden, dass statt Abfall von einer glorreichen Vergangenheit die „Vollendung“ noch vor uns liegt. Die Altorientalische Musiktherapie hat sich in den letzten Jahren durch vielfältige Erfahrungen mit Patienten und Studierenden in ihrer Form stark gewandelt. Unter Beibehaltung eines grundlegend ressourcenorientierten methodischen Vorgehens auf der Grundlage eines positiven Menschenbildes fürchte ich nicht den Verlust ihrer Identität. H.P. Dürr bringt die hier angestellten Überlegungen auf den Punkt: *„Ähnlich wie die Artenvielfalt für die dynamische Stabilität des Biosystems wesentlich ist, so ist für die Zukunftsfähigkeit des Menschen die kulturelle Vielfalt wich-*

*tig. In der Vielfalt der Kulturen spiegelt sich mehr vom Wesen der „eigentlichen Wirklichkeit“ wieder als in jeder einzelnen Kultur, die jeweils nur einer bestimmten Wahrnehmung den Vorzug gibt.“ (in Fasching 1999)*

## Literatur

- Aldridge, D. (2006): Performative Health – a commentary on Traditional Oriental Music Therapy. *Music Therapy Today (Online)* Vol. VII (1) 65–69. available at <http://music-therapyworld.net>
- Al-Faruqi, L. I. (1981): *An Annotated Glossary of Arabic Musical Terms*. Westport, Connecticut
- Al-Faruqi, L. I. (1985): Music, Musicians and Muslim Law. *Ethnomusicology* 17(1), 3–36
- Bachmaier-Eksi M. (2004): Konstitutionelle Altorientalische Musiktherapie. In: *Ärztzeitschrift für Naturheilverfahren* 45,10
- Bhabha, H. K. (2000). *Die Verortung der Kultur*. Tübingen (The Location of Culture. London-New York 1994)
- Brandes, V.; Frieske, M.; Adelhardt, A.; Tebart, A. (2005): Abschlussbericht Musikwirkung unter klinischen Bedingungen – Morphologische Wirkungsanalyse (04.12.2004–15.02.2005). Im Auftrag des Forschungsnetzes Mensch und Musik der Universität Mozarteum Salzburg (unveröffentlicht)
- Boucsein, W. (1988): *Elektrodermale Aktivität*. Berlin
- Bureš, J. und Petráň, M. et al. (1960): *Electrophysiological Methods in Biological Research*. Prag
- Campbell, J. (1996): *Die Masken Gottes*. Band 1–4. München
- Chottin, A. (1949–51): *Arabische Musik*. Die Musik in Geschichte und Gegenwart. Bd 1. Kassel, Basel, 577–601
- Choudhury, M. L. Roy (1957): Music in Islam. In: „*Journal of the Asiatic Society*.“ Letters. 23 (2), 43–102
- Dietzsche, P. (1984): *Das Erstaunen über das Fremde*. Frankfurt
- Dittmann K. (2004): *Tradition und Verfahren*. Philosophische Untersuchungen zum Zusammenhang von kultureller Überlieferung und kommunikativer Moralität. Nordestedt
- Duala-M'bedy, M. (1977): *Xenologie*. Die Wissenschaft vom Fremden und die Verdrängung der Humanität in der Anthropologie. Freiburg/München
- During, J. (1988): *Musique et Extase*. Paris
- During, J. (1989): *Musique et Mystique dans les traditions de l'Iran*. Paris, Teheran: hg. vom Institut Francais de Recherche en Iran
- Elias, N. (1987): *Engagement und Distanzierung*. Arbeiten zur Wissenssoziologie I, Frankfurt a. M.

- Engel, C.; Lewicki, R. (Hrsg.) (2005): Interkulturalität: Slawistische Fallstudien/Interkulturowość: Studia Slawistyczne. Innsbrucker Beiträge zur Kulturwissenschaft; Bd. 12
- Endreß, G. (1991): Der Islam. Eine Einführung in seine Geschichte. München
- Engel, H. (1987): Die Stellung des Musikers im arabisch-islamischen Raum. Bonn:
- Farmer, H. G. (1926): The influence of music from Arabian Sources. In: Proc. of the 52<sup>nd</sup> Session of The Musical Ass.. London, 89–124
- Farmer, H. G. ((1929): A History of Arabian Music to the XIIIth Century. London
- Fasching, G. (1999): Das Kaleidoskop der Wirklichkeiten. Über die Relativität naturwissenschaftlicher Erkenntnis. Wien, New York
- Ferstl, E. (2005): Untersuchung von Zusammenhängen zwischen psycho-physiologischen Reaktionen und dem Leistungsverhalten von Musikern in Auftrittssituationen. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Mozarteum. Salzburg
- Fritz, F. M. (2005): Eine Methode zur Klassifizierung von Regelvorgängen biologischer und musikalischer Prozesse mit Hilfe eines künstlichen neuronalen Netzes. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Mozarteum. Salzburg
- Giesen, B. (1991): Die Entdinglichung des Sozialen. Eine evolutionstheoretische Perspektive auf die Postmoderne. Frankfurt
- Guettat, M. (1980): „La Musique classique du Maghreb“. Paris
- Güvenç, R. O. (1985): Geschichtlicher Abriss der Musiktherapie im Allgemeinen und im Besonderen bei den Türken. Studentexte der Schule f. Altorientalische Musik – und Kunsttherapie edited by Tucek, G., – Band 1
- Hartmann, D.; Janich, P. (1996) (Hrsg.): Methodischer Kulturalismus. Zwischen Naturalismus und Postmoderne. Frankfurt a. M.
- Haustein, A. (2000): Interkulturalität. In: Metzler Lexikon Kultur der Gegenwart hg. von Schnell, R.. Stuttgart/Weimar, 231–232
- Hecht, K.; Balzer H.-U. (1999): Chronopsychobiologische Regulations-Diagnostik (CRD) – ein neuer Weg zur objektiven Bestimmung von Gesundheit und Krankheit. Berlin
- Kermani, N. (2003): Gott ist schön. Das ästhetische Erleben des Koran. 2. Auflage
- Kim, Y. Y.; Gudikunst W. B. (1996): Theories in Intercultural Communication. Californien
- Krusche, D. (1983): Japan. Konkrete Fremde. Dialog mit einer fernen Kultur. Stuttgart (2. überarb. Aufl.)
- Kümmel, W. F. (1977): Musik und Medizin – Ihre Wechselbeziehung in Theorie und Praxis von 800 bis 1800. Freiburg
- Moser, M.; Lehofer, M.; Sedminek A.; Lux M.; Zapotoczky, H. G.; Kenner, T. und Noordergraaf, A. (1994): Heart rate variability as a prognostic tool in cardiology. Circulation, 90, 1078–1082
- Moser, M.; Frühwirth, M.; Bonin, D. von; Cysarz, D.; Penter, R.; Heckmann, C. und Hildebrandt, G. (1999): Das autonome (autochrone) Bild als Methode zur Darstellung der Rhythmen des menschlichen Herzschlags. In : P. Heusser (Hrsg): Hygiogenese. Bern, 207–223
- Pieper, J. (1963): Tradition als Herausforderung. Aufsätze und Reden. München

- Prieler Woldan, M. (1996): Sinnvoll studieren und etwas Notwendiges tun. Projektstudium für Berufstätige- ein Modell universitärer Erwachsenenbildung in Österreich. München, Wien
- Schäffter, O. (Hrsg.) (1991): Das Fremde. Erfahrungsmöglichkeiten zwischen Faszination und Bedrohung. Opladen, 11–42
- Schäffter, O.: Modi des Fremderlebens. Deutungsmuster im Umgang mit Fremdheit (Manuskript heruntergeladen am 3.3.2007 ebwb.huberlin.de/team/schaeffter/downloads/III\_19\_Modi\_des\_Fremderlebens\_Endv.pdf)
- Schimmel, A. (1985): Mystische Dimensionen des Islam. Die Geschichte des Sufismus. Köln
- Shiloah, A. (2002): Die Islamische Musik. In: Lewis, B. (Hrsg.): Welt des Islam. München
- Touma, H. H. (1975): Die Musik der Araber. Wilhelmshaven
- Tucek, G. (2003): Altorientalische Musiktherapie im Spannungsfeld zwischen interkulturellem Dialog und transkultureller Anwendung. Vom traditionellen Wissenssystem zum transkulturellen Wissenstransfer. Dissertation an der Fakultät für Human- und Sozialwissenschaften der Universität Wien
- Tucek, G. (2003a): Altorientalische Musiktherapie im interkulturellen Dialog – Kulturimmanente und kulturtranszendente Aspekte im Menschenbild. In: Egner, H. (Hrsg.): Heilung und Heil. Begegnung – Verantwortung – Interkultureller Dialog, Düsseldorf und Zürich, 120–148
- Tucek, G. (2005): „Traditional Oriental Music Therapy“ in neurological rehabilitation. In: Aldridge D. (ed): Music therapy and neurological rehabilitation performing health, London, 211–230
- Tucek, G. (2005a) (Hrsg.): Musik und Medizin – Beiträge zur Musik- und Therapieforschung 1995–2004, Wien
- Tucek, G. (2006): Traditional oriental music therapy – a regulatory and relational approach. Music Therapy Today (Online 1st October) Vol. VII (3) 623–647 available at <http://musictherapyworld.net>
- Tucek, G. (2006) (Hrsg.): Neuere Forschungsmethoden der Musiktherapie in Österreich (Themenheft). In: Musik-, Tanz- und Kunsttherapie, 17. Jg., Heft 2, 59–116
- Waldenfels, B. (1976): Die Verschränkung von Innen und Außen im Verhalten. In: Phänomenologische Forschungen Bd.2, München, 102–129
- Waldenfels, B. (1987): Ordnung im Zwielficht. Frankfurt
- Weber, Max (1980): Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie, 5., rev. Aufl. (Besorgt von J. Winkelmann), Tübingen
- Wernhart, K. Zips, W. (1998) (Hrsg.): Ethnohistorie – Rekonstruktion und Kulturkritik – eine Einführung, Wien

Mag. Dr. phil. Gerhard Tucek, Institut für Ethno-Musik-Therapie;  
A-3924 Schloß Rosenau, Niederneustift 66. Austria  
e-mail: [info@ethnomusik.com](mailto:info@ethnomusik.com)



## Zur Bedeutung von Humor, Heiterkeit und Lachen im musiktherapeutischen Geschehen

### The Significance of Humor, Cheerfulness and Laughter within the Music Therapy Context

Susanne Hausmann, Berlin

*Dem Humor kommt eine bedeutende, doch bislang kaum beachtete Wirkkraft in der Musiktherapie zu. Es wird zunächst der Begriff Humor, der ansteckende Charakter des Lachens, die lockernde Wirkung des Humors, der Witz in der Musik fokussiert, um dieser Wirkkraft auf die Spur zu kommen und um eine Methode der Kategorisierung ausgewählter Humorszenen zu entwickeln. Eine therapeutische Humoranwendung scheint am ehesten zu gelingen, wenn die Beziehung zwischen Therapeut und Patient von gegenseitigem Wohlwollen und von empathischer Wärme geprägt ist. Der Humor kann als Ausdruck der Freude über das gemeinsame Erleben zu mehr Daseinsfreude und Lebensqualität beitragen. Eine humorvolle Intervention des Therapeuten setzt ein empathisches Gespür seinerseits dafür voraus, ob der Patient den Humor annehmen und integrieren kann. Der Ebenenwechsel, der sich bereits in der spielerischen kreativen Anwendung des musiktherapeutischen Instrumentariums vollzieht sowie eine phantasievolle „unübliche“ bzw. „humorige“ Spielweise und Verwendung des Instrumentariums können zu einer Horizonterweiterung und zu einem kognitiven Perspektivenwechsel beitragen.*

*Once hardly acknowledged, humor has gained significance as a powerful force in music therapy. In this article, focus is first placed on the term „humor“, the contagious character of laughter and the relaxing effect of humor and the musical joke, in order to examine this powerful force and to develop a method of categorising selected examples of humorous scenes in music therapy. A therapeutic application of humor seems to be best accomplished when the therapist – patient relationship is deemed mutual in interest and empathetic warmth. As an expression of joy shared during a common experience, humor can contribute to existential happiness and quality of life.*

*Before intervention with humor can occur, the therapist must be able to empathically sense if the patient is capable of accepting and integrating humor. The shifting of levels, already occurring in the playfully creative usage of instruments in music therapy, as well as an „unusual“ or „humorous“ manner of playing and incorporating music instruments, can lead to a widening of horizons and to a cognitive change of perspective.*

„Der lachende Mensch genügt sich selbst, weil er das ‚Urvertrauen zum Dasein‘ unmittelbar erlebt“ (V. Frankl)

## 1. Szene: Gruppenmusiktherapie in einem Pflegewohnheim:

Auf Wunsch von Frau K. hören wir gemeinsam von der CD das Lied: *In einer kleinen Konditorei, da saßen wir zwei bei Kuchen und Tee* .... Frau Z. sitzt neben mir und singt sofort begeistert mit, bewegt ihren Oberkörper im Rhythmus der Musik. Bei der Wiederholung neigt sie sich mit verschmitztem Blick zu mir und singt an der entsprechenden Stelle „...*da saßen wir zwei und fraßen für drei!*“ Sie freut sich sehr darüber, dass ich diese Variante nicht kannte und wir lachen herzlich miteinander.

## 2. Szene:

Frau K. liegt im Bett und ich singe mit ihr zusammen zur Gitarre den Foxtrott: *Ich hab das Fräul'n Helen' baden sehn*. Bei der Textstelle: ... *Und wenn sie ungeschickt tief sich bückt so, da sieht man ganz genau bei der Frau, oh!* ... singt Frau K. mit Inbrunst: „...da sieht man ganz genau bei der Frau den Popo!“ Als ich lache, mich aus Spaß entrüstet zeige und ihr erkläre, wie der Text richtig lautet, meint sie: „Aber es stimmt doch, genau darum geht's ihm doch und reimen tut sich's auch!“. Wir lachen zusammen, singen den Refrain noch einmal. In der Schlusszeile heißt es: *Man fühlt erst dann sich recht als Mann, wenn man beim Baden gehen Waden sehen kann*. Frau K. kommentiert diese mit den Worten: „Na, das ist ja ein armseeliges Exemplar, wenn er sich erst *dann* als Mann fühlt!“ Ich stimme ihr zu und wir lachen und amüsieren uns zusammen über diese traurige Gestalt. Nach und nach erzählt sie mir unter Tränen von ihrem verstorbenen langjährigen Lebensgefährten, den sie sehr geliebt hatte; sie erzählt von den glücklichen und den schweren Zeiten, die sie gemeinsam durchlebt hätten und wie sehr sie sein plötzlicher Tod seinerzeit erschütterte.

### *Deutung der 1. Szene*

Frau Z. beteiligt sich geistig noch sehr rege und sozial kontaktfreudig am Gruppengeschehen. Sie hat des Öfteren Liedvorschläge und bedauert jedes Mal das nach ihrem Eindruck zu frühe Ende der Musiktherapiestunde. Wenn sie mich im Laufe des Tages über den Flur kommen sieht, spricht sie mich in der Regel an, wo ich denn jetzt herkäme, und ob ich mich nicht ein wenig zu ihr setzen könne. Sie ist eine der wenigen Heimbewohner, die regelmäßig Besuch bekommen, die den Anschluss an das Leben „draußen“ halten können. In dieser Szene ist sie ausgelassen wie ein Kind, erheitert sich köstlich, als wäre ihr soeben ein Lausbubenstreich gelungen. Dadurch knüpft sie an altvertraute Beziehungsmuster an, erhält ihre Spontaneität

aufrecht und zugleich ihre Fähigkeit, sich an kleinen witzigen Ereignissen des alltäglichen Lebens in einer Gemeinschaft, wenn auch nicht in einer selbstgewählten, zu erfreuen. Im Lachen sind wir uns spontan begegnet, es war auch Ausdruck für eine bereits gewachsene Vertrautheit miteinander.

### *Deutung der 2. Szene*

Nach mehreren Schlaganfällen liegt Frau K. seit ca. einem Jahr im Bett. Sie ist eine große, stattliche, geistig wache und selbstbewusste Frau, war viele Jahre Oberschwester in einem Krankenhaus und ist ausgesprochen „durstig“ nach „Nahrung für ihr Gehirn“, wie sie sich auszudrücken pflegt. Sie möchte viele Lieder richtig „lernen“, auch ihr weniger bekannte, wenn sie ihr gefallen. Manchmal wünscht sie Heiteres, Beschwingtes, ein andermal zieht sie den, wie sie schmunzelnd sagt „melanchlodrischen“ Heinrich Heine und seine „Dichterliebe“ vor, weil ihr heute „ähnlich“ zumute sei. Die Stunden mit Frau K. erlebe ich als intensiv, dicht, gegenseitig warmherzig zugewandt und auch für mich persönlich als sehr bereichernd.

Diese Szene verdeutlicht die Unbeschwertheit, die Entspannung, das Wohlbefinden und die Freude im Kontakt zwischen uns beiden. Im gemeinsamen Singen und Lachen entsteht Beziehung, ein guter Kontakt. Die assoziationsreichen Liedtexte helfen sehr dabei, scherzhafte Reime zu finden, sich in kindlicher Art und Weise zu amüsieren, Spaß miteinander zu haben. Dieser offensichtliche Humor stärkt unser therapeutisches Bündnis. Können zwei Menschen hier spontan und herzlich miteinander lachen, sind sie eher dazu bereit, sich auch belastenden Themen zuzuwenden. So haben wir mittels des Singens *und* des gemeinsamen Humors eine Basis des Vertrauens und der Sicherheit und Geborgenheit gefunden, die es Frau K. ermöglicht, von ihrem Schmerz über den Verlust ihres langjährigen Lebenspartners zu sprechen. In unserer einzeltherapeutischen Beziehung ist der Raum geschaffen sowohl für Frau L.s lustvolle Affekte wie auch für Gefühle der Angst und Trauer. Können belastende Emotionen bewältigt werden, bedeutet Abschied-Nehmen wirklich ein Nehmen und nicht ein Verlieren. Der Abschied führt die Dinge zusammen und ermöglicht Aneignung auf einer anderen Ebene (auch mittels des Humors). Die dadurch entstehende „Integration und Anpassung der verschiedenen Lebensbereiche bilden die Grundlage von Wachstumsprozessen, die bis zum letzten Atemzug möglich sind“ (H. Petzold in Heinze 2002, 25).

In vielen psychotherapeutischen Richtungen ist die therapeutische Wirkkraft des Humors belegt und akzeptiert, doch im musiktherapeutischen Kontext ist sie bislang keiner detaillierten Betrachtung unterzogen worden. Es reizt deshalb, der Bedeutung von Humor, Heiterkeit und Lachen in diesem speziellen Kontext auf die Spur zu kommen:

Worin liegt die Bedeutsamkeit des Humors, der Heiterkeit, des Lachens für den Menschen? Hat der Humor in der Musiktherapie eine besonders positive Wirkkraft und ist diese zu belegen?

Der Humor geschieht flüchtig, spontan, aus der Situation heraus, lässt den „Beladenen“ hier und dort ein Licht aufgehen; er kann Distanzierung herbeiführen,

neue Perspektiven eröffnen, den Handlungsspielraum erweitern, die Beziehung zwischen Menschen verändern und Daseinsfreude wecken. Aber gerade die dem Humor innewohnende Flüchtigkeit und Unberechenbarkeit, seine oft subtile Erscheinungsweise, die „nur“ ein Schmunzeln bewirkt, machen es so schwer, seine Wirkungsweise generell zu greifen, zu fassen, zu begreifen und das mit ihm oder durch ihn Geschehende in Worte zu kleiden.

## Der Humorbegriff

Der Begriff Humor ist lateinischen Ursprungs und steht für „Flüssigkeit“ oder „Feuchtigkeit“. Die Medizin der Antike und des Mittelalters ordnete die Charaktere des Menschen der speziellen Mischung seiner Körpersäfte zu. Der Körper hatte vier „Humores“: Melancholia (schwarze Galle), Chole (Galle), Phlegma (Hitze, Schleim) und Sanguis (Blut). Der gesunde ausgeglichene Mensch besaß eine gute Mischung aus diesen Körpersäften. Bei einem Ungleichgewicht dieser Humores entwickelten sich vier uns heute noch bekannte Temperamentstypen: der Melancholiker, der Choleriker, der Phlegmatiker und der Sanguiniker.

Im Laufe der Zeit entwickelte sich die Bedeutung des Wortes in zwei Richtungen, zum einen im Sinne von „Stimmung“ und „Gute Laune“, eine „heiter gelassene Gemütsverfassung“ (Bertelsmann Universallexikon 1991); eine „wohlwollende, gutmütige Heiterkeit“ (Brockhaus Weltbild 2000); zum anderen verstehen wir unter Humor eine menschliche Haltung, auch eine Gabe und Fähigkeit, die in allen Widrigkeiten und Nichtigkeiten des irdischen Lebens das Bedeutsame oder doch Liebenswerte erkennt. In vielen Lexika wird dieses komplexe Phänomen Humor als eine erstrebenswerte lächelnde Lebenshaltung beschrieben, indem der Mensch, dessen Einstellung zum Leben von Humor geprägt ist, die anderen Menschen, die menschlichen Verhältnisse und auch sich selbst in den Schwächen und Unzulänglichkeiten durchschaut, allem mit heiterer Gelassenheit begegnet, liebevoll versteht und verzeiht.

Mein persönliches Verständnis von Humor finde ich in folgendem Zitat treffend komprimiert: „Geistige Grundgestimmtheit, die vor allem eine Haltung der reifen Persönlichkeit zum Ausdruck bringt. Mit einem inneren Lächeln werden die Unzulänglichkeiten des Daseins überwunden, die stets vorhandene Gegensätzlichkeit zwischen Ideal und Wirklichkeit überbrückt, das Große und Ernsthafte auf ein menschliches Maß verkleinert und das Kleine, Vernunftwidrige noch in seiner menschlichen Bedeutung anerkannt. Im Humor werden die Unvollkommenheiten des Lebens durchschaut, aber dennoch bejaht“ (Lexikon Peters 2000).

Nach Bernhardt ist das Lächeln dem Humor wesensverwandter als das Lachen, weshalb er die Lebensweisheit Bierbaums „Humor ist wenn man trotzdem lacht“ abwandelt in „Humor ist, wenn man trotzdem *lächelt*“ (Bernhardt 1985, S. 15). Auch Freud vertrat die Ansicht, dass „die humoristische Lust .... sich niemals im herzhaften Lachen ausgiebt“ (Freud 1905/2001, 258). Interessant ist der

Vergleich Koestlers, der in der Analyse des Humors eine ebenso schwierige Aufgabe sieht wie in der Analyse der „zahlreichen Bestandteile eines Parfums, von denen einige nie wahrgenommen werden, während andere, einzeln gerochen, uns angewidert zurückfahren lassen“ (Koestler, 1989, 141).

Im gewöhnlichen Sprachgebrauch ist festzuhalten, dass der Humor weniger die kognitiven Aspekte als die affektiven und physiologischen hervorhebt. In diesem Sinne führt der Humor in Form von witzigen Bemerkungen, paradoxen Wortspielen, absurden Übertreibungen, Parodien und Schabernack zur Humorreaktion und löst damit den physiologischen Reflex des Lachens bzw. Lächelns aus.

### **Lächeln und Lachen – die Sprache des Humors**

Das Lachen ist ein Phänomen, das Körper und Geist gleichermaßen betrifft und auf die „eigenartige Beziehung zwischen der menschlichen Subjektivität und ihrer materiellen Verkörperung“ hinweist (Berger 1998, 55).

Plessner spricht von der „exzentrischen Position“ des Menschen, weil dieser seinen Körper sowohl als Zustand wie als Objekt wahrnimmt (vgl. Plessner 1941/1982, 202f.). Gewöhnlich kontrolliert der Mensch bewusst seinen Körper und gebraucht ihn als materielles Instrument (z. B. seine Hände), und als Mittel zum Ausdruck (z. B. Gesten der Wut oder der Beschwichtigung). Dieses bewusste Tun schafft Distanz zwischen ihm und den Körperhandlungen; er ist „exzentrisch“ im Gegensatz zum Tier, welches dieses Bewusstsein und diese Distanz nicht kennt. Beim Lachen oder Weinen geht die gewohnte Kontrolle des Menschen über seinen Körper verloren, er „verfällt“ in Lachen oder Weinen (vgl. ebd. 203ff.).

Plessner schließt sich dem Grundgedanken moderner Philosophien an, dass Komik vor allem mit Widersprüchlichkeit zu tun hat. Nur der Mensch gehört verschiedenen Existenzebenen an, und diese mehrfache Wirklichkeitserfahrung bildet die Grundlage einer komischen Wahrnehmung.

In seinen Ausführungen über das Wesen des Lächelns betont Plessner die leicht missverständliche in vielen Sprachen auffällige etymologische Verwandtschaft der Verhaltensformen Lachen und Lächeln, obwohl ein ganz wesentlicher Unterschied zwischen beiden besteht: Das Lächeln ist im Gegensatz zum Lachen eine kontrollierte Ausdrucksform, bei der es keinen „Zusammenbruch“ gibt (vgl. ebd. 428). „Lachend und weinend ist der Mensch das Opfer seines Geistes, lächelnd gibt er ihm Ausdruck“ (ebd. 432).

Bei der frühen Sozialisation spielt, wie beschrieben, das Lächeln und das Lachen eine entscheidende Rolle. Auch in der Erwachsenenwelt sind beide von immenser Bedeutung, als charakteristische Signale der Freundlichkeit, der Sympathiebekundung oder der Entspanntheit. Für viele Menschen, auch für mich, ist das Erzählen eines amüsanten Witzes, der eine allgemeine Erheiterung provozieren soll, manchmal ein probates Mittel, um die Akzeptanz der anderen herzustellen

bzw. diese zu überprüfen (und es kann beschämend sein, wenn die gewünschte Reaktion ausbleibt!).

### Zum ansteckenden Charakter des Lachens und zum Mitgefühl

Über das Lachen und das Lächeln drücken wir aus, dass wir mit anderen Menschen in Verbindung stehen; beides sind soziale Akte, die mit anderen geteilt werden wollen. So ist der Humor ein Mittel der Kommunikation und wird auch oft als „soziales Schmiermittel“ bezeichnet. Eine humoristische Bemerkung kann helfen, „das Eis zu brechen“; sie ist ein hervorragendes Mittel, um die Kommunikation mit einem Fremden aufzunehmen oder sie nach einer Differenz mit einem Freund wiederherzustellen (Moody 1979, 30).

Humor wird im Allgemeinen als sozial wertvoll betrachtet und nicht selten werden Menschen danach beurteilt, ob sie über einen Sinn für Humor verfügen oder nicht. Er wird sogar als bedeutender Indikator für seelische Gesundheit angesehen: „Therapeuten und Patienten ... bemerken oft einen Zusammenhang zwischen der Entwicklung eines Sinns für Humor und der Zustandsbesserung“ des Klienten (Kaplan u. Boyd bei Bernhardt, J. A. 1985, 109). Können Menschen zusammen lachen, fühlen sie sich den Gefahren des Lebens gegenüber gefeit und spüren ganz unmittelbar, wie ihre Lebenskraft in das gemeinsame Gruppenerleben einfließt (vgl. Titze 2001, 287).

Die „Ansteckungsgefahr“ und die Strohfeuerwirkung des Humors und des Lachens kann die Stimmung in einer Gruppe grundlegend verändern, so dass plötzlich über Dinge gelacht wird, die in anderen Zusammenhängen kaum Emotionen auslösen.

Nach Bergson bedarf die Komik einer gewissen „Anästhesie des Herzens“, um sich ganz entfalten zu können. Sie wendet sich an den reinen Intellekt (vgl. Bergson, 1921, 8). Hier wird ein wesentlicher Aspekt des Humors angesprochen: Erst die Distanzierung von Gefühlen wie Ärger, Wut, Enttäuschung ermöglichen das Einnehmen einer anderen Sichtweise, die Betrachtung der Dinge und Verhältnisse aus einer höheren Ebene. Bei positiven Gefühlen ist dieser Abstand allerdings nicht angezeigt:

Zwei Menschen, die daran gewöhnt sind, herzlich miteinander zu lachen, haben ein stabiles Bündnis miteinander hergestellt und es gibt keinen ersichtlichen Grund für eine Distanzierung von ihren freundschaftlichen Gefühlen, um miteinander lachen zu können (vgl. Bernhardt 1985, 112). Heute sehen wir im Lachen eher ein Vorhanden-sein von Gefühlen; es entlädt sich dabei ein hohes körperliches Wohlgefühl und eine enorme seelische Kraft. Beim Lachen fühlt sich der Mensch frei und befreit, er spürt seine Vitalität und die wohlthuende Bezogenheit zu seinen Mitmenschen.

„So wie Sprache der Höhepunkt eines Denkprozesses ist, ist Lachen der Höhepunkt eines Gefühlsprozesses – der Gipfel einer Welle der Vitalität“

(Langer in Bernhardt ebd., 113). Lachen erfüllt auch insofern eine soziale Funktion, indem wir dabei unsere Fähigkeit zeigen, uns mit einer Person zu identifizieren, die sich in der komischen Rolle befindet. Wir lachen z. B. über jemanden, dem ein Missgeschick passiert, weil wir uns in ihn hineinversetzen können und sind doch froh darüber, selbst von dieser Peinlichkeit verschont geblieben zu sein. So kann uns in manchen Situationen das Lachen auch vor übertriebenem Mitgefühl oder Selbstmitleid schützen und dient dann unserer Distanzierung von Gefühlen.

### **Das Gefühl der Zusammengehörigkeit und die lockernde Wirkung des Humors**

Eine sich neu bildende Gruppe entwickelt unter Umständen recht schnell charakteristische Verhaltensweisen in der Interaktion, die sie von anderen Personen und Gruppen unterscheidet. Der Humor in solch einer Gruppe kann Ausdruck des Zusammengehörigkeitsgefühls oder sogar des Geborgenheitsgefühls sein. Man erlebt und erleidet Dinge gemeinsam, man macht gemeinsam neue Erfahrungen, entwickelt Vertrauen und eine Geschichte miteinander und man lacht herzlich zusammen. Außenstehende können (und sollen) dieses Lachen nicht teilen, denn ihnen sind diese subtilen Nuancen der gemeinsamen Perspektive nicht zugänglich. Der von einer Gruppe entwickelte typische Humor liefert also ein beweiskräftiges Anzeichen dafür, ob jemand in dieser Gemeinschaft integriert ist oder nicht, nach dem Motto: „Wer zusammen lacht, gehört zusammen“. Es ist hier also ausschließlich von wohlwollendem, spontanem Humor die Rede und nicht vom Lachen der Gruppe auf Kosten eines Einzelnen. Stößt ein Neuling hinzu und kann er relativ schnell gemeinsames „echtes“ (spontanes) Lachen provozieren, fördert sein Verhalten in der Regel das Gefühl des Miteinanderseins.

Humor kann in diesem Fall auch dem neuen Mitglied dabei helfen, mit der Angst vor jeglicher Bedrohung umzugehen. In humorvoller Weise kann die Gruppe dem Neuling vermitteln, dass er hier keine Angst zu haben braucht und sich wohl und sicher fühlen darf.

Jeder kennt die auflockernde und befreiende Wirkung einer komischen, erheiternden Bemerkung innerhalb einer angespannten Gruppenatmosphäre. Bei schwierigen Situationen in einem Zweiergespräch oder in kleineren Gruppen kann der Humor das Mittel der Wahl sein, um Probleme anzusprechen, ihre Ursachen herauszufinden und nach Lösungen zu suchen. Das gemeinsame Lachen bestätigt das „gute Gefühl“ miteinander, schweißt fester zusammen, trägt dazu bei, eine tragfähige und belastbare Basis herzustellen, die das Ansprechen von entstehenden Konflikten und das Suchen nach konstruktiven Veränderungen ermöglicht. Ein richtig platzierter kleiner Scherz schafft etwas Abstand zur aktuellen in irgendeiner Form bedrohlichen Situation und erzeugt eine höhere das eigene Wohlfühl fördernde Übereinstimmung unter den Anwesenden. Eine lustig erzählte Anek-

dote kann außerdem die Botschaft senden, dass sich jeder hier sicher fühlen kann und entspannen darf.

Insofern *löst* also der Humor den Konflikt selbst nicht, sondern schafft bestenfalls die Voraussetzungen dafür, dass neue Perspektiven zu seiner Lösung gefunden werden können. Hier gilt es also zu unterscheiden, ob die Humorwendung konstruktiv und bezüglich des Gruppenproblems förderlich wirkt, oder nur eine überdeckende, verdrängende Funktion hat.

### 3. Szene aus einer Tagesklinik/Gemischte Gruppe:

Ein Therapeut erzählt: „Ich hatte mal eine Patientin – Schizophrene Psychose im Abklingen, depressiver Zustand – die sich sehr abhängig gab und immer so drauf gewartet hat, dass ich ihr was vorschlage, welches Instrument sie spielen soll. Dann schlug ich ihr auch vor, sie könnte ja mal ans Klavier gehen, weil ich auch wusste, sie hatte das früher mal gelernt, dass es für sie ein Rückgriff auf eine Ressource sein könnte. Ich sagte dann so: ‚Na, wollen Sie nicht einmal Klavier spielen?‘. Und sie sagte darauf: ‚Ja, soll ich jetzt dahin gehen?‘. Dann sagte ich: ‚Na, vielleicht kommt das Klavier ja auch zu Ihnen!‘. Sie hat dann gelacht und ist ohne weitere Aufforderung zum Klavier gegangen.“

#### *Deutung der Szene:*

Diese humorvolle Anspielung, solch eine ironische, wenn auch wohlwollende Intervention setzt ein feines Gespür für die Beziehung miteinander voraus. Kann mein Gegenüber das Wohlwollende wahrnehmen, annehmen, oder verletze ich ihn auf diese Weise? Dann riskiere ich es, mit dieser Bemerkung einen Schaden anzurichten, indem sich der Angesprochene womöglich noch mehr in sich zurückzieht. Ich bestätige dann nur seine Angst, von niemandem verstanden und nicht ernst genommen zu werden. Der behandelnde Musiktherapeut erkannte in seiner spontanen scherzhaften Bemerkung diese Gratwanderung. Mit seiner Einschätzung der vorhandenen Offenheit in der Beziehung und der Patientin, die diesen Ebenenwechsel bereits integrieren kann, lag er richtig. Indirekt, mittels des Humors, teilt er ihr mit, dass sie sich ruhig einmal bewegen könne und nicht Gefährliches damit verbunden sei. Ihre Reaktion – sie geht lachend ans Klavier – zeigt, dass die Beziehung zueinander vertrauensvoller wird, und, auch hier hilft der Humor der Patientin, ihre Angst zu reduzieren und er schafft Verbindung miteinander.

## Humor und Musik

### *Zum nicht-musikalischen Witz*

Unter dem Titel „Humor in Music“ fand 1959 in New York ein Veranstaltung mit den New Yorker Philharmonikern unter der Leitung Leonard Bernsteins statt, die große und kleine Zuhörer ansprechen wollte. Dieses auf Video aufgezeichnete unterhaltsame Musikprogramm wird unterbrochen von interessierten Fragen und Antworten aus dem Publikum und enthält anschauliche musikalische Beispiele, Erläuterungen und witzige Einlagen Bernsteins bezüglich der Erscheinungsweise und der Bedeutung des Humors in der Musik.

Bernstein spricht von dem Überraschungseffekt in der Musik, der – genauso wie im erzählten Witz (Satire, Parodie, Karikatur) – eine erheiternde Wirkung habe. Besonders belustigen würde uns, wenn wir etwas als widersinnig, unpassend, fehl am Platze (incongruous) empfinden würden. Als Beispiel dafür spielt das Orchester einen amerikanischen Militärmarsch, der im Publikum viel Erheiterung erzeugt. Warum? Dieser Marsch gehöre eigentlich in eine Parade und sei keine Musik für ein seriös sitzendes Orchester. Mit nichtmusikalischen Mitteln werde hier ein Witz erzeugt, Unpassendes zusammen gebracht. Ähnlich funktionieren der Humor z.B. in der Musik Gershwins: Das Orchester spielt durch Paris rasende Taxis, zwischendurch erklingt mehrmals eine Hupe und erzeugt Erheiterung, weil sie, wie Bernstein erklärt, eher ein Geräusch von sich gäbe, kein „echtes“ Instrument und deshalb im Grunde fehl am Platze sei (incongruous).

(Andererseits finden sich in der modernen Musik diverse „Geräusche“, die deshalb noch keine Komik einleiten. Ich denke, die erheiternde Wirkung steht und fällt vor allem mit unseren tradierten Hörgewohnheiten und dem Spiel mit unserer sich nicht erfüllenden Erwartung). Als weiteres Beispiel bringt Bernstein einen „Mosquito-Dance“ zu Gehör, bei welchem am Ende der wilden Jagd nach dem Insekt (überwiegend von Streichinstrumenten gespielt) ein Schlag mit einer Holzklapper, ein lautes Geräusch (eben keine Musik!) zu vernehmen ist (als plastische Darstellung des „Mückenmords“), welches ein allgemeines Lachen auslöst. Bernstein betont, dass die Erklärungen dafür, warum eine Musik (oder ein Witz) komisch ist, in der Regel keineswegs komisch seien.

### *Zum musikalischen Witz*

Um einen musikalischen Witz handelt es sich nach Bernstein dann, wenn dieser ausschließlich mit musikalischen Mitteln erzeugt werde, wie es z.B. in mancher Werken Kodalys und in vielfältigen Kompositionen Haydns der Fall sei. Die Komponisten bedienten sich der Mittel der Imitation, der Geschwindigkeit (das Pausenlose), der abrupten Gegenüberstellung von Gegensätzlichem, der Übertreibung (exaggerate) bzw. Untertreibung typischer Kompositionsmerkmale, der Akzentverschiebung, der versetzten Betonungen (Taktwechsel) und der Nichterfüllung einer Erwartungshaltung (der Hörer erwartet z. B. die Abfolge Dominante/Tonika,

doch es folgt eine Modulation in eine andere Tonart). In einer musikalischen Satire mache sich die Musik (z. B. Prokofieff – Haydn) mit solchen musikalischen Mitteln über eine andere Musik lustig (z. B. eine Gavotte, die harmonische Wendungen enthält), es komme zu musikalischen Doppeldeutigkeiten und zugleich werde etwas Neues geschaffen.

In Mozarts Komposition „Der musikalische Spaß“ spielen die Musiker am Ende des kleinen Orchesterstückes allesamt „falsche“ Noten, was den Zuhörer frappiert und erheitert, weil es so verblüffend, unpassend und widersinnig ist. Manche Komponisten geben die „falschen“ Noten in besonders exponierte Instrumente, wie z. B. in das Fagott, welches, so Bernstein, oft als „Clown“ des Orchesters eingesetzt werde.

Als weiteres Beispiel für eine musikalische Satire nennt Bernstein Mahlers Bearbeitung des Liedes „Bruder Jakob“ (in Moll) in seiner 1. Sinfonie. Indem der Komponist dieses Lied nur von tiefen Instrumenten und in einem trauermarschähnlichen Tempo spielen lässt, verleihe er ihm eine noch tiefere Traurigkeit.

Zum Schluss betont Bernstein, dass Humor nicht zwangsläufig mit „Herauslachen“ verbunden sein müsse, sondern oft mehr mit einem freudigen, guten Lebensgefühl, wofür das Scherzo ein geeignetes musikalisches Beispiel sei.

Nicht nur Musik kann humorvoll sein, auch das (Miss-)verstehen von Liedtexten zeigt das Aufblitzen von Humor:

### **Mondegreen: Vom Apfeleimer über Knöchelverzeichnis zum „weißen Neger Wumbaba“**

Der Terminus „Mondegreen“ bezeichnet in der Regel unabsichtlich falsch verstandene Phrasen aus Liedtexten bzw. Gedichten. Im Jahre 2004 stellten Axel Hacke und Michael Sowa in ihrem illustren Büchlein „Der weiße Neger Wumbaba“ viele deutsch- und englischsprachige „Verhör“-Beispiele vor. Der Titelheld des Büchleins verweist auf die blühenden Phantasien und Einbildungskräfte des in einer zuweilen rätselhaften wie auch poetischen Welt lebenden Kindes und auf die letzten Zeilen in Matthias Claudius’ „Der Mond ist aufgegangen“. Der Text wurde wie folgt wunderlich transformiert:

„Der Wald steht schwarz und schweiget, und aus den Wiesen steigt der weiße Neger Wumbaba“ (anstatt „...Nebel wunderbar“).

Die vielen Zuschriften, in welchen Leser von Hackes Kolumnen von ihren eigenen „Verhörern“ erzählen und die in diesem „kleinen Handbuch des Verhörens“ unterhaltsam zusammen gestellt werden, kommt der Autor zu dem Schluss, dass die wenigsten Menschen einen Liedtext richtig verstünden und diese wohl hauptsächlich dazu da seien, viel Material zu liefern, um die Phantasie der Hörer immer wieder von neuem zu beflügeln. Zum Beispiel bleibt es wohl doch ein Geheimnis, ob der Herr Dabesin tatsächlich der Geliebte von Frau Weinezehr, Hänschen Kleins Mutter, ist ...

Es ist nahe liegend, dass solche Schnitzer vor allem Kindern unterlaufen. Ihr Wortschatz ist beschränkt, so dass sie im Unverstandenen zunächst das Vertraute vermuten. Die Folge sind – zumindest für Erwachsene – belustigende Fehldeutungen.

So singt Klein-Erna im Kindergarten schon mal bei „Frère Jacques“ voller Inbrunst „Sonne Dalmatiner“ oder kommentiert ein Sprössling die Schlafliedstelle „...und all die kleinen Sterne sind seine Schäfchen“ mit „Im Aldi war ich auch schon mal!“. Häufig dienen Eigennamen zur Überbrückung unüberwindbarer Sinnschluchten. Was sind „Marmor“ und „Marme“? *Mamakuchen* und *Mamalade* scheinen gleich viel plausibler. Selbst vor Brahms machen die Kleinen nicht halt: „Morgen früh, wenn Gott will, wirst du wieder gewürgt“ leo@tu-chemnitz.de, Feature, Michael Klemm, 02.02.2007).

Für die musiktherapeutische Arbeit stellen sich nun folgende Fragen:

- Hat der Humor gerade für die musiktherapeutische Arbeit, in der die schöpferische und mehr und mehr *lustvolle Erweiterung des Spielraumes* so eine zentrale Rolle spielt, eine besondere Wirkkraft?
- Lässt sich sein spontanes, unberechenbares, flüchtiges und oft subtiles Erscheinen wirklich begreifen und in Worte fassen?
- Kann der Humor auch im musiktherapeutischen Geschehen (oder sogar *hier* besonders gut!), zur Daseinsfreude, Lebensfreude, zu einem Perspektivenwechsel, zur Entfaltung des freien Willens beitragen?
- Ist der Humor als ein distanzschaffendes und flüchtiges Medium in der Therapie in seiner Wirkkraft vergleichbar mit der freien Improvisation?
- Kann der Humor des Therapeuten dem Patienten als Modell, als Vorbild dienen?
- Welche Unterschiede in der therapeutischen Humoranwendung gibt es bezüglich der Klientel?

Unabdingbare Voraussetzungen dafür, dass sich echter Humor entfalten kann bzw. dass eine therapeutische Humoranwendung gelingen kann, ist eine positive Beziehung zum Patienten, eine von gegenseitiger Wertschätzung und Sympathie geprägte Atmosphäre. Dabei geht es gewiss nicht darum, ständig scherzen zu müssen, sondern den Humor „wohl dosiert“ und gezielt einzusetzen, denn entscheidend ist allein die empathische Grundhaltung (vgl. Titze, M.; Eschenröder, C. 1998, 15). Authentischer Humor ist in der Psychotherapie sinnvoll und wünschenswert, da er sich positiv auf die Entwicklung des Klienten auswirkt (vgl. Bernhardt 1985, 135). Die Praxis des Therapeuten ist unter Umständen der einzige Ort, wo der Klient sich nicht bedroht und somit frei fühlt, zu lachen. Der Therapeut hat die wichtige Aufgabe, eine entsprechende Atmosphäre entstehen zu lassen, weshalb er sich um eine humorvolle Haltung sich selbst gegenüber bemühen sollte. Der Therapeut kann die Lösung der Probleme seiner Klienten unter Umständen hemmen, wenn auch er dem Leid einen höheren Wert beimisst als der Freude (vgl. ebd. 95ff.). Weil

der Humor über unsere gewöhnliche Vernunft hinausgeht, die einer bestimmten, nicht zu verletzenden Ordnung unterliegt, hat er insofern die Funktion, die Wirklichkeit mit Hilfe der Phantasie zu erweitern, um sie nicht mehr nur so zu sehen, wie sie ist, sondern sich auch vorzustellen, wie sie anders sein könnte. Hierin weist der Humor über die Gefühle und Vernunft hinaus auf die Wachstumsmöglichkeiten des Menschen (vgl. Klein/Bernhardt ebd. 94).

### **Momente der Begegnung („now moments“) und die „Sehnsucht nach Anklang“**

Um der Wirkkraft des Humors im musiktherapeutischen Prozess auf die Spur zu kommen, müssen die unterschiedlichen Erscheinungsformen des Humors innerhalb des therapeutischen Geschehens näher beleuchtet werden. Zunächst muss der Humor als Mittel der therapeutischen Intervention von der vom Patienten (bewusst oder unbewusst) ausgehenden Heiterkeit oder humorvollen Bemerkung unterschieden werden. Aus beiden Zuständen heraus kann sich dann spontan dieser schwer in Worte zu fassende flüchtige Moment der Begegnung entwickeln. Die durch die gemeinsame Erheiterung ausgelöste Verbindung und Veränderung und Erhebung der Beziehung zwischen Therapeut und Patient offenbart eine Veränderung dessen, was D. Stern mit „implizitem Wissen“ beschreibt: „Implizites Wissen ... ist weder verbal, noch symbolisch. Es ist unbewusst, aber keineswegs irgendwie verdrängt. Man *denkt* einfach nicht daran. Es ist auch gar nicht *erforderlich*, implizites Wissen in Worte zu fassen. Auch mit einem verbalen symbolischen Verfahren ist es nicht zu behandeln“ (Stern 1998, 83).

Auch innerhalb einer therapeutischen Beziehung existiert ein implizites Wissen über den Zustand der Beziehung. Mit dem Gewahrwerden von Humor in jeglicher subtiler Nuance geschieht etwas Unerwartetes, etwas Spontanes, so etwas wie ein „Jetzt-Augenblick“ („now-moment“) zwischen Therapeut und Patient“ (Stern ebd. 90), der die Beziehung verändert, wenn es gelingt, den Moment der Begegnung entstehen zu lassen. Diese „now-moments“, diese flüchtigen Momente, in welchen der Therapeut und der Patient sich vollständig in der Gegenwart, im *Hier und Jetzt* befinden und die Chance offen legen, der therapeutischen Beziehung eine neue Qualität zu geben, wenn „dieser Moment zugelassen wird und echt und wirklich authentisch gehandelt wird“ (ebd. 92), dann kommt es zu diesem Augenblick der Begegnung („moment of meeting“), der geglückten Abstimmung. „Vom Therapeut erfordern solche Momente eine authentische und im Moment geborene Antwort, bei der er sich nicht auf die Anwendung einer Technik verlassen kann, sondern aus seiner intuitiven Spontaneität heraus reagiert“ (Gindl 2002, 214).

Jetzt befinden sich Therapeut und Patient in einem neuen Zustand impliziten Wissens über ihre Beziehung. Diese Beschreibungen lassen uns erahnen, was auch die Wirkkraft des Humors im therapeutischen Prozess ausmachen kann.

In B. Gindls Erläuterungen zu den „Now-moments“ wird dies sehr treffend beschrieben, wenngleich sie das Phänomen des Humors nicht erwähnt: „Now-Moments werden atmosphärisch wahrgenommen. Es sind Momente des Zaubers, sie sind flüchtig und doch von einer tiefen Wirkung, die vom ersten Augenblick an die Qualität der Beziehung verändert. Now-Moments sind die reale, verkörperte Erfahrung von geglückter Abstimmung, von Gemeinsam-Sein. Sie beinhalten ein Element des Spielerischen, der Leichtigkeit, des unbeschwerten Seins statt des beschwerlichen Tuns“ (Gindl 2002, 213).

Wenn der Humor geschieht, können diese „Now-moments“ entstehen. Nach Gindl entspricht das implizite Beziehungswissen als eine der psychischen und körperlichen Grundgegebenheiten des Menschen, die das menschliche Erleben und Verhalten regulieren, der im Sinne C. G. Jungs archetypischen Grundlage des menschlichen Beziehungsaspektes. Dabei verstand Jung unter Archetypen „eine unbewusste Disposition der menschlichen Seele“ (ebd., 217). In diesen Momenten der Begegnung „erfährt ein Mensch, wie es ist, Anklang zu finden“ (ebd., 214) und diese Sehnsucht nach Anklang bleibt Zeit seines Lebens unterschwellig bestehen.

### Humor als Therapeutikum

Humor kommt in seinem verschiedenartigen Auftreten im musiktherapeutischen Prozess – in der freien Improvisation sowie auch in der verbalen Kommunikation – eine wesentlich hilfreiche, aufschlussreiche und therapeutisch wertvolle, wenngleich nicht immer bewusste, Rolle zu.

Es ist wichtig, die Wahrnehmungsfähigkeit für humorvolle Geschehnisse zu schulen und den Fokus bewusst darauf zu richten, *warum* man *hier und jetzt* auf eine bestimmte Weise interveniert hat, bzw. was *genau* in einer Situation so erheiternd *wirkte*. Um das verschiedenartige Auftreten des Humors übersichtlich zu gestalten, Ähnlichkeiten und Unterschiede, Bezüge und Kontraste herausstellen zu können, können übergeordnete, abgrenzende Kriterien helfen, das hinter den Worten Stehende, das Verborgene hervorzuholen und greifbar zu machen. In der (musik)psychotherapeutischen Arbeit geschieht das humorvolle Agieren eines Patienten bzw. eines Heimbewohners in der Regel unbewusst und unbeabsichtigt. Das Belustigende an ihrem Handeln entsteht zum Beispiel erst durch den Blick von außen auf den Kontext, in dem die Szene sich abspielt; das heißt, erst durch den Umgang mit dieser, durch die nachfolgende Reaktion, durch die Interpretation und Deutung der Geschehnisse lässt sich das Humorvolle aufdecken.

Das wiederholte Reflektieren der humorvollen Szenen und die freie Assoziationsbildung bezüglich aufkommender Affekte, Stimmungen, Gedanken, Gegenübertragungsgefühle helfen, die „Essenz“ des Humorvollen, des Lachens, der Heiterkeit, herauszufiltern, um den Humor in der Therapie gezielter einzusetzen.

Ein wichtiges Thema ist die *Humortechnik*. Während Salameh auf spezielle Humortechniken explizit hinweist (Salameh bei Titze/Eschenröder 2000, 127ff.).

wie z. B. *Imitation, Wortspiel, Konfrontation, Absurdität, Überraschung* u. a., vertritt Behrendt allerdings die Auffassung, dass Humor keine spezielle erlernbare Technik sei, sondern sich mit der Persönlichkeit des Therapeuten, entwickle, weshalb dieser seine Humoranwendung überprüfen bzw. in der Supervision reflektieren sollte (vgl. Bernhardt 1985, 136). Ich selber bin auf Grund meiner Erfahrung der Meinung, dass die Humorwahrnehmung und auch die Entwicklung der eigenen Humorfähigkeit stärker in die Ausbildung der Musiktherapeuten integriert werden sollte, um dem Humor als Therapeutikum mehr Beachtung zu schenken und ihm mehr Raum in der Therapie zu lassen.

Folgende Fragen können helfen, die Wahrnehmung diesbezüglich zu verbessern.

- Wann tritt der Humor (oder Heiterkeit bzw. Lachen) auf und durch wen wird er ausgelöst? (objektiv beschreibbar, auch ein unbewusstes, unbeabsichtigtes humorvolles Agieren):  
(Patient – Teilnehmer der Gruppe; Gegenüber des Therapeuten).
  - a) als eine humorvolle Intervention/(Re-)Aktion des Therapeuten/Patienten während der musikalischen Improvisation.
  - b) als eine humorvolle Intervention/(Re-)Aktion des Therapeuten/Patienten während des Gesprächs vor bzw. nach der Improvisation.
  - c) als eine humorvolle Intervention/(Re-)Aktion des Therapeuten/Patienten während des gemeinsamen Singens.
  - d) als eine humorvolle Intervention/(Re-)Aktion des Therapeuten/Patienten während des gemeinsamen Musikhörens (Rezeptive Musiktherapie).
  
- Warum tritt der Humor (Heiterkeit/Lachen) jetzt in Erscheinung (innere Motivation) und was bewirkt er?:
  - e) Er ist Ausdruck der zunehmend von Wärme und Empathie getragenen vertrauensvollen Beziehung zwischen Therapeut und Patient; das implizite Wissen bekommt eine höhere Qualität, die Beziehung wird gehaltvoller, reicher.
  - f) Er ist Ausdruck einer wohltuenden Ablenkung vom sonst beschwerlichen Dasein; der freudige Affekt wird z. B. ausgelöst durch das belebende, miteinander verbindende Tun (Gruppe/Dialog) oder durch ein widersprüchliches Erlebnis, bei dem der gewohnte Lauf der Dinge (u. U. für alle Beteiligten) jäh unterbrochen wird, er bewirkt beim Patienten eine vorübergehende, weil auf diese aktuelle Situation bezogene, unbeschwerte, schmerzfreie, „ganzheitliche“ Lebensfreude.
  - g) Er ist Ausdruck der zunehmenden neugierigen „Entdeckerlust“, der sich (wieder) entwickelnden Daseinsfreude des Patienten und seiner lustvollen Selbstbehauptung; dieser wagt es, rigide alte Denk- und Handlungsmuster zu verlassen, einen Perspektivenwechsel zu vollziehen, neues auszuprobieren, er kann integrieren und sich mitreißen lassen oder einen anderen anstecken; er entdeckt seine eigene Kreativität (wieder), sein Handlungsspielraum vergrößert.

ßert sich, weil er flexibler mit den zwischenmenschlichen Herausforderungen des Lebens umzugehen lernt.

- h) Er ist Ausdruck einer Metakommunikation, indem unter den Bedingungen indirekter Kommunikation unter anderem auf der Beziehungsebene vom Therapeuten (oder Patienten) eine Mitteilung gemacht wird. Humor als Mittel indirekter Kommunikation kann Ziele verfolgen, die sich in einer weiten Spanne zwischen dem Verbindenden und dem Aggressiven bewegen.
- i) Er ist Ausdruck eines Abwehrverhaltens des Patienten, der sich z. B. belustigt und amüsiert zeigt oder der alles lächerlich findet, um dem aktuellen brenzligen Thema ausweichen zu können; er kann aber auch Ausdruck einer „gelungenen Abwehr“ des Patienten sein (vgl. Hoffmann/Hochapfel 1999, 64f.).
- j) Er ist Ausdruck der Selbsthygiene/Psychohygiene des *Therapeuten*, um z. B. die Trostlosigkeit in der Altenarbeit selbst aushalten zu können, weil ihm angesichts der immer gegenwärtigen und zuweilen bedrohlichen Konfrontation auch mit dem *eigenen* Sterben keine anderen Antworten zur Verfügung stehen; der Humor hilft dem Therapeuten, selbst kurzfristig einen inneren Ebenenwechsel zu vollziehen, um wieder handlungsfähig, wohlwollend etc. zu werden und ist damit Ausdruck einer „gelungenen Abwehr“.
- j). In diesem Fall ist das Abwehrverhalten des Patienten Ausdruck seiner „gelungenen Abwehr“ (vgl. Hoffmann/Hochapfel 1999, 64f.).
- k) Er ist Ausdruck einer authentischen spontanen Begegnung, in welcher eine gegenseitige Affektregulierung stattfindet, die von physiologischer Synchronisation, der Synchronisation der Gestik und Mimik usw. begleitet ist (vgl. Neugebauer bei Gindl 2002, 214).
- l) Er ist Ausdruck der therapeutischen Haltung und Vorbildfunktion im Sinne einer bewussten, relativierenden und ausgereiften Haltung den Widrigkeiten und Unvollkommenheiten des menschlichen Daseins gegenüber; das „Geworfen sein des Menschen in diese Welt“ wird mit Wärme und Wohlwollen betrachtet; indem der Therapeut z. B. universale Gemeinsamkeiten hervorhebt, die alle menschlichen Verschiedenartigkeiten ausgleicht, bildet er bereits einen fruchtbaren Boden für den Humor.

### **Ein Beispiel aus meiner Arbeit in einem Pflegewohnheim, Gruppenmusiktherapie:**

Herr R. (93) sitzt im Rollstuhl an meiner Seite; zum dritten Mal nimmt er an der Therapiestunde teil. Sein Körper ist ausgemergelt, kraftlos; er kauert in sich zusammengesunken und spricht so gut wie gar nichts mehr. Am Ende der heutigen Stunde hören wir Zarah Leander mit dem Lied: *Kann denn Liebe Sünde sein?* Herr R. ist deutlich ergriffen. Er wird wacher, seine Augen größer, er sitzt aufrechter und ist merklich aufmerksamer; lauscht offensichtlich den ihn emotional bewegenden Klängen; sein ganzer Körper zeigt mehr Spannkraft, er wirkt präsenter. Da wendet

er seinen Kopf zu mir, lächelt mich an und ruft klar und deutlich: „Küss mich!“ Ich lächle zurück, schaue ihm in die Augen und sage nach einem Moment des Innehaltens, dass ich gerne seine Hand halte. Er nimmt meine Hand, immer noch mich anlächelnd, und streichelt sie lange.

*Deutung der Szene:*

Wie erwähnt spricht Herr R. sozusagen gar nicht mehr, weshalb die Einschätzung, was und wie viel er in unseren gemeinsamen Stunden persönlich erlebt, nicht einfach ist. Ich empfinde viel Sympathie und Wärme für ihn und spüre an seinem zarten, warmen Lächeln seine Freude, wenn ich ihn zur Musiktherapiestunde abhole. Musik verschiedener Genres hat in seinem Leben einen hohen Stellenwert gehabt; er spielte zudem viele Jahre Violine. Ich spüre seine Affinität zu dem Lied und ahne, dass es viele Erinnerungen in ihm wiederbelebt, doch habe ich nicht im entferntesten mit diesem Ausruf, dieser Aufforderung gerechnet. Warum ist diese so witzig? Warum veranlasst sie mich zum wohlwollenden Schmunzeln und weshalb kann ich ihr (innerlich) mit Humor begegnen? Weil Herr R. in dieser Szene absolut inkongruent agiert und das löst die Erheiterung aus. Schließlich ist es – für sich betrachtet – äußerst unpassend, man könnte auch sagen distanzlos und unverschämt, dass dieser alte Mann mich auffordert, ihn zu küssen. Auch hat er selbst in dieser Szene keineswegs humorvoll sein wollen.

Im ersten Moment bin ich deshalb perplex, konsterniert. Doch im nächsten Augenblick freue ich mich und bin ergriffen über diesen betagten mich anrührenden Mann, dessen verschüttete Vitalität und Manneskraft sich in dieser Affekthandlung für einen flüchtigen Moment an die Oberfläche wagt. Ich sehe vor mir einen lebendigen Menschen, den Körper, Geist und Seele vereint und der das Leben *vor* dem Tode führt. Das ist *Leben* und nicht Tod! Meine Ergriffenheit hält an und ich freue mich darüber, Herrn R. mit diesem Lied in seinem Innersten erreicht zu haben. Deshalb biete ich ihm an, seine Hand zu halten, was er zufrieden und glücklich lächelnd annimmt.

Ein Praktikant in der Tagesklinik sollte einen Patienten (*Diagnose: Schizophrene Psychose*) musikalisch begleiten. Er erzählt:

„Das war spannend, weil die ganze Gruppe zugehört und geguckt hat und das ging dann so: Mein Gegenüber, also, den ich begleiten sollte, der hat ein Xylophon gehabt und hat *so* losgelegt, hat sofort angefangen und zwar im Tempo etwa 480 Schläge pro Sekunde und war ungefähr nach 20 Sekunden fertig. Ich habe hingehört und wie ich gerade anfangen wollte, mitzuspielen, war der fertig. Da musste ich so lachen, wir haben alle so gelacht, weil das so grotesk war ...“.

Der leitende Musiktherapeut kommentiert diese Szene wie folgt: „Da war so eine mit viel Energie hingestellte Klangwand, da war gar kein Durchkommen für jemanden, der begleitet hätte, hat sich richtig abgeschirmt hinter dieser kleinen Klangexpression. Aber es wurde von keinem in der Gruppe so aufgefasst, dass man jetzt zu Eis erstarren müsste angesichts dieser Beziehungsstörung. Es war ein

Wohlwollen in der Gruppe, was sich im Lachen äußerte und auch, wenn ich seine Reaktion nicht mehr genau erinnere, gab es doch Blickkontakt und eine gute Stimmung in der ganzen Gruppe, kein „Sich auf den Arm genommen fühlen“.

Dieser gemeinsame humorvolle und wohlwollende Umgang mit der Situation ermöglicht es den Gruppenteilnehmern, sich die unangenehmeren Affekte zu ersparen und lustvollere miteinander zu teilen. Das Agieren des Patienten kann im Raum stehen gelassen und (hier und heute) mit einer gewissen Leichtigkeit beantwortet werden; es muss nicht mit ernster Schwere fokussiert werden. Der Patient erlebt durch diesen humorvollen Umgang mit seinem Tun eine unvoreingenommene Akzeptanz seiner Person, auch bezüglich seiner Abwehr, seiner Angst vor Kontakt und Bezugnahme und seiner daraus resultierenden Verweigerungshaltung. In einer später auftretenden ähnlichen Situation kann er eher dazu bereit sein, sich seiner Bedrohungsangst zuzuwenden, sich zu konfrontieren. Der MT sagt dazu: „Wenn man schon einmal zusammen gelacht hat, tut man sich damit leichter, sich einem anderen Thema zuzuwenden ...“.

### Ein weiteres Beispiel:

„Ja, das war auch noch lustig, mit einer Patientin (Diagnose: Paranoide Psychose), die in der Tagesklinik kurz vor der Entlassung stand: Die Szene hat sich auch in der Musik abgespielt, wo wir zuerst so ein kleines Vor- und Nachspiel hatten; ich habe sie, glaube ich, imitiert und auf einmal hat sich das umgekehrt; da hat sie so wie ein Dirigent die Schlägel bewegt und ich habe dann so gespielt, wie sie gezeigt hat. Das war dann ganz lustig, weil ich das dann teilweise mitgemacht und teilweise auch anders gemacht habe und sie sich dann im Spaß aufgeregt hat, streng geworden ist, auf den Tisch geklopft hat: ‚Hallo, jetzt spielen Sie mal, wie ich das vorgebe!‘ Und dann bin ich wieder eingeschwenkt ins Mitspielen. Das war ein lustiges pantomimisches musikalisches Spiel ...“.

Diese Szene beschreibt nach meinem Eindruck in sehr plastischer Weise die unerschöpflichen Möglichkeiten der Musiktherapie, über das gemeinsame nonverbale Spiel an die kreativen Ressourcen und Selbstheilungskräfte des Menschen zu appellieren und die Genussfähigkeit, die Lebens- und Daseinsfreude, das Vertrauen in die Fähigkeit zum eigenverantwortlichen Handeln und Denken, und nicht zuletzt einen gesunden Übermut (wieder) zum Leben zu erwecken. Die Patientin steht kurz vor der Entlassung. Es erscheint stimmig, wie sie jetzt die Initiative ergreift, dieses lustvolle pantomimische musikalische Spiel miteinander initiiert. Sie kann Bezug nehmen, agieren und reagieren, ihr Tun und Spiel gestalten und variieren, auch einmal selbst den Stab in die Hand nehmen und ihr kreatives phantasievolles Potential in der Interaktion zum Ausdruck bringen. Wie schön wäre es, wenn es der Patientin gelänge, diese Erfahrung der lustvoll erlebten Selbstbehauptung, der (wieder)gefundenen Kraft und Freude in die alltäglichen Bereiche ihres Lebens zu übertragen.

Der Musiktherapeut bemerkt selbst zu der Szene: „Das war ein lustiges musikalisches Spiel, wo vielleicht zum Ausdruck gekommen ist, so, jetzt bin ich

soweit, jetzt ordne ich mich nicht mehr unter, ich bin jetzt auf Augenhöhe und sogar schon darüber hinaus ... und dann gehe ich ...“.

### **Abschließende Betrachtungen zur Wirkkraft des Humors in der Musiktherapie**

In der Singtherapie in der Altenarbeit wie auch in der freien Improvisation mit psychiatrischen Patienten trägt der Humor als Ausdruck der Freude über das belebende und erhebende gemeinsamen Tun und Erleben zu mehr Daseinsfreude und Lebensqualität bei. Das humorvolle Agieren des Heimbewohners/Patienten geschieht oft unbewusst und unbeabsichtigt und es entfaltet sich erst durch die Antwort des Therapeuten eine humorvolle Atmosphäre. Der Ebenenwechsel, der sich bereits in der spielerischen kreativen Anwendung des Instrumentariums vollzieht, und eine phantasievolle, „unübliche“ bzw. „humorvolle“ Spielweise und Verwendung des Instrumentariums können zu einer Horizonterweiterung, zum Neuanfang, zur inneren Öffnung, zum flexibleren Umgang mit festgefahrenen Denk- und Handlungsstrukturen und darüber hinaus zur Distanzierung von sich selbst mittels des Humors und damit zu einem beginnenden kognitiven Ebenenwechsel beitragen.

Über das gemeinsame nonverbale Spiel wird an die kreativen Ressourcen und Selbstheilungskräfte des Patienten appelliert, aus welchen über die zunehmende Selbstbehauptung und durch die Anregung des Therapeuten ein lustvolles übermütiges Tun erwachsen kann, was als Zeichen der positiven Entwicklung des Patienten zu werten ist.

Eine wohlwollende humorvolle Intervention des Therapeuten setzt ein sensibles empathisches Gespür seinerseits dafür voraus, ob der Patient diesen Humor auch annehmen und integrieren kann.

Die musiktherapeutische Arbeit mit alternden Menschen ist vor allem eine integrative und keine konfrontative, weshalb hier eine „gelungene Abwehr“ mittels Humor gefördert werden sollte.

Der Humor hat in der Musiktherapie auch insbesondere deshalb eine Wirkkraft, „weil das Improvisieren in der Therapie verbunden ist mit ‚Forschen und Experimentieren‘ – die natürlicherweise bevorzugte Tätigkeit des Menschen in den ersten Lebensjahren, die leider oft im Rahmen der Sozialisation verloren geht“ (Timmermann 1987, 99). Es geht hier also um das Bestreben, eine Atmosphäre herzustellen, in welcher der sogenannte „Unwissende“ ermutigt wird, „in der das Vertrauen in die eigene Schöpferkraft, die gestaltbildende Kraft des Selbst, wachsen kann“ (ebd.). Besonders das Spielen eines Instrumentes ist in der Regel besetzt von der blockierenden Angst, Fehler zu machen, falsch zu spielen. Auch Hegi betont, dass aufgrund dieser Tatsache viele Menschen einer „lebenswichtigen Ausdrucksmöglichkeit“ beraubt und in die Rolle des Konsumenten gedrängt wurden (Hegi 1988, 138f.).

Betrachtet man das Instrument als „Übergangsobjekt“, kann es alles vertreten, was der Idee des Mütterlichen zugrunde liegt: Anwesenheit, Dauerhaftigkeit, Geborgenheit und Gewährenlassen. Mit dem Instrument und dem musikalischen Ausdruck kann gespielt, ausprobiert und agiert werden; das entstehende Klangerzeugnis wird beachtet, beantwortet, erweitert (ebd. 148). Ebenso sollte hier auch *kindlich* gespielt oder etwas *Unsinniges* gesagt werden dürfen.

In einer Studie zur Funktionalen Familientherapie hing die Variable Humor am deutlichsten mit dem Erfolg der Therapie zusammen. Das Ausmaß des Humors korrelierte positiv mit weiteren beziehungsstiftenden Variablen wie Selbstöffnung und Wärme des Therapeuten (vgl. ebd. 135f.).

In diesem Zusammenhang stelle ich auch die Sichtweise Wittmanns, der zu der bemerkenswerten Erkenntnis kommt, dass „humorloses Therapieren etwas Unwirkliches und Lebensfremdes ist (...). Neuerung und Experimentierlust haben mit einem Klima geistiger Beweglichkeit zu tun und sind ohne Phantasie und Humor nicht denkbar“ (Wittmann bei Bernhardt 1985, 89).

Neuere wissenschaftliche Studien belegen, dass Humor und andere gute Gefühle nicht nur zur mentalen Entspannung beitragen, sondern das Gedächtnis und das kreative Spielen mit Ideen fördern sowie die Lernfähigkeit und die Flexibilität des Denkens positiv beeinflussen (Ferber 2007, 138f.).

Humorvolle Interventionen in der Musiktherapie können eine Erweiterung des Klangspektrums „hin zu unreineren Tönen ... zu spielerischen, verspielteren, gewagteren“ bedeuten unter bewusster Einbeziehung erheiternd wirkender Klänge der Instrumente wie das Flexaton oder die Lotusflöte (Wittmann ebd.), um Ängste und Hemmungen abzubauen zu helfen, um vielleicht eine allgemeinere Erheiterung auszulösen, die vom inneren Druck befreit, hier „falsch“ spielen zu können oder etwas nicht „richtig“ zu machen, und um zu einer Atmosphäre des „Sich-Miteinander-Wohlfühlens“ beizutragen.

## Literatur

- Berger, P. L. (1987/1998): Erlösendes Lachen. Das Komische in der Menschlichen Erfahrung. Berlin New York
- Bergson, H. (1921): Das Lachen. Jena
- Bernhardt, J. A. (1985): Humor in der Psychotherapie. Weinheim Basel
- Bernstein, L.: „Humor in Music“ (Broadcast Date: 28.02.1959). Sony Classical, produced and directed by Leonard Bernstein
- Roger Englander, New York/Philharmonic, Original CBS TV (Video)
- Ferber, J. (2007): Wer lacht lernt leichter. Warum Sie Humor ernster nehmen sollten. In: Reader's Digest, Heft 2, Stuttgart, 134–139
- Freud, S. (1905/1992): Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten. Frankfurt am Main

- Gindl, B. (2002): Anklang. Die Resonanz der Seele. Über ein Grundprinzip therapeutischer Beziehung. Paderborn
- Hegi, F. (1988): Improvisation und Musiktherapie. Möglichkeiten und Wirkungen von freier Musik. Paderborn
- Heinze, S. (2002): „Wenn eine Melodie verklingt ...“ Musiktherapie in der Sterbebegleitung. Musiktherapeutische Umschau 1, 22–36. Göttingen
- Hoffmann, S. O.; Hochapfel, G. (1999): Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. Stuttgart New York
- Koestler, A. (1981): Der Mensch – Irrläufer der Evolution. Frankfurt am Main
- Moody, R. A. (1979): Lachen und Leiden. Hamburg
- Peters, U. H. (2000): Lexikon Psychiatrie Psychotherapie Medizinische Psychologie. München Jena
- Plessner, H. (1941/1982): Lachen und Weinen. Eine Untersuchung der Grenzen menschlichen Verhaltens. In: Gesammelte Schriften 7: Ausdruck und menschliche Natur, Frankfurt am Main
- Stern, D. N. (1998): „Now-moments“, implizites Wissen und Vitalitätskonturen als neue Basis für psychotherapeutische Modellbildungen. In: Trautmann-Voigt, S./Voigt, B. (Hrsg.). Bewegung ins Unbewusste. Frankfurt a. M.
- Timmermann, T. (1987): Musik als Weg. Zürich
- Titze, M.; Eschenröder, C. T. (2000): Therapeutischer Humor. Frankfurt am Main
- Titze, M. (2001): Die heilende Kraft des Lachens. München

Susanne Hausmann, Schönhauser Allee 64, 10437 Berlin  
susanne.barbara@web.de

## Kongress

### The impact of culture on the training of music therapists Pre-conference symposium Brisbane 2005

Monika Nöcker-Ribaupierre, Helen Patey, Connie Izenberg-Grzeda,  
Elisabeth York, Kana Okasaki-Sakaue, Tessa Watson  
and Rachel Darnley-Smith

*Vor der offiziellen Eröffnung des 11. Musiktherapie-Weltkongresses in Brisbane im Juli 2005 fand ein Symposium der WFMT Commission on Education, Training and Accreditation statt, unter dem Titel: Der Einfluss kultureller Gegebenheiten auf musiktherapeutische Ausbildungen. Das Symposium behandelte die Notwendigkeit der musiktherapeutischen Ausbildungsleiter auf Herausforderungen zu reagieren, die sich durch die Verschiedenheit der kulturellen Hintergründe der Studierenden ergeben. Zusätzlich haben Veränderungen im akademischen Leben, sowie politische und soziale Veränderungen im Lehrtrieb und in der Gesellschaft auch die musiktherapeutischen Curricula vor neue Herausforderungen gestellt. Die folgenden Beiträge sollten sowohl den Vortragenden als auch den anwesenden Vertretern aus 12 Ländern Gelegenheit geben, sich mit den verschiedensten Erfahrungen zu kulturbezogenen Fragen im Ausbildungsbereich zu befassen, unter Berücksichtigung kulturell unterschiedlicher Voraussetzungen in Unterricht, Auswahl der Studenten bis zu emotionalen und psychologischen Herausforderungen, denen Studenten aus und in anderen kulturellen Zusammenhängen ausgesetzt sind. Die Beiträge von den internationalen Mitgliedern der Commission sind ungekürzt wiedergegeben.*

This article gives an account of the third symposium of the World Federation of Music Therapy Commission on Education, Training and Accreditation, held as part of the 11<sup>th</sup> World Congress of Music Therapy in Brisbane, Australia, in July 2005. The symposium, convened by Connie Isenberg-Grzeda, Chair of the Commission 2002–2005 was chaired by Helen Patey, the UK Commission Member. The presenters are all members of the WFMT Commission.

The symposium was held before the opening of the congress and was a truly international gathering, attended by 35 delegates from Australia, Austria, Brazil, Canada, Germany, Italy, Japan, Korea, New Zealand, South Africa, UK and the USA.

The title of the symposium, *'The Impact of Cultural Issues on Music Therapy Education'*, reflected the awareness of music therapy educators of the need to respond to the challenges brought up by the diversity of students coming for training in the 21<sup>st</sup> century. In addition, changes in academic cultures of teaching and learning as well as social and political changes in education and in society have brought new challenges. The decision to address cultural issues seemed particularly appropriate in the context of the Congress taking place in Australia where there is increasing awareness of the need to heal the historical divisions between the indigenous people and the 'new' Australians. Delegates at the conference were given a traditional greeting by the elders of the region and later attended memorable performances of indigenous music and dance. For some music therapists, visiting Australia for the first time, this was a new and powerful experience, demonstrating the diversity of cultures which can exist within one nation, bringing with it both richness and challenges.

In planning the symposium, culture was considered in its broadest sense. It was an opportunity to share experiences and learn from one another's insights in a forum, covering a vast spectrum of students' experiences during music therapy training: from the selection process, through teaching and learning, including the emotional and psychological demands and pressures on students, up to the final assessment and examination process.

The five unedited presentations which follow are from experienced music therapy educators, all of whom having published widely on their particular interests.

### **The language/culture barrier: A franco-quebec phenomenon**

*Connie Isenberg-Grzeda is Professor of Music Therapy at the University of Quebec, Montreal (UQAM). She established the music therapy training programme in 1985 and has been the coordinator since its inception. Her experience as an educator in French-speaking Quebec has given her a particular insight into the potential for language to mystify concepts rather than clarify them, and to obscure meaning rather than simplify it. Although the presentation is referring to a specifically Canadian situation, the theme is relevant to many educators who are working in a cross-cultural setting.*

When I took on the role of Chair of the Commission on Education, Training and Accreditation in 2002, I already knew that I wanted our symposium to focus on issues of culture and education. Why this interest in the impact of culture on the training of music therapists? As a Canadian who had trained in music therapy in the U.S. in 1974, I had not paid much attention to this dimension. After all, given the extraordinary diversity of cultures within Canada, the American-Canadian

distinctions were not that salient. It was only a decade later, upon my arrival at Université du Québec à Montréal (UQAM) as a faculty member, that the question of culture and its implications for the training of music therapists hit home.

I would like to briefly tell you this story – the story of the genesis of my interest in this very complex and multifaceted subject that is inherent to our discipline. It was summer 1984 when I began to work at Université du Québec à Montréal, commonly known as UQAM, a French-language university in Montreal, the first university in Canada to open its doors to music therapy, the first university, and to this day, the only university in Québec, to hire a fulltime music therapy faculty member, the only university in Québec to have a music therapy program. I was hired that year to set up an undergraduate music therapy training program that would begin in the fall of 1985.

To understand the music therapy-specific cultural issues, it is important to first have an understanding of the larger cultural context within which this training program was developed. The vast majority of citizens of Québec are French-speaking Québécois. The vast majority of students enrolled in the music therapy program are French-speaking Québécois. Whereas this appellation would seem reasonable to most English Quebecers, of whom I am one, to Québécois it is redundant in that a Québécois is by definition French-speaking. All French-speaking Quebecers are not, however, Québécois. Why is this so? It is because of the language/culture barrier. What does this mean? It means that although the French language is an integral and defining component of Québécois culture, it is not sufficient, in and of itself, to define a Québécois.

Whereas courses in the UQAM music therapy program have always been taught in French and the language of communication inside and outside the classroom has been French, the language of the vast majority of required readings specific to music therapy has been, and remains, English. Initially these readings reflected music therapy theory and practice as described primarily within the American, British and Canadian literature. In more recent years, a larger part of the music therapy world has been reflected in these readings. Students have also always been exposed to the French-language music therapy literature, most of which emanates from France. This exposure has not always felt sufficient for the students. After all, if French music therapy literature does exist, why would French-speaking students be obliged to read in English? Just as it would be inaccurate to state that there is no literature in French in the field of music therapy, it would be equally inaccurate to state that the French literature that does exist can serve as a basis for a training program in music therapy within a North American context. Why is this so? It is because of the language/culture barrier.

What does this mean? It means that my students and I discovered together that the bulk of the literature emanating from France, although written in a familiar language and one that should be, theoretically at least, easily accessible, is in effect, written in a professional language that is foreign to our local practice. Language designed to clarify may actually obscure, language designed to simplify

may actually complicate and language designed to demystify may actually mystify. To understand why this is so, let me explain what I mean by the language/culture barrier.

When I address culture, I am addressing it from two perspectives, the socio-cultural perspective and the professional-cultural perspective. We all think about culture as it relates to a people, its history, traditions, norms and values. As music therapists, we are aware that different peoples might attribute different meanings and values to music; that music might play a different role within people's lives; that it might serve different functions; and so on. What we are less accustomed to thinking about are professional cultures, that is, what are the norms, values and traditions of a particular professional group and are these similar or different across socio-cultural divides.

In the case of the Québécois student reading French music therapy literature emanating from a different socio-cultural perspective, we have to ask ourselves: Do Québécois, although French-speaking, share a cultural experience with the French in France? Do Québécois music therapists share a professional culture with music therapists in France? The answer to both of these questions, once developed, is a decided no. My students and I have found ourselves confronted by the reality of the professional-cultural differences. My Québécois students are reading literature emanating from French society, a society in which many music therapists' primary professional identification is that of a psychiatrist, a psychologist or another member of the family of mental health professions, with music therapy viewed as a specialization. My students, however, are part of the North American music therapy culture, in which the primary professional identity is that of a music therapist, and in many cases, a music therapist trained at an undergraduate level. This professional-culture difference may result in differences in professional values, attitudes and practice. The French language, in this context, helps to clarify the words, but not necessarily the meanings. And herein lays the difficulty. If my students are to read primarily in French, they will understand the language but not necessarily the underlying conceptualization of both theory and practice. If they read primarily in English, they are reading in a language that is not their mother tongue, hence more foreign, but the conceptualization of music therapy is more familiar and pertinent to their socio-cultural and professional-cultural context.

Need this be a difficulty? Is it not possible for us to stay open to different languages even as we strengthen our own? Is it not possible for us to recognize that we live within constantly changing and evolving societies even as we strengthen our links to heritage and tradition? Is it not possible for us to discover new forms even as we revitalize our own rituals? And is it not possible for us to use music as a model for language, forcing ourselves to hear as if we are hearing for the first time through the filter of our experience?

## Working with Minority Students within a Dominant Culture

*Elizabeth York was the Director of the Music Therapy Program at Utah State University, Logan, USA, from 1995–2005. Since 2005 she has been at Converse College, South Carolina, where she has been appointed Associate Professor of Music Therapy with responsibility for developing a new undergraduate program.*

*Her most recent publication is „Finding Voice: Feminist Music Therapy and Research with Women Survivors of Domestic Violence.“ in ‚Feminist Models of Music Therapy‘, edited by S. Hadley, (2006, Barcelona Press). Elizabeth York is also well known as a singer/song-writer, with a particular commitment to women’s music. Her presentation challenges all educators to look closely at their programs, to ensure that they are providing an inclusive and non-discriminatory training experience from audition through to qualification.*

My area of interest is how we as educators acknowledge minority groups within our music therapy curricula and programs. I am aware of how, unconsciously or consciously, cultural bias might be inherent in my own curriculum. How do we recognize and address

potential bias within ourselves and within our course content and clinical work? I would like you to take a moment to think about how you would define your own dominant culture. Now within that context, identify any minority groups that exist within your own country. In the U.S. for example, I might define the dominant culture as white, Anglo-Saxon Protestant heterosexual males. The cultural and ethnic minorities that immediately come to mind in America are women, Latino, Middle Eastern, Asian, African American, Native American, and persons who are gay and lesbian. Admittedly, paradox is inherent in this discussion because what is a dominant group in one culture may be a minority group in another. For nine years I directed the Music Therapy Program at Utah State University in Logan, Utah, USA, a predominantly white culture, but one consisting of persons who are Latter Day Saints (LDS) in religious affiliation. The LDS Church is a unique form of Protestantism, considered a minority religion and culture in the rest of the USA. In Utah, however, persons of this faith ARE the dominant culture.

What is the profile of the music therapist in the United States? We are white women, between the ages of 22 and 35 years old... yet we increasingly work with clients from diverse backgrounds and teach minority students in our programs. Latinos are the fastest growing minority group in the United States. Black Americans make up a majority in many American cities in the South; 10 % of the general population in the US is gay and lesbian. Asian students from mainland China, Japan, Korea, and Taiwan are increasingly attracted to music therapy training in the United States. What training, policies, and procedures do we have in place to insure that our programs and clinical work are culturally sensitive? Can we confidently call ourselves multicultural therapists and academics?

Persons from some minority groups are more visible than others- some have invisible disabilities and are invisible minorities. What are the resources within our academic programs that communicate value, acknowledgment, and accommodation to these students? Institutions address diversity issues in a variety of ways: via disability resource centers, international student organizations, and some might even say that an improvisational approach to music therapy training transcends cultural differences if one matches a scale pattern to a client from a particular culture. But that does not begin to answer the question of including diversity and multicultural issues in the classroom.

The **AMTA Code of Ethics** provides music therapists in the USA with clear guidelines in relationships with clients, students and research subjects: In section 3.2, the Code states: The music therapist will protect the rights of the individuals with whom he/she works. These rights include, but are not limited to the following:

- The right to safety
- Right to dignity
- Legal and civil rights
- Right to treatment
- Right to self-determination
- Right to respect
- Right to participate in treatment decisions

The Code continues: The music therapist will not discriminate in relationships with clients/subjects because of race, ethnicity, language, religion, marital status, gender, sexual orientation, age, ability, socio-economic status or political affiliation. How do we insure that these lofty goals are actualized in our curricula? And is this an issue in training programs outside the USA? Do we unconsciously discriminate by using culturally biased musical materials within our audition criteria, curricula, or assume heterosexuality when discussing client populations? Do we acknowledge cultural differences and contraindications when we present different psychological approaches to therapy? Do we acknowledge socio-cultural differences when we speak of diagnoses that may be more prevalent within a particular gender such as depression among women or PTSD in rape victims as well as male perpetrators/casualties of war? In this complex world, how do we insure that our programs are inclusive of and acknowledge these complex issues, however uncomfortable they may be to confront in the classroom?

I would ask that you share strategies that you have found to be helpful within your own programs and begin to dialogue. A few ideas might include the following: Audition requirements often include the performance of a popular song or improvisation. Might the song reflect folk/popular music from an applicant's own cultural background or an improvisation based on a scale system reflective of that culture?

Inclusion of world music in the music core curriculum is now a requirement in academic programs approved by the National Association for Schools of Music

in the US. We might extend this requirement to the repertoire prepared for what are sometimes called „functional skills examinations“ on piano, voice and guitar to include songs from a variety of cultures, sung in different languages. I have mentioned improvisational strategies that include scale patterns inherent in world music.

Expansion of percussion instruction may include ethnic percussion techniques from Native American and African cultures in addition to traditional snare drum instruction in our method classes.

Class assignments can include reflection/position papers in response to attending events, concerts, plays that address cultural, gender issues such as the „Vagina Monologues“, and „The Laramie Project“. Students can receive recital credit by attending concerts on and off campus performed by ensembles from around the world.

Research from international music therapy journals can be incorporated into Psychology of Music courses (as long as the common language is English, unfortunately). Incorporating textbooks on multicultural music therapy into introductory courses such as *Music Therapy: International Perspectives* and approaches to music therapy that reflect an international perspective can also be brought into methods classes. Incorporating case examples in our lectures, experiential role-plays that illustrate work with children, adults, families from diverse cultures indicates that we acknowledge and celebrate our diverse and colorful world.

Academics can serve as role models in increasing awareness of gay-lesbian issues by receiving training as an Ally. The Ally program, common at many American universities, increases visible support for gay and lesbian students. A trained Ally displays an insignia in his/her office indicating a willingness to provide resources and an open and welcoming space for gay and lesbian students, faculty and staff.

It is my hope that this discussion will continue and stimulate our thinking about how our curricula might be even more inclusive of minority issues and challenges – a recommitment to welcome a variety of students to our programs and to our connections with diverse cultures. I believe that I benefit and grow when I strive to confront my own biases and provide an atmosphere within my program that fosters respect, an awareness of human dignity, and the inherent worth and value of every student who chooses music therapy as a profession.

### **Asian Cultural Issues In Music Therapy Training And Education – Focusing on Japanese Perspectives –**

*Kana Okazaki-Sakaue (MA, MT-BC, NRMT, ARAM) is Associate Professor of Music Therapy at Senzoku Gakuen College of Music, Japan. She is also a doctoral candidate at New York University. She serves as an editorial committee member of*

*the Japanese Journal of Music Therapy. Her music therapy education and teaching experiences in the UK, USA and Japan has given Kana an intimate knowledge of the challenges faced by Asian students who come to study in the West.*

### *Introduction*

One given statistic shows that nearly 50 000 students from abroad are admitted annually into US colleges and universities. In 1998, the single largest population amongst these was approximately 47 000 Japanese students. The second largest population was Chinese, the third, Korean, and the fourth, students from India.

Even though they choose to study in the US out of their own free will, or that of their parents', -unlike the refugee population- there is a high percentage of stress, anxiety and depression among these students (US Frontline, 1999)

At the same time, an increasingly greater number of Asian students travel abroad to study music therapy, due to the lack of training courses in their countries.

I would like to learn how Asian students experience cultural differences between the West and the East, and the issues involved in their acculturation process.

Before I start the article, I would like to describe my motivation for this study which comes from my own personal and professional interests. In other words, what I am going to write here is *what I have experienced myself* as a student abroad and also as an educator of music therapy training in both Western and Eastern countries.

I have lived and studied in England and the US and have always been interested in the process of growing and integrating multicultural perspectives within myself. This is to say that I have always been curious as to how I can integrate myself, having experienced three different cultures: Japanese, British and American. I also would like to acknowledge the emotional struggle accompanied by these processes.

My experiences working professionally as a liaison for an international student consulting company in Japan, helping students and their families going abroad and returning, were also motivating factors in writing this article. In addition, I taught and advised (as a Teaching Assistant) some of the music therapy students at NYU who were from Asian countries.

Drawing from these experiences, I thought this article may be of help, for those who have taught or are teaching Asian students within the Western philosophical background and for Asian students, who have studied, are studying or will be studying music therapy in the Western educational system. To make the issues clear, both to the educators and the students, might help recognize what one experiences by way of cultural processes in music therapy training and education.

In this paper, I will explain the differences in the educational system between the Western and the Eastern cultures in order to compare what students are experiencing in the school setting. I will also address the issues and the challenges

they have, and the impact of these issues on clinical settings. The acculturation process and the issue-solving strategies for each process will also be discussed.

Although this paper is written primarily from the side of the educators, because the presentation was for a forum of music therapy educators all over the world, I will try to address the needs of the students/trainees, as well.

### *Differences in the educational system*

This is a chart that describes the differences between the two cultures. Some of the characteristics are addressed below (Yu, 1994).

Western culture	Asian culture
– Democratic orientation	– Priority in relationships
– Priority in individuals	– Authoritarian orientation
– Independence	– Interdependence
– Assertiveness	– Consensus
– Individually oriented	– Group/Family oriented
– Expression of emotions	– Control of emotions
– Uniqueness of individual	– Conformity
– Morality anchored in person	– Morality linked to relationship

The authoritarian orientation is a feature in Eastern philosophy. In the classroom setting, the teacher has the power and the authority. The students have to put their hands up before they voice their opinion and usually they are never expected to criticize their teachers. It is considered very rude to eat or drink; you even have to ask for permission to go to the bathroom.

There is a strong sense of „seniority rules“ amongst the Asian society, where one is expected to „respect the older“, which includes a „polite form language“ one has to use when speaking to anyone who is older. This „age issue“ in the clinical situation has a big impact on the therapy situation. For example, it is not customary to call older people by their first name in Japan. Younger people call the older „Sensei“ (teacher or mentor), therefore automatically creating a hierarchy in the therapeutic relationships.

Other issues might arise from the expressive differences in „handling their emotions“. In the West, students are encouraged to express their emotions and

feelings and verbalize them. In contrast, Eastern people are expected to control, hide and endure them. This is especially dominant in male upbringing. Endurance is highly respected in Eastern society and boys are not expected to cry or get angry in public. This difference in emotional expression is reflected in their attitude towards mental health services. They feel shame and guilt for admitting what they call emotional „weakness“ and stigma is attached to having to go through counseling and psychotherapy. There is also a „gender issue“.

Because it is a group/family oriented society, conformity is an important social factor in Eastern society. In Japanese high schools, there is a strict dress code in which even the color of socks, length of hair, nail trimming and so forth are specifically stated. Many students, just breaking away from such a strict environment, get lost in the freedom they experience when they come to the US.

#### *Areas of difference between Asian clients and Western trained counselors*

This chart is fairly self-explanatory, describing very clearly differing cultural views which could have a big impact in counseling. SueundSue (1999) illustrate the discrepancies when Western-trained counselors work with Asian clients.

Asian Clients „expect“	Western-trained Counselors (aim for)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Collectivism Focus: Family and group</li> <li>- Hierarchical Relationships</li> <li>- Restraint of Emotions = Maturity</li> <li>- Counselors should provide solutions</li> <li>- Mental illness is shameful and family stigma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Individual Focus: Independence</li> <li>- Equality of Relationships</li> <li>- Emotional Expression = Healthy</li> <li>- Clients develop solutions through introspection</li> <li>- Mental illness is the same as any other problems</li> </ul>

#### *Adjustment issues and challenges*

When students go through the transitional phase of acculturation, they experience issues and challenges specific to the Asian population (Yu, 1994).

As I explained above, the students come to the US with their own motivation to learn something new. Some of them come willingly on their own accord and others, with their parents' expectations. Therefore their struggle comes with their packet, in other words, the struggle is a part of „the deal“ in coming and learning something new. They think they should not struggle because the decision was of

their own volition. However, they suffer from cultural shock. This is listed as follows:

### *Issues*

- Lack of English Proficiency
- Difficulties in adjusting to the education system
- Lack of familiarity with the customs and the people
- Separation from the family
- Disparity between the expectation and the reality
- Experience of discrimination
- Cultural conflict
- Identity crisis

I would like to point out some issues here which are characteristic of Asian students. Because of the language difficulties, cultural differences and their confusion with the school system, the Asian students are sometimes misunderstood by teachers and peers by their shyness and non-assertiveness. The quiet attitude in the classroom setting is seen as respectful behaviour towards teachers in the Eastern ways, whereas in the West students are expected to express their opinion as much as they want. This can place stress on both teachers and students alike.

If they are studying abroad, living with their parents' expectations, the disparity between these expectations and reality becomes more of a stressor. They might feel shame, guilt and responsibility for not succeeding and also possible separation anxiety, being away from such a strong parental bond, which had also played a major role in terms of decision making.

The following are challenges which will have to be faced:

### *Challenges*

- Self expression/assertiveness
- Individuation
- Risk-taking
- Identity formation

To succeed in the formation of a healthy identity, a good balance between cultural retention and assimilation should be maintained.

### *Acculturation Process*

There is various literature which discusses the acculturation process in Asian students and there are several ways to view this (Sue 1982, Berry 1988 and Yu 1994) I take Berry's three steps here: 1. contact, 2. conflict and 3. adaptation.

I would like to emphasize that this process is not only relevant for Asian people but for all other populations as well.

### 1. Contact

- Exposure to the new culture
- Recognition of the original culture

This is the initial, „contacting phase“, with cultures. It is not only with a new culture but also with the own original one. An idiosyncratic feature in Asian students is that people from a very homogeneous country are not very conscious of their own culture until they are exposed to a new one. They do not have an opportunity to compare as long as they live in their own country. So, this is a very important phase and their level of stress would vary, depending on the experiences in this phase.

### 2. Conflict

- Appreciation and depreciation of the new culture
- Appreciation and depreciation of the original culture
- Struggle for adjustment
- Struggle for self-identity formation

This would be the phase when most students are referred to or seek professional help with their needs. It is very likely that they manifest their psychosomatic symptoms first.

It is also stated (Kim 1980 and Bowler, et al 1982) that these conflicting issues are accompanied by loneliness, anxiety, stress and lower self-esteem. There is research proving the close relationship between acculturative stress and self-esteem. The more acculturative stress is experienced, the lower the level of self-esteem. Therefore the adviser (or the counselors) must be aware of their self-esteem, regardless of their academic potentials and success.

### 3. Adaptation

- Balance between the two cultures
- Cultural flexibility
- Attainment of pride through defining a new identity

Sue (1982) talks about the accomplishment of acculturation as an attainment of pride through defining a new identity. This is also related to re-establishment of self-esteem in the new culture. After the students go through acculturation, they would become more confident and flexible in their sense of identity.

### *Issue-solving strategies: For Educators and Trainers*

When counseling these students in college or university, I suggest that professionals consider these following points.

- the students' hesitation and resistance towards mental health services
- gender and age issues
- establishing an atmosphere of non-judgmental acceptance
- gaining an understanding of the students' cultural and personal background

When the counselor investigates their background, knowledge of the students' biography would help. Whether they are from westernized Asian cities such as Taiwan, Hong Kong etc. or from small villages are significant differences (Yu 1994).

From my own experiences, it is very important to „try to“ understand their cultural backgrounds, not to depend on stereo-typed prejudices. The openness and honesty in the therapist's disclosure of his/her own experiences might help.

Age and gender issues have to be taken into consideration, as older clients might feel uncomfortable speaking about their personal issues to younger therapists.

If the counseling is for a „short term“ period, a directive approach with agenda enhancing their self-esteem would help, so that they can anticipate and set goals as to what they expect from the counseling services and feel less anxious.

The „long term“ treatment should involve an exploration of their self concept in a safe environment, as the counselor encourages and develops their cultural flexibility. Then the clients will be able to gain broader perspectives and deeper insights about themselves.

#### Short term

- To enhance their self-esteem
- Direct approach with agenda

#### Long term

- To explore their self concept
- To encourage and to develop their cultural flexibility

### **Issue-solving strategies: For Students and Trainees**

There are three points for students and trainees to be aware of:

1. To be aware of „Culture Shock“ process
  - Have good insights into external (interpersonal) and (intrapersonal) factors
  - Allow yourself to be inside the acculturation process
  - Be prepared for „Reverse Culture Shock“ (Oberg, 1954)

Oberg (1954) originally presented the term, „Culture shock“, in his research and he defines the term as „something which is not homesickness or adjustment difficulties. He describes the five phases of culture shock as follows:

1. Incubating (hatching) phase, 2. Transition, 3. Learning, 4. Accepting, and 5. Reverse Culture Shock. He specifically defines the fifth term, „Reverse Culture Shock“, as follows:

*It is the culture shock in reverse because it refers to an unexpected stress which accompanies transition of returning to surroundings which are supposed to be „familiar“ (Oberg 1954).*

This is much harder to deal with because the original cultural shock is usually expected in the new environment and can be accepted as something adventurous. However, reverse culture shock is more in the unconscious. People return to their

own country as an acculturated being and that sometimes does not lead to an easy acceptance of the „old“ surroundings.

2. To have positive views towards Cultural „Potpourri“ inside you.

„Potpourri“ is a French word, referring to a mixture of dried flowers and leaves used for making a room smell pleasant. It is like a „hodge-podge“ which is a stew with all sorts of vegetables and meat in it. It smells good; it tastes good. The process of creating a „Potpourri“ and the outcome may be similar to that of developing one’s cultural identity. It is truly „one of a kind“.

3. To own these precious experiences and develop/apply them for your future work.

One can only know what one experiences. It is very important to recognize yourselves as „cultural resources“. It is an especially exciting process to develop a mixture of Western and Eastern concepts of „therapy“ and apply into your own country. For example, in Japan, there is a custom of „Ishin-Denshin“ which means a tacit understanding which, I think, is such a significant ability for a therapist. Or in Eastern culture, people can „read their mind without speaking“, which is also a special ability. It is so useful to use the resources that you already have within you, and develop them further.

## Conclusion

When we train students in like manner as we work in the clinical setting with clients, no matter where they come from or what background they have, we are to explore and to empower each person’s „being“. We, as educators and also as health care professionals, should be always aware of that person’s history, philosophy, culture, beliefs, values, potential, desires and so forth, without any prejudice. Especially when we deal with culture and its many facets, the respect for each individual should be the key factor.

I once interviewed a psychotherapist who works in cross-cultural fields. She (the interviewee) said, „in order to understand the process of their transition, we have to constantly update ourselves.“

I personally think the key factor in cross-cultural or multi-cultural strategies is that of „respect“. Not to be afraid of being rude or polite, as a reaction to different cultures, real and authentic respectfulness towards our clients can be transmitted through our „state of beings“ and the ambiance that we create in the therapy settings.

### For further discussion

Above is my opinion, still in process, on cultural issues in music therapy training and education. The very important topic to be discussed in the future would be different perspectives and meanings of „therapy“ in Asian culture. It differs not only from country to country in Asia but also from region to region within a country.

The Asian Music Therapy Symposium was held in January 2005 at Senzoku Gakuen College of Music, Japan. Ju Chong from Korea, Alice Wu from Taiwan and Rika Ikuno from Japan were on the panel; Yuriko Shionoya and I served as host college faculty. I hope this will open up the door to further exploration of this subject.

### References

- Berry, J. W. (1980). Acculturation as varieties of Adaptation. In Padilla, A.M.(Ed.). *Acculturation: Theory, model and some new findings*. Boulder, CO: Westview Press
- Berry, J. W. und Kim, U.(1988)*Acculturation and Mental Health*. In Dasen, P. R., Berry, J. W., und Sartorius, N. *Health and cross-cultural adoption: Current approaches*. CA: Sage
- Bowler, R. M. et al. (1982). Racial tension in a multi-ethnic high school and a preventive intervention. Paper presented at the American Psychological Association convention, Washington D.C., August, 3–27 (from Yu 1994 dissertation)
- Clayton, J. B.(1996). *Your land, My land*. Heinemann. NH: Portsmouth
- Oberg, K. (1954). *The Social Economy of the Tlingt Indians of Alaska*, doctoral dissertation. USA
- Okazaki, K.(1999). *Acculturation Process of Asian College Students and Counseling Strategies*. A study paper for Cross Cultural Counseling Course. NYU. Unpublished
- Sue, S. Morishima, J.K.(1982). *The Mental Health of Asian Americans*. Jossey-Bass Publishers. San Francisco, Washington
- Sue,D. W und Sue, D. (1999). *Counseling the Culturally Different – Theory and Practice –*. John Wiley und Sons, Inc. New York
- US Frontline News (1999). Biweekly magazine for Japanese residents in US. U.S. Frontline news Inc. NY.
- Yu, Ping.(1994). *Self-esteem, acculturation, and recreation participation among recent arrived chinese immigrant adolescents*. Doctoral dissertation, Department of Health studies. School of Education. NYU.

## Culture of experiential training in Germany

*Monika Nöcker-Ribaupierre directs a private music therapy training programme in Munich (acknowledged by the German professional association BVM ), lectures at the Ludwig-Maximilians-University, Munich, and is an active member of several professional scientific boards. Her main interest lies in the development of professional music therapy programmes and standards in the European countries. As Secretary General of the EMTC she is working in particular to support countries in the Eastern part of Europe, to establish music therapy at the required Bologna level.*

Why am I talking about our culture of experiential music therapy training (EMT) in our training courses in Germany? When Connie Izenberg, Chair of the WFMT Commission on Education and Training, proposed the topic of culture in music therapy, Thomas Wosch and I discussed it and we decided that this subject, in particular, plays a significant role in our field of music therapy.

### A Common agreement

In 1996, seven uniquely different professional music therapy associations began meeting regularly as a joint coalition, called the „Kasseler Konferenz“ (KK) – despite the great variety of music therapy treatment approaches: depth psychotherapy / analytical oriented music therapy, Nordoff-Robbins, Anthroposophic or Regulative Music Therapy, with their inherently different vocabulary and interpretations. These associations worked successfully in redefining significant terms and principles relating to music therapy, with the goal to reach a common agreement, in order to develop our professional profile and possible State recognition.

In countless meetings, due to obvious theoretical differences, this professional assembly (KK) formulated the following resolution, designating self-experience/ experiential training as an essential part of music therapy understanding and training.

First they agreed to the term „Selbsterfahrung“ („self-experience“) – this being a neutral term, encompassing all forms of experiential training.

The formulated goals of self-experience are:

- Promotion of personal growth through fundamental self-experience on the basis of different psychotherapy concepts
- Exchange of knowledge about the music therapy process through self-experience (method related self-experience)
- Personal related self-experience: recognition of possibilities, limitations and boundaries in one's own treatment competencies. This may or may not be done in the sense of depth psychology oriented self-experience (biographical work)

- Treatment with music in its different forms
- Realisation in dyad and/or group situation

These are the common agreements which are the main content of our understanding of music therapy, as represented and taught in our training programmes.

### EMT in training courses

Traditionally, music therapy educational programmes in German-speaking countries began in Vienna, with no specific teaching methodology. Music therapists of the first generation found orientation in this field, drawing from their understanding of psychological concepts and promoting individual therapy.

Today the term *Lehrmusiktherapie* (LMT) as used in German-speaking regions, is based on psychoanalytical training analysis. Training analysis was established by Jung and Freud, further developed e.g. by Mary Priestley into the so-called analytical music therapy, or / and by Fritz Perls to Gestalt-therapy. In this context, EMT is based on the concepts of transference and counter-transference, including psychotherapeutic techniques such as holding, containing, confronting, mirroring.

Together in 1996, the directors of university training programmes in Germany (psychotherapeutic /depth psychology, analytical music therapy training courses) defined the term „experiential music therapy training“ (EMT) as follows:

*„EMT is to be understood as a music therapy treatment form which can be employed on the occasion of professional training or continuing education for the music therapist. The term „music therapy self-experience“ is at this time used for EMT as well as for other forms of music therapy work (workshops at meetings, courses where other professional groups are first introduced to music therapy, etc.). When it is a question of EMT within music therapy self-experience, the following designation is recommended: Music therapy self-experience in the sense of an experiential therapy.“ (Tüpker)*

This definition of EMT is compatible with most music therapy training programmes throughout Germany.

For these training programmes, at the university level and at two private institutions, EMT is a mandatory component in the education of their music therapy students. It is taught in the form of individual music therapy (in a dyadic setting) and group music therapy.

For individual therapy, EMT is provided outside of the academic setting, in order to prevent problems of mixing roles, competencies and dependencies. Students work with an experiential music therapist outside of the university or training institute. Biographical backgrounds, conflicts, basic emotional structures, and the life progressions of the students are important issues in EMT.

Group music therapy is given within the programme from an external therapist, to combine personal experiences within a social framework and to learn methods and techniques of group music therapy.

Nevertheless there are other methods without clearly defined EMT training: Nordoff-Robbins, Anthroposophic, and Orff-Music Therapy. Within the Nordoff-Robbins and the Anthroposophic programme curriculum, EMT is inherent in the musical training, although at a different level and significance; Orff-music therapy requires no EMT.

### **Students in EMT**

Students are not patients with life disturbing problems and the desire to alleviate them, but they have to be „hungry for self experience and curious about themselves“ (Frühmann, 1994). As educators and music therapists we know that nobody will choose a therapeutic profession without some personally challenging issues, challenges leading to creative action. Additionally, we have to be aware of helping students to develop healthy aspects of their personality, coping strategies, means of protection and stabilization, resources, abilities and assets of their own personalities and assist them in learning to know the results. These goals are formulated in all our music therapy training programmes.

### **Music in EMT**

During the past decades, we had a strong connection to psychotherapy, not only in theoretical and methodological thinking but also in our understanding of EMT. This connection was necessary to further develop our professional identity, from music therapy as a medical support therapy to that of a unique creative art discipline. Consequently the necessity of music therapists implementing music as a therapeutic medium and having expertise musical skills has increased.

We have to experience within ourselves the power of music, its effect, possibilities, limits (and side effects); we have to be aware when and why to use music, develop necessary therapeutic musical skills and attain knowledge as to how we might reach our clients musically, beyond words and verbal skills.

### **Present situation**

Since there is no State recognition or protection of our profession/title in Germany, our professional association, BVM (Professional Association of Music Therapists in Germany) took over the responsibility of establishing official recognition requirements. The BVM requires 100 hours of individual music therapy (EMT) outside the educational setting and additionally 50–100 hours of group experiential training (GMT) within the training programme.

In summary we consider it necessary to establish music therapy as a recognized psychotherapeutic art discipline. According to the Straßburg Declaration for Psychotherapy (1990), we also believe that music therapy education should consist of theory, experiential music therapy, and practice under supervision – including the acceptance of a variety of therapeutic treatment theories, methods and techniques.

## References

- Frühmann, R. (1994): Die Vermittlung therapeutischer Grundqualitäten im Prozeß der Sicht der Integrativen Therapie. In: Frühmann, R., Petzold, H. (Hg): Lehrjahre der Seele. Paderborn.
- Fitzthum, E. (1996): Einzel-Lehrmusiktherapie im institutionellen Rahmen. In: Fitzthum, E., Oberegelsbacher, D., Storz, D.: Wiener Beiträge zur Musiktherapie. Wien
- Jahn-Langenberg, M. (2002): Boundary Issues in Experiential Music Therapy. Paper at the World Conference of Music Therapy in Oxford.
- Kasseler Konferenz (1996): Kasseler Thesen zur Musiktherapie. MU
- Tüpker, R. (1999): Lehrmusiktherapie im veränderten Berufsfeld. In: MU 20, 114–122

## Finding the Mark: Designing research training for Music Therapists

*Tessa Watson is Senior Lecturer in Music Therapy and Programme Convenor for the Arts and Play Therapies at Roehampton University, London, UK. Her clinical work is in adult learning disability at Ealing Hospital, West London. She is Editor of a forthcoming book, 'Music Therapy With Adults with Learning Disabilities' (Routledge 2007). Rachel Darnley-Smith is Programme Convenor and Senior Lecturer in Music Therapy at Roehampton University and is a doctoral candidate at the University of Durham, UK. With Helen Patey, she has co-authored an introductory text, 'Music Therapy' (2003 Sage Publications.) Their presentation was developed as a result of their being awarded a joint 'Fellowship in Learning and Teaching in Higher Education' from Roehampton University for 2005–6.*

We are currently developing the Roehampton University post graduate diploma for revalidation to become an MA in September 2006. This development is in response to a mandatory requirement by the regulatory body for health care professions in the UK, The Health Professions Council. All UK training courses will become MA from September 2006.

One of the key tasks in selecting students is balancing their areas of strength and weakness: we require that they have the following:

- Professional skill upon at least one instrument

- Academic skills, ideally involving musical study at undergraduate level
- Relevant work experience
- Some knowledge of music therapy practice in the UK and an interest in or empathy for the psychoanalytic approach taught at Roehampton.

Many potential students have strengths in one or more areas, but weaknesses elsewhere, which for example allows us sometimes to select students whose academic skills may not be strong, but whose musical skills are strong and understanding of music therapy is already well developed. This means that some students find the written work harder than others, and these same students might find that the prospect of writing the traditional dissertation usually required of an MA degree prohibits the idea of applying to train as a music therapist.

Furthermore we would want to avoid turning down potential music therapists on the grounds of academic ability or the promise of academic ability alone. The profession may lose a diversity and richness that currently exists. On the other hand as a Music Therapy department, we remain committed to research as an essential tool for the professional environment and as enabling a greater depth of clinical understanding. To this end, but also in anticipation of the current development, the Roehampton course already provides an introductory module in research methods that has gradually proved successful in terms of students' results, and popular with students.

Our dilemma is complicated and we have the following questions:

- How can we provide assessment at MA level for trainee music therapists for whom writing a traditional research project is too difficult within the timing of the course?
- How can we avoid turning down potentially good clinicians on the grounds of academic ability?
- How can we continue to make the course attractive to those with potential as clinicians but who consider that they would be unable to write a traditional research project?
- How can we continue to make the course attractive to overseas students for whom English is not their first language?

This year, the Music Therapy Department holds a Learning and Teaching Fellowship awarded by the Roehampton Educational Development Centre. As part of this fellowship, we have begun a short research project. The aim of the project is to identify and newly devise a diverse selection of assessment methods to complement and/or substitute the current dissertation. We are undertaking a literature review into methods of assessment, and are undertaking in-depth consultation with colleagues in the UK, our external examiners, students, and clinical placement managers.

In order to revalidate the course to MA, we aim to develop the research module of the training. Students will choose a research idea, write a research proposal and undertake some or all of the research process. Assessment for this module will include the submission of a research proposal, and a literature review. We anticipate that students will then choose from a ,menu‘ of assessments in order to make up the number of credits required. We aim to keep this new module grounded in theory, that is to say each student will need to demonstrate a facility to integrate theory and practice as part of their research.

As part of this process we are keen to learn from the experience of other trainers, and would welcome your thoughts. We ask that you take five minutes now to look briefly at our questions and that we use this as a basis for a short discussion to fill the remainder of the time etc. We then ask if you could take time to fill out the form and return it to us before the end of the conference.

### **Music Therapy MA – Trainers questionnaire**

*We are currently developing the Roehampton University post graduate diploma for revalidation to become an MA in September 2006.*

*Whilst we have ideas about how the training will develop, we are keen to learn from the experience of other trainers, and would welcome your thoughts.*

*We aim to develop the research module of the training. Students will choose a research idea, write a research proposal and undertake some or all of the research process. The assessment will include a literature review. We anticipate that students will then choose from a ,menu‘ of assessments in order to make up the number of credits required.*

1. Is your course undergraduate or postgraduate?  
Undergraduate      Postgraduate
2. What are your entry requirements? (eg age, previous qualifications, work experience and personal qualities)
  - 2.a. Are you able to accept students without formal academic qualifications?  
Yes                  No
  - 2.c. If no, would you like to be able to accept students without formal academic-qualifications?  
Yes                  No
3. What are the learning outcomes for your training?
  - 3.a. How are these determined (eg by the University, regulatory body, course trainers).
4. What are the different methods of assessment that you use?
  - 4.a. Which assessment methods do you consider to be the most helpful?
  - 4.b. Which assessment methods appear to cause students the most challenges?
  - 4.c. How do you take into consideration issues that might arise for second language students when you are planning assessments?

4.d. Can students choose the methods by which they are assessed?

Yes            No

If yes, please give details:

4.e Is there any discrepancy between the way in which you would like to assess students, and the way in which you are required to assess students (eg by your institution)?

Yes            No

If yes, please give details:

5. Are students required to complete a piece of research?

Yes            No

If yes, please give details:

6. What facilities are you able to offer students in order to support their learning?

7. Have you published, written or spoken about learning, teaching and assessment? If so, we would be very grateful to have references for this work.

8. What are the 4/5 key or seminal texts on Music Therapy in your country?

9. Would you like to say anything else about methods of learning, teaching and assessing on Music Therapy training courses?

### **Conclusion:**

In the course of this seminar it became clear that most of the topics under discussion were connected specifically to the particular situation in each country: the problems which arise when different languages are used within one country and the subsequent difficulty of finding appropriate literature in translation which can cover the curriculum and theoretical perspective of that country, the difficulties experienced by minorities and the need for offering psychological support through self-experience. Least familiar, but perhaps most interesting for the authors, were the differences in the expectations, learning, and cultural support experienced by trainees from Asia and from Western cultures. The lively discussion among all participants, which followed the presentations, revealed very clearly that music therapists, as practitioners and educators, have to be aware and responsive to all the different challenges presented by cultural issues.

We ended the seminar with increased respect for each other's concerns, and with renewed motivation to develop our profession as music therapists in the most responsible way.

Monika Nöcker-Ribaupierre, Dr. sc. mus.  
Institut for Music Therapy at Freies Musikzentrum München,  
Ismaninger Str. 29, D 81679 Munich,  
mnoecker-ribaupierre@freies-musikzentrum.de

Helen Patey, MPhil, Pg Dip MT (N-R) Deputy Managing Director/ Head of Clinical Services, Nordoff-Robbins Music Therapy Centre,  
Helen.patey@nordoff-robbins.org.uk

Connie Isenberg-Grzeda, MM, MTA, MT-BC, Chair of WFMT Commission on Education, Training and Accreditation, 2002–2005, Music Therapy Professor,  
Université du Québec à Montréal (UQAM),  
Case postale 8888, succursale Centre-Ville, Montreal, Québec, Canada H3C 3P8  
isenberg-grzeda.connie@uqam.ca

Elizabeth F. York, Ph.D., MT-BC, Associate Professor of Music Therapy  
Petrie School of Music, Converse College, SC 29302-0006,  
Elizabeth.York@Converse.edu

Kana Okazaki-Sakaue, MA, MT-BC, NRMT, ARAM, Assoc. Professor,  
Music Therapy Program (Undergrad und Grad), Senzoku Gakuen College of Music,  
Japan  
kanaokaz@hkg.odn.ne.jp

Tessa Watson BA (Hons) MA. PgDip (MT),  
tessa.watson@roehampton.ac.uk

Rachel Darnley-Smith MA, BA (Hons) LGSM (MT) University of Roehampton  
r.darnley-smith@roehampton.ac.uk  
Arts and Play Therapies, School of Human and Life Sciences, Whitelands College,  
Roehampton University, Holybourne Avenue, London SW15



# Forschung

## Supervision („veiledning“) im Feld der Musiktherapie in Norwegen

## Supervision („veiledning“) in the field of music therapy in Norway

Ruth Eckhoff, Oslo; Silvia Breuss-Gröndahl, Kongsvinger;<sup>1</sup>  
Hilarion G. Petzold, Düsseldorf, Amsterdam<sup>2</sup>

*Die Forschungsstudie untersucht mit Hilfe eines Fragebogens, wie weit Musiktherapeuten in Norwegen sich der Supervision bedienen oder diese wahrnehmen, wie Supervision organisiert wird, welche Erfahrungen damit gemacht wurden und welche Erwartungen es gibt. Die Konzepte guter Supervision werden im Licht der Theorie der „sozialen Repräsentationen“ erklärt. Dabei wird auch die aktuelle Literatur in Skandinavien und anderen Ländern mit Einfluss auf die Informanten untersucht. Ebenso werden die Diskurse im akademischen Milieu der norwegischen Musiktherapie beschrieben und erklärt. Die Untersuchung gibt auch Auskünfte in welchen Feldern Musiktherapeuten in Norwegen arbeiten. Es überrascht nicht, dass Supervision in nur geringem Maße in Anspruch genommen wird und dass die Erwartungen sich hauptsächlich auf eine Verbesserung der Professionalität einschließlich professionellerem Einsatz von Interventionen sowie auf Entlastung beziehen.*

These survey studies explores to which extent music therapists in Norway use supervision or receive supervision offered at their working place and how this is organized. It evaluates the experienced benefits and the expectations to supervision. The answers to the question „with supervision I associate“ are seen and explained under the theory of „social representations“. This is also seen in relation to Integrative concepts on „what is good supervision“. A literature review was made on relevant literature in Norway, Scandinavia and other countries that influenced our informants. We also describe and analyse the discourses that are seen in the academic environment of Norwegian music therapy. The survey also gives information about the various fields in which the music therapists work. As we expected, few music therapists in Norway had an arrangement for supervision. Supervision is first and foremost seen as a possibility to become a more professional music therapist, finding better interventions and getting support and relief.

### Einleitung<sup>3</sup>

Supervision beginnt sich im Milieu der norwegischen Musiktherapie erst allmählich zu entwickeln und die Möglichkeiten der professionellen Qualifizierung mit Hilfe von qualifizierter Supervision wird noch wenig genutzt – wie auch anderen Orts im Feld der Musiktherapie. Dennoch sind schon gute Entwicklungen festzustellen.

Unsere Forschungsstudie untersucht mit Hilfe eines Fragebogens, in welchem Umfang Musiktherapeuten in Norwegen sich der Supervision bedienen oder diese wahrnehmen, wie Supervision organisiert wird, welche Erfahrungen damit gemacht wurden und welche Erwartungen es gibt.

Der Fragebogen wurde im Frühjahr 2004 im Rahmen einer Weiterbildung in psychosozialer Supervision an ausgebildete Musiktherapeuten in Norwegen versandt. Er basiert im Wesentlichen auf einem in der Schweiz verwendeten Fragebogen zur Untersuchung über Supervision in der Psychiatrie (Gottfried et al. 2003), der jedoch auf Grund der speziellen Arbeitssituation der Musiktherapeuten in Norwegen, die oft mehrere Arbeitgeber haben und sowohl in Angestelltenverhältnissen wie privat praktizieren, angepasst und erweitert werden musste, um der realen Praxis der MusiktherapeutInnen in Norwegen gerecht zu werden.

Wir beziehen die Untersuchungsergebnisse auf die wichtigsten Theorien der Integrativen Supervision und verwenden in der Untersuchung sowohl qualitative wie quantitative Methoden. Unsere Untersuchung ist international die erste empirische Feldexploration zur Supervision in der Musiktherapie und kann deshalb für Untersuchungen in anderen Ländern als Matrixstudie dienen, denn in jedem Feld wäre es gut, diese Fakten zur Hand zu haben, um über Bedürfnisse und Fragestellungen informiert zu sein.

### Hypothesen und Problemstellungen

In der theoretischen und forschungsbezogenen Ausbildung in Integrativer Supervision trug unsere eigene Erfahrung als ausübende Musiktherapeutinnen in verschiedenen norwegischen therapeutischen und pädagogischen Feldern zu unserer Hypothesenbildung bei. Dieser lagen folgende Annahmen zu Grunde:

1. Es wird in unserer Zielgruppe (MusiktherapeutInnen) generell wenig Gebrauch von Supervision gemacht.
2. In Diskussionen bezüglich der Supervision („veiledning“) wird die Supervision von Studenten oft mit Supervision ausgebildeter MusiktherapeutInnen gleichgestellt.
3. In einigen Arbeitsfeldern, in denen Musiktherapeuten arbeiten, wird auf Supervision wenig Gewicht gelegt. Das gilt vor allem für Schulen.
4. Wir gehen von der Annahme aus, dass es in der Berufsgruppe der Musiktherapeuten einen großen Bedarf an Supervision gibt.

5. Der akademische Standard in den musiktherapeutischen Ausbildungsinstitutionen Norwegens kann sich international zwar gut vergleichen, Supervision wird aber fast ausschließlich nur Studenten angeboten (preprofessional supervision).

## Theoretische Perspektiven

### *Über den Begriff „Supervision“ (veiledning) in Norwegen*

Supervision wird in den verschiedenen Berufsfeldern unterschiedlich definiert. Wir haben die pädagogische, psychologische und musiktherapeutische Literatur hinsichtlich der benutzten Definitionen untersucht. Da der Begriff „Supervision“ in Norwegen nur selten und in eingeschränkter Bedeutung gebraucht wird, wurde der geläufige Begriff „veiledning“ („auf dem Weg führen“, Praxisbegleitung) in dieser Studie verwendet, und zwar sowohl im Fragebogen wie auch in der Auswertung. „Veiledning“ ist ein Begriff, der in seiner Definition am offensten ist, auch wenn die Pädagogen Johannesen et al. (1994) diesen Begriff hauptsächlich für Supervision von Studenten anwenden. Die Praxis zeigt allerdings, dass der pädagogische „Veilednings“-Begriff auch in der professionellen Supervision existiert. In der psychologischen Literatur (Rønnestad et al. 1999) findet man den Begriff „veiledning“ in breiter Anwendung. Er wird also in allen Feldern angewandt. Der Begriff Coaching dagegen ist in den von uns untersuchten Feldern nicht üblich und wird fast ausschließlich in der Organisationsentwicklung und im Sport benutzt.

In Schweden gibt es zwar eine Ausbildung in Supervision für Musiktherapeuten, doch der Begriff *Supervision* ist auch hier nicht üblich. *Handledning* („an der Hand führen“) entspricht dem norwegischen *veiledning*, ist aber von der Psychotherapie inspiriert und vor allem auf eine Methodenfreiheit ausgerichtet, da man wünscht, Musiktherapeuten mit unterschiedlicher Behandlungsrichtung beraten zu können (Eklöf et al. 2002).

### *Integrative Supervision*

In der methodenübergreifenden Integrativen Therapie wurde schon früh ein umfassendes Konzept zur Supervision entwickelt (Petzold 1998). Für unsere Studie war es wichtig, Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Integrativer Supervision und dem in Norwegen vorhandenen Theorieverständnis und Gebrauch von Supervision/„veiledning“ auszuarbeiten.

Bei Petzold findet man die Unterscheidung zwischen *Beratung*, *Coaching* und *Supervision*, wobei Supervision die umfassendste Disziplin ist. Beratung beschreibt das Verhältnis der beratenden und der ratsuchenden Person und der Beratungsprozesse. Beim Coaching sind der Klient und dessen Leistungen im Fokus und weniger das ihn umgebende System. Coaching ist eine spezielle Form der Beratung im Rahmen der Organisations- und Systemsupervision (Petzold 1994).

Supervision dagegen hat sich zur eigenen Disziplin sowohl in der Theorie und in der Praxis entwickelt und ist ständig in Entwicklung begriffen. Sozialwissenschaftliches Wissen wird integriert und in die Praxeologie und das praktische Feld überführt. Forschung in der Praxis wiederum trägt zur Entwicklung der Theorie bei (Theorie-Praxis-Zyklus).

Die wichtigsten Konzepte der Integrativen Supervision sind die der *Exzentrizität* (und Hyper-Exzentrizität) und der *Mehrperspektivität*. Das lateinische Präfix „super“ im Zusammenhang mit dem Verb „visio“ kommt mit der wichtigen Konnotation des „Überschauens, des Überblickens“ zum Tragen. In der spätlateinischen Bedeutung des Wortes kann „supervisio“ auch als „sorgtragende Übersicht“ (Petzold 2000) verstanden werden. Der Supervisand wird vom Supervisor dazu angehalten, eine Position von außen her und von verschiedenen Seiten einzunehmen, damit man die Probleme und die Kräfte, die auf die Situation einwirken, erkennt. Dabei müssen auch die *Diskurse* (sensu Foucault in Petzold 1998, 105ff., 124), die in den betreffenden Feldern herrschen, einer Analyse unterzogen werden. Das ist die eigentliche Aufgabe von Supervision. Dazu dienen verschiedene Modelle wie die *metahermeneutische Triplexreflexion*. Die in der Supervision erfasste Wirklichkeit (Niveau 1) wird im Hinblick auf das eigene Beobachten analysiert (Niveau 2) sowie im Hinblick auf die Bedingungen für das eigene Beobachten, bei denen man das „Gewohnte“ hinterfragt und über Bedingungen des Kontextes reflektiert (Niveau 3). Auf einem vierten Niveau können die drei vorausgehenden Niveaus in einer philosophischen Kontemplation überstiegen werden.

Das Modell der Mehrebenenstruktur der Supervision beachtet also verschiedene Niveaus des supervisorischen Prozesses. Darüber hinaus wird ein Problem oder eine Situation aus verschiedenen Perspektiven unter Berücksichtigung folgender Ebenen analysiert:

- 1) der Ebene des Klienten und seines Netzwerks,
- 2) der Ebene der Relation Therapeut und Klient,
- 3) SupervisorIn und TherapeutIn und
- 4) der Ebene der Supervision des Supervisors oder der Intervention.

Auf den verschiedenen Ebenen zeigen sich verschiedene Machtgefälle, aber auch Dynamiken verschiedener Netzwerke.

Die Komplexität des Supervisionsprozesses wird veranschaulicht in dem von Holloway (1995) publizierten und später von Petzold (1998) erweiterten SAS-Modell (System Approach to Supervision) mit 15 verschiedenen Variablen. Diese beschreiben die Faktoren, die Funktionen und Aufgaben der Supervision und beziehen sie gleichzeitig auf die Dimensionen von Kontinuum und Kontext. Holloway kommt mit ihrem mehrdimensionalen didaktischen Modell dem integrativen Denken zwar näher als andere amerikanische Supervisionstraditionen, doch es fehlt die soziologische, psychologische, philosophische und politische Orientierung.

- Die Integrative Supervision ergänzt sie und bezieht deshalb 3 Dimensionen ein:
- 1) Die Dimension von Supervision als kritische und anwendungsbezogene *Sozialwissenschaft*, die sich auf die Psychologie, die Sozialpsychologie und die Soziologie gründet, wobei die Praxeologie zur Verbesserung der Effektivität in der Praxis beitragen soll.
  - 2) Die Dimension von Supervision als *Metadisziplin* für angewandte Human-, Organisations- und Sozialwissenschaften, die mit ihrem Fokus auf den „Diskurs über Praxis“ eine mehrperspektivische, exzentrische Betrachtung ermöglicht und ebenso die Analyse und Beratung von sozioökologischen Realitäten auf mehreren Ebenen („Meta Consulting“).
  - 3) Die Dimension von Supervision als philosophisch fundierte und politisch engagierte *Interventionsdisziplin* zur Gestaltung persönlicher, zwischenmenschlicher und gesellschaftlicher Wirklichkeit, die dazu beiträgt Hominität, Humanität, persönliche Souveränität und fundierte Intersubjektivität zu entwickeln. Dabei wird davon ausgegangen, dass Einsichten in die Lebensprozesse immer in Änderung begriffen sind (Petzold 1998, 4ff.).

Dem zugrunde liegt das wichtigste Konzept der Integrativen Therapie und Supervision, das der *Ko-Respondenz* (Petzold 1991e). Die Ko-Respondenz ist Grundlage aller zwischenmenschlichen Aktivitäten und beruht auf der gegenseitigen Anerkennung subjektiver Integrität und Anerkennung der prinzipiellen Ko-Existenz alles Lebendigen. Das Ziel von Ko-Respondenz ist die Erreichung von Konsens, der Konsensgemeinschaften eine Grundlage für Zusammenarbeit gibt, auch wenn es nur um einen Konsens über Uneinigkeit geht. Eine missglückte Ko-Respondenz führt zu Entfremdung und Entstehung von Fronten.

#### *Internationale und norwegische Literatur zur Supervision von Musiktherapeuten*

Den umfassendsten internationalen Beitrag zur Literatur finden man in Forinash's Buch „Music Therapy Supervision“ (2001) mit Artikeln von anerkannten Musiktherapeuten aus den USA und Europa. Hier wird deutlich unterschieden zwischen vorprofessioneller und berufsbegleitender Supervision. Das Spektrum reicht von psychoanalytischer Supervision (Ahonen-Eerikainen) bis zur verhaltenstherapeutisch inspirierten „Meisterlehre“ (Bruscia). Es werden auch Formen von „Peer Supervision“ präsentiert (Barrata). Auch wird der aktive Gebrauch von Musik als Technik in der Supervision für MusiktherapeutInnen beschrieben (Langdon) sowie die Forderung nach Feldkompetenz.

Die differenzierteste Methode für Supervision für Musiktherapeuten fanden wir bei Isabelle Frohne-Hagemann (1999, 2001), die sich dabei auf die übergeordneten Theorien der Integrativen Therapie und der Integrativen Supervision stützt. Es ist eine ausgeprägte Form von Supervision für praktizierende MusiktherapeutInnen (professional supervision) und musiktherapeutische Techniken sind ein integrierter Teil davon. Die Gruppenkonstellation trägt dazu bei, dem jeweiligen Teilnehmer eine vielseitige Resonanz vor dem Hintergrund von Mehrperspektivität und Exzentrizität zu geben.

Einige der zentralen Fragen, die sich Frohne-Hagemann (in Forinash 2001) für die Supervision stellt, gleichen denen, die unserer Untersuchung zu Grunde liegen. Sie reflektieren im Rahmen der Supervision den Prozess und die jeweiligen Problemstellungen, z. B.:

- In welchem Feld arbeitet der Musiktherapeut?
- Mit wem/mit welchen Berufsgruppen wird zusammengearbeitet?
- In welcher theoretischen Tradition steht der Supervisor?
- Wie sieht die „social world“ des Klienten aus?

Frohne-Hagemann stützt sich hinsichtlich der musiktherapeutischen Gruppensupervision auf folgende Perspektiven der Integrativen Supervision:

**Die phänomenologische Perspektive:** Phänomene müssen in deren Umgebung wahrgenommen werden und man darf dabei nicht vergessen, ja man muss davon ausgehen, dass jede Perzeption auch zugleich eine Deutung ist.

**Die hermeneutische Perspektive:** wir verstehen sinnvolles, gemeinsames Handeln in einer Relation, die von einer zirkulären Bewegung gekennzeichnet ist, d. h. von den verschiedenen Phänomenen zum Kontext, und die von einer geteilten „Hominität“ (Petzold 2003) getragen wird.

**Die bewertende Perspektive:** nimmt Rücksicht auf die ethischen und politischen Dimensionen und die Notwendigkeit, auf mehreren Ebenen zu reflektieren. Hier sind auch verschiedene ethische Standpunkte möglich, denn eine plurale ethische Realität ist notwendig, um ethische Monokulturen, die in Gefahr stehen, dogmatisch oder fundamentalistisch zu werden, zu vermeiden (Petzold, 1998).

**Die handlungsorientierte Perspektive:** Interventionen und Techniken, die gewählt werden, um Veränderung von Situationen (changing reality) oder Systemen (models of reality) zu initiieren.

Wir untersuchten ferner vier norwegische Examensarbeiten im Hauptfach Musiktherapie (etwas umfangreicher als ein Master), die das Thema Supervision/veiledning aufgreifen (Isene 1997, Strand Frisk 1997, Sæther R. 1998, Arnesen 2005). Alle haben gemeinsam, dass sie sich auf das pädagogische Feld beziehen. In diesen Arbeiten wird davon ausgegangen, dass ein Musiktherapeut auf Grund seiner improvisatorischen und kommunikativen Fähigkeiten auch ohne eine eigene Supervisionsausbildung ein geeigneter Berater sein kann, eine leider recht verbreitete Haltung in kreativtherapeutischen Feldern, wo ältere erfahrene Praktiker, zumeist auch Lehrtherapeutinnen nach dem Anciennitätsprinzip (elder statesman) als Berater für Eltern und für Mitarbeiter aus anderen Berufen (Physiotherapeuten, Lehrer, Sozialarbeiter, usw.) oder bei der eigenen Berufsgruppe eingesetzt werden bzw. einfach diese Funktionen übernehmen, weil sie eine gewisse Reputation und Definitionsmacht haben. Das Anciennitätsprinzip ist eine Praxis, die auf Grund der hohen Anforderungen an sozialpsychologischem, supervisionstheoretischem und supervisionsinterventivem Wissen, die für gute Supervision erforderlich sind, nicht zu empfehlen und auch nicht

zu rechtfertigen ist. Andererseits ist die Alternative, dass fach- und feldfremde Supervisoren (Psychologen, Ärzte, Sozialberufler mit Supervisionsausbildung) Musik- oder KunsttherapeutInnen supervidieren, auch keine Lösung, weil die „Kundinnen“ Fachkompetenz erwarten. Der beste Weg scheint da zu sein, wo sich „professionals“ eine Doppelkompetenz erwerben: die Musiktherapeutin eine Supervisionsausbildung (der Weg, den wir gewählt haben), der sozialarbeiterische Supervisor eine Musiktherapieausbildung. Die Form der supervisorischen Beratung durch nicht spezifisch ausgebildete MusiktherapeutInnen basiert größtenteils auf dem Modellernen (sensu Bandura in Petzold 1998, 138), das die Musiktherapeuten von ihrer Ausbildung her kennen.

In einer Dissertation über Musiktherapie mit Anorexielklienten (Trondalen 2004) wird die Wichtigkeit der Supervision für den Musiktherapeuten hervorgehoben, aber nicht weiter problematisiert, weder im Verhältnis zu den Klienten noch im Sinne einer Beschreibung der konkreten Wirkmittel der Supervision für den Therapeuten und für den Klienten.

Eine Zusammenfassung von Forschungsprojekten im Feld der Psychologie findet man in Rønnestad und Reichelt (1999). Allerdings handelt es sich zum Großteil um Psychologiestudenten im Praktikum. Wir haben diese Texte hier trotzdem einbezogen, weil sie gründlich dargestellte Forschung im Bereich der Supervision bieten und viele der Fragen aufgreifen, die sich auch in unserer Studie finden. Die meisten Projekte basieren auf Fragebögen und Interviews. Die von uns vorgefundenen Supervisionsmodelle gründeten nicht auf Erfahrungen in der Praxis (Empirie) und die Forschungsberichte haben bisher auch wenig offen gemacht, was in der untersuchten Supervision eigentlich vor sich geht. Aber es gibt mehrere Aussagen darüber, wie die Supervision eingeschätzt wird und was man von ihr erwartet.

Vorherrschend war die Erwartung, dass ein Supervisor ein guter Zuhörer und nicht instruierend sein soll. Der supervisierte Student sei „Experte“ seiner eigenen beruflichen Entwicklung. Allerdings wurde auch darauf hingewiesen, dass unaufgeklärte Machtverhältnisse oder nicht explizit gemachte Theorien die Entwicklung der Selbständigkeit hindern und unklare Rollenverhältnisse schaffen. Es wird ebenso darauf hingewiesen, dass wenig Fokus auf die Gender-Problematik gelegt wird, ein Resultat, das wir auch in unserer Studie bestätigt finden.

### *Erfahrungen, soziale Repräsentationen und social world*

„Erfahrungen“, „soziale Repräsentationen“ und „social worlds“ sind drei zentrale Konzepte, die unserer Studie zu Grunde lagen. *Erfahrungen* werden definiert im Sinne der *hermeneutischen Spirale* (wahrnehmen, erfassen, verstehen, erklären, vgl. (Petzold 1993a, 489ff., 1998a, 111f., 2003a, 162ff.)). *Erwartungen* werden interpretiert mit Hilfe des Konzeptes der *sozialen Repräsentationen* von Moscovici (1984) in der weiterführenden Adaptierung von Petzold:

*A social representation: a system of values and practices with a twofold function: first, to establish an order which will enable individuals to orient themselves in their material and*

*social world and to master it; secondly to enable communication to take place among the members of a community by providing them with a code for social exchange and a code for naming and classifying unambiguously the various aspects of their world and their individual group history* (Moscovici 1984 in Petzold 2002b).

Dieses wichtige Konzept wird in der Sozialpsychologie noch einfacher definiert:

A collective belief that is shared among many members of a society (e.g., concerning science, religion, individualism) and which involves both the representation and the transformation of knowledge (Fincham und Hewstone in Stroebe und Hewstone 2001).

Petzold (2002b) hat dieses Konzept weiterentwickelt im Sinne *komplexer sozialer Repräsentationen* und die Dimensionen: *kollektive Emotionen*, *kollektiver Wille (Volition)* und *kollektive Performanz* hinzugefügt. *Soziale Repräsentationen* sind (häufig) unbewusste Ideen innerhalb von Gruppen von Menschen, die auf diese Einfluss ausüben. Die Repräsentationen können sogar materielle Objekte sein und in der Art, wie sie gebraucht werden, in unser Denken und unser Tun eingewoben sein. Sie sind so sehr Teil unseres Alltags, dass sie normalerweise nicht wahrgenommen werden. Es ist dabei wichtig zu verstehen, dass diese Repräsentationen im sozialkonstruktivistischen Sinne „soziale Konstrukte über Realität“ sind. Das Konzept der *sozialen Repräsentationen* wird heute zur Analyse von Annahmen und Werten in *professional communities* oder in Disziplinen gebraucht wie z. B. der Psychologie (Carlquist 2005).

Für die Untersuchung der *professional community* der Musiktherapeuten in Norwegen ist Strauss' Konzept der *social world* (Strauss 1978 in Petzold 2002) von großer Relevanz.

*„With social world I understand a perspective on the world shared by a social group, a „world view“ (with its belief system, values and basic assumptions on micro or meso level), that gives a world way of looking on macro and mega level. Social worlds on macro level, like a spirit of the time will influence the micro and meso level in ways that either are confirming – one agrees – or divergent – one disagrees / goes against the streams of the time spirit. Social worlds are formed through narrator- and conversation fellowships in processes of collective interpretations, eg. hermeneutics“ (Strauss 1978 in Petzold 2002).*

In der Supervision sehen sowohl SupervisorIn wie SupervisandIn ein Phänomen immer mit den Augen der jeweiligen sozialen Repräsentationen ihrer Berufsgruppen, ihrer *scientific community* oder ihrer Institution (Petzold 2002b). Berufsgemeinschaften formen kollektive Weisen des Verstehens, was man dann eine „*social world*“ nennen kann. Eine Gruppe von Menschen, die eine bestimmte Profession ausüben, bildet eine *professional community*, präsentiert gemeinsame Interessen, identifiziert sich mit Normen, Regeln und Organisationsformen der Profession. Für jede Supervision ist die Kenntnis solcher kollektiver Muster wichtig und es ist höchst befremdlich, dass in der supervisorischen Literatur auf diese sozialpsychologischen Forschungen und Theorien kein Bezug genommen wird. Durch solche

sozialen Repräsentationen entwickeln Berufstätige ein professionelles Bewusstsein, z. B. „wir Musiktherapeuten“. Individuelle Berufsidentität ist abhängig von der Klarheit der ganzen Berufsgruppe, vom Grad der Organisiertheit, des Konsensus, der Art und Weise wie Interessen, Ziele, Werte und Konzepte verfolgt werden. Die Gruppe ist auch abhängig von Macht, gesichert durch Wissen, Kapital, Einfluss und Tradition. Der Grad der Gruppenidentität wiederum steht im Zusammenhang mit der Präsenz als einer kommerziellen Kraft im Markt (Petzold 1998).

### *Diskurse im Feld der norwegischen Musiktherapie*

Wir untersuchten die Literatur der wichtigsten und einflussreichsten Theoretiker im Feld im Hinblick auf das Konzept der „sozialen Repräsentationen“, wobei wir auch unsere eigenen Erfahrungen als Musiktherapeuten in Norwegen (Teilnehmer im Feld) reflektierten. Im Rahmen dieser Studie ist es jedoch nicht möglich, eine vollständige Übersicht und Vertiefung in dieses Thema darzulegen. Die Ergebnisse der Fragebogenuntersuchung sollen hier hinsichtlich des weiteren Kontextes betrachtet werden. Das Konzept der „Social representations“ wird verwendet, um die kritische und exzentrische Reflexion oder einen Metadiskurs auch in anderen Feldern, z. B. der Psychologie (Carlquist 2005) anzuregen.

Eine exzentrische Sicht ist in der norwegischen Musiktherapieliteratur nicht ungewöhnlich. Wir finden sie bei Ruud (1980), Ruud und Mahns (1992). Aasgard und Trondalen (2004) und Stige (2002, 2003, 2006). Kristiansen (2003) diskutiert das Thema „Sind wir modern?“ in Bezug zur Ideengeschichte als Modernismus, Postmodernismus und A-Modernismus. Hier wird eine weite Metaperspektive eingesetzt. Schon seit den Anfängen der Musiktherapie in Norwegen war es üblich, die Hintergrundtheorien der verschiedenen Verfahren der Musiktherapie zu studieren sowie deren Referenzwissenschaften (historisch-philosophische Disziplinen wie Musikologie, Pädagogik, Psychologie, Sozialwissenschaften, Medizin, Neuropsychologie und Biologie). 1978 wurde das erste Ausbildungsprogramm am Musikkonservatorium in Oslo gestartet und zehn Jahre später begann ein weiteres an der Hochschule in Sandane (an der Westküste). Es war ein Anliegen, dass die Studenten einen Beruf erlernen sollten, den sie später in Anstellungen praktizieren konnten. Indem auf diese Weise immer eine *multiperspektivische* Orientierung gegeben wurde, in der man offen gegenüber den verschiedenen Richtungen von Musiktherapie in anderen Ländern war, hatte man eine Basis für eine „freundliche“ Diskurskultur gelegt, die auch heute noch die Norm ist.

Andere wichtige Einflüsse auf die Entwicklung von Theorie waren die verschiedenen Praxisfelder, in denen Musiktherapeuten in urbanen und ruralen Gebieten arbeiteten. Diese Erfahrungen haben zu den Konzepten der „Community Music Therapy“ und der „Culture Centered Music Therapy“ geführt, und dabei stark zu einem internationalen gegenseitigen Verstehen beigetragen.

Der Kontext der pädagogischen Institutionen war ein anderer Faktor zur Theoriebildung in der Musiktherapie. Die Ausbildung von Musikern war anfänglich pädagogisch-praktisch orientiert. Die moderne Musikwissenschaft, eine mehr aka-

demische Disziplin, fokussiert auf das Musicing (Musik mehr als Aktivität denn als ein Kunstwerk), auf *musics* und deren situativen und kontextuellen Perspektiven.

Die Einflüsse der Heilpädagogik und in den letzteren Jahren die des Gesundheitssektors und der medizinischen Fakultäten spielen eine weniger große Rolle. Dies hat auch damit zu tun, dass viele Musiktherapeuten in Norwegen eine pädagogische Erstausbildung hatten (Lehrer, Kindergärtner, Musikpädagoge). Das zeigt auch unser Datenmaterial deutlich. Viele Musiktherapeuten finden Anstellungen an verschiedenen Schultypen.

Der Einfluss der norwegischen sozialdemokratischen Werte zeigt sich vor allem in einem egalitären Denken: die Musiktherapie stützt sich mehr oder weniger auf die Idee der Emanzipation (Musik für alle, in allen Phasen des Lebens). Andererseits ist das Feld der Musiktherapie beeinflusst von der in der norwegischen Gesellschaft vorherrschenden Tendenz, Konflikte zu vermeiden und Harmonie zu schaffen – eine sehr starke „*soziale Repräsentation*“ auf der Makroebene, die bis in die Mikroebene von Supervisions- und Therapiegruppen durchschlägt.

Die Hauptorientierung gilt den Themen Ressourcen, Salutogenese und Empowerment. Andere wichtige Konzepte behandeln die Themen Improvisation und Beziehung in Verbindung mit Entwicklungspsychologie und der Inter-subjektivitätstheorie im Sinne Sterns und Trewarthens. Ein Interesse für psychoanalytische Theorien findet man im Unterschied zu anderen nordischen Ländern, wie etwa Finnland, kaum. Jedoch finden sich in der Literatur psychodynamische Theorien mit Hinweisen z. B. auf Winnicott. Beiträge zur kritischen und feministischen Theorie finden sich in geringerem Umfang.

In der letzten Zeit drehen sich die Diskussionen um das Verhältnis zwischen Musiktherapie und Musik und Gesundheit. Musiktherapie fokussiert hauptsächlich auf das Individuum, dessen persönliche Entwicklung, die auch spirituelle Aspekte einbeziehen kann, während der Blick auf Gesundheit eine breitere Perspektive gibt und eine größere Selbstverständlichkeit für die Zusammenarbeit im Feld der Medizin hat, besonders innerhalb somatischer Institutionen.

Die Musiktherapie im Sinne von Psychotherapie hielt sich bisher eher im Hintergrund und ist jetzt als Teil der sich rasch verbreitenden „Bonny Method of Guided Imagery and Music“ (BMGIM) mehr in den Vordergrund getreten. Auch Einflüsse von Integrativer Therapie und Psychodrama verbreiten sich sowie Kenntnisse und Erfahrungen aus dem Feld der Psychiatrie.

Musiktherapeuten in Norwegen waren trotz der kleinen Anzahl sehr aktiv und erfolgreich in ihrer akademischen Entwicklung. Heute gibt es zwei Masterprogramme, eines an der Musikhochschule in Oslo und das andere an der kürzlich etablierten Ausbildung an der Universität in Bergen, „Griegakademie“, und es gibt schon sechs Musiktherapeuten die zum Doktor in Musiktherapie promoviert haben. In Norwegen wurde 1991 zum ersten Mal die Nordische Musiktherapiekonferenz durchgeführt, und es wird hierzulande eine norwegische und eine internationale, englischsprachige Fachzeitschrift herausgegeben. Auch die sich an das internationale Publikum wendende Internetzeitschrift „Voices“ hat

ihre Basis in Norwegen. Ferner sind die in Norwegen ausgebildeten Musiktherapeuten in internationalen Konferenzen und in der internationalen Literatur stark vertreten.

Bis heute ist die qualitative Forschung vorherrschend, außer einiger weniger Studien mit einem kombinierten Design, wie die vorliegende.

## Methoden

Unsere Fragebogenuntersuchung basiert hauptsächlich auf einem phänomenologisch-hermeneutischen philosophischen Ansatz mit qualitativem Forschungsparadigma. Jedoch wurden auch quantitative Methoden einbezogen, als *integratives* oder *sophisticated Design* bezeichnet (Steffan, Petzold 2001). Die zugrunde liegenden Konzepte sind die der phänomenologischen und hermeneutischen Spirale (Petzold 1993a, 489) und des „Tree of Science“ für Supervision (Petzold 1998a).

Unser von der schweizerischen Multicenterstudie (Gottfried et al, 2003) inspirierter Fragebogen, wurde ins Norwegische übersetzt und später auf Grund einer Pilotstudie, die von einer Gruppe von fünf erfahrenen Musiktherapeutenkollegen durchgeführt wurde, den norwegischen Verhältnissen angepasst. Um die Studien vergleichen zu können, wurden allerdings die meisten Fragen in ihrer ursprünglichen Form behalten und die Veränderungen als zusätzliche Fragen geformt. Die Angaben zur Person, Teil I, sowie die Fragen zur Organisation von Supervision mussten ebenfalls angepasst werden.

Der Fragebogen wurde an 240 Musiktherapeuten mit einem Begleitbrief und einem Retourkuvert geschickt, 104 wurden retourniert, 87 davon konnten für die Studie verwendet werden. Die restlichen waren nicht oder sehr mangelhaft ausgefüllt worden. Das kombinierte Design der Studie enthielt sowohl offene Fragen (qualitativ), die mit freien Texten beantwortet werden konnten, wie auch quantitative Fragen, bei denen durch Ankreuzen Stellung bezogen wurde. Die qualitativen und quantitativen Fragen ergänzten einander und konnten auf interne Reliabilität überprüft werden.

Im ersten Teil wurden personenbezogene Daten erfragt (Alter, Geschlecht, Ausbildung, Anzahl Berufsjahre, Arbeitsfeld), im zweiten Teil wurden Fragen zum Setting der Supervision (Supervisionsart, Frequenz, Dauer) sowie zur Supervisorin/zum Supervisor gestellt. Weiters gab es Fragen zum Nutzen der Supervision sowie zu den positiven und negativen Erfahrungen. Die Fragen zu den Punkten 4a–4g galten den Erwartungen an die Supervision, die Supervisorin/den Supervisor, sowie den Erwartungen bezüglich protektive Faktoren bzw. Befürchtungen von potentiellen Nebenwirkungen. Zum Schluss gab es noch zwei Fragen (5a und 5b), welche die speziellen Erfahrungen der Musiktherapeuten mit Supervision berücksichtigte. Die Antworten auf die qualitativen Fragen wurden nach ausgiebiger Analyse inhaltlich geordnet und Kategorien zugeordnet (Inhaltsanalyse/content analysis nach Robson, 2002). Damit entstanden sinnvolle Einheiten, die weiterbearbeitet werden konnten.

Die Fragebogenuntersuchung wurde vor Aussendung der Fragebogen der staatlichen Datenschutzstelle gemeldet und die Untersuchung wurde gemäß deren Empfehlungen durchgeführt. Die Anonymität der Teilnehmer ist in der Veröffentlichung gesichert. Die Daten wurden mit Excel und teilweise mit SPSS verarbeitet. Die Zahlengrundlage war teilweise zu klein, um statistische Tests durchzuführen. Die meisten Fragebogen waren unvollständig ausgefüllt und es können daher keine Aussagen gemacht werden, die repräsentativ für alle Musiktherapeuten in Norwegen sind. Doch in gewissen Tendenzen, die sich abzeichneten, werden sich die meisten wieder erkennen.

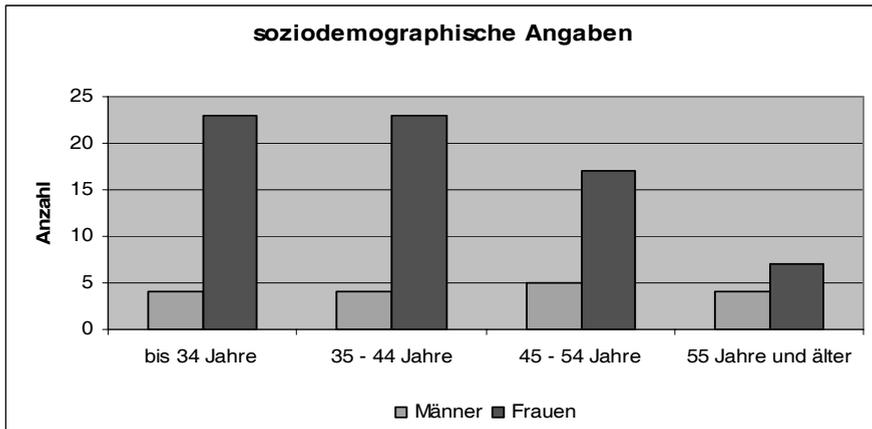
Ein Teil dieser Studie galt einer Reflexion über die Ko-Respondenz des Forschungs- und Schreibprozesses der Verfasser. Dieser wird als inspirierend und positiv bewertet, in gutem *Konflux*, dem Zusammenfließen von emotionalen, motivationalen und volitionalen Impulsen mit *Ko-Kreativitet*, dem Zusammenwirken von kreativen und spontanen Kräften und *Koiterationen*, d.h. das gemeinsame mehrfache Durchlaufen von kognitiven Lösungswegen (Petzold 1998a). Wir haben auch in der Analyse der eigenen *professional community* unsere Doppelrollen als Forscher/Observatoren und Teilnehmer im Feld reflektiert indem wir versuchten, exzentrische Perspektiven einzunehmen, gleichzeitig aber den Respekt für Kollegen zu bewahren. Die intensive Begleitung dieses Forschungsprojektes durch den uns in all seinen Stadien betreuenden Dozenten, der auch unser Supervision-sausbilder war, hat diese immer wieder notwendige Distanznahme wesentlich gefördert.

## Ergebnisse und Diskussion

### *Soziodemographische Angaben*

Die Rücklaufquote für den Fragebogen betrug ca. 43 %, wobei ca. 35 % (=87) der Fragebögen für die Untersuchung ausreichend ausgefüllt waren. Das ist ein guter und repräsentativer Rücklauf. Der Grund, warum so viele der 240 Angesprochenen nicht an der Studie mitgewirkt haben, mag daran liegen, dass nur ein geringer Anteil der Musiktherapeuten in Norwegen Supervision bekommt, was auch in einigen der nicht auswertbaren, retournierten Fragebögen mitgeteilt wurde. Retrospektiv gesehen hätten wir einen Zweitbogen für KollegInnen ohne Supervisionserfahrung beilegen können.

In Bezug auf Geschlecht und Alter (Figur 1) bekamen wir ein realistisches Bild: ¼ der Teilnehmenden sind Männer und das Durchschnittsalter ist 41,5 Jahre.



Figur 1

Die meisten Musiktherapeuten arbeiten in mehr als einem Feld (57% in mindestens drei Feldern). Sie arbeiten mit verschiedenen Klientengruppen und Diagnosen und für verschiedene Arbeitgeber (Institution, Schule, Privat, Verein, usw.). Wir gaben den Antwortenden die Möglichkeit, sich sowohl diagnosenorientiert als auch altersgruppenorientiert einzuordnen. Das Feld konnte beschrieben werden nach der Art der Arbeit, dem Alter der Klienten und den Arbeitskollegen der Musiktherapeuten. An manchen Arbeitsplätzen wird sehr heterogen gearbeitet und es war nicht einfach, eine Zuordnung zu finden, die für die Antwortenden passte. Die ursprüngliche Aufteilung, die im Fragebogen präsentiert wurde, wurde später zu größeren Gruppen umgeformt, da die große Anzahl der Felder dazu führte, dass teils sehr kleine Gruppen auftraten oder auch nur Einzelantworten kamen (Tabelle 1).

Das Feld der *Psychiatrie* und das der *Altenpflege* waren am einfachsten voneinander abzugrenzen. In der Gruppe „*Kinder und Jugendliche*“ arbeiten Musiktherapeuten hauptsächlich an Schulen (mit Diagnosen von psychischer und physischer Behinderung bis Verhaltensstörungen), aber auch in der Palliativarbeit in Krankenhäusern. In den verschiedenen Altersgruppen bei Kindern und Jugendlichen ist das Angebot oft ein Teil des individuellen Unterrichtsangebotes und daher hauptsächlich pädagogisch orientiert. Die Kategorie „*Erwachsene*“ umfasst Menschen mit physischen und psychischen Behinderungen und Klienten mit leichteren Verhaltensstörungen. Diese bekommen ihre Musiktherapie oft außerhalb der Institutionen im Zuge der Integrierung in die Gemeinden. Die Gruppe „*Freizeit und Kultur*“ arbeitet entweder an Musik- und Kulturschulen<sup>4</sup> oder mit einzelnen Projekten, an denen oft alle Altersgruppen mit verschiedenen Behinderungen beteiligt sind. In der Gruppe „*Andere*“ finden sich Musiktherapeuten, die in der Drogenarbeit oder in der Rehabilitation von Kriminellen arbeiten. Das Angebot kann sowohl durch eine Institution als auch privat organisiert sein. Es kann hier sehr wohl Überschneidungen geben, doch gibt die von uns vorgenommene Einteilung

den Musiktherapeuten, die diese Studie lesen, nützliche Information über die Arbeitssituation in Norwegen. Im Durchschnitt haben die Antwortenden 9 Jahre als Musiktherapeuten gearbeitet.

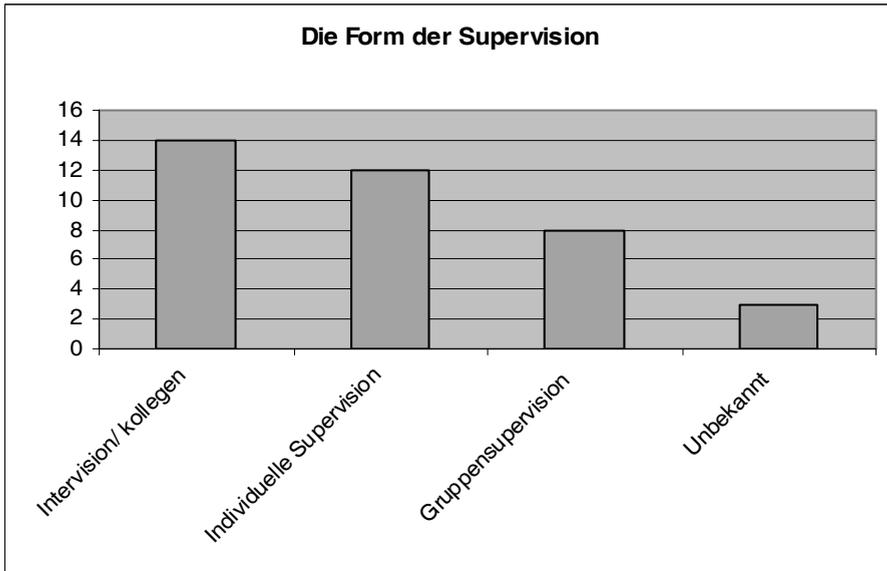
*Tabelle 1*

<b>Die verschiedenen Arbeitsfelder der Musiktherapeuten</b>		
<b>Arbeitsfeld</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
Psychiatrie, alle	47	19 %
Altenpflege	23	9 %
Kinder und Jugendliche	75	30 %
Erwachsene	46	18 %
Freizeit und Kultur	34	13 %
Andere	27	11 %
<b>Anzahl angegebene Arbeitsfelder</b>	<b>252</b>	<b>100 %</b>
Ein Arbeitsfeld	17	20 %
Zwei Arbeitsfelder	20	23 %
Drei oder mehrere Arbeitsfelder	50	57 %
<b>Summe</b>	<b>87</b>	<b>100 %</b>

### **Verbreitung und Form von Supervision**

Es überrascht nicht, dass Supervision von Musiktherapeuten in Norwegen in nur geringem Maße in Anspruch genommen wird. 58 der Befragten geben an, keine verpflichtende Supervision zu haben. 27 antworten mit Ja, davon nehmen 24 die Supervision freiwillig wahr, also ohne dass diese vom Arbeitsgeber verlangt wird. Die Frage nach der Anzahl Stunden ist in dieser Studie ausgeweitet auf: „Wie viele Supervisionen hatten Sie im Laufe ihrer Karriere als Musiktherapeut?“. Diese Frage wurde von 28 nicht beantwortet. 26 Personen hatten 10 oder weniger, 23 Personen zwischen 10 und 50, und 10 Personen über 50 (zwischen 50–250) Sitzungen Supervision. Es sind also nur 33 Personen, die zum Untersuchungszeitpunkt ausgedehntere Erfahrung mit Supervision gemacht haben.

Wie erwartet, findet Supervision hauptsächlich als „kollegaveiledning“, als Interventionsgruppen von Kollegen ohne professionellen Supervisor, statt (Figur 2). Diese Form ist theoretisch gut entwickelt und wird besonders in pädagogischen Berufen genutzt (Handal und Lauvås 1990). Sie wird häufig in der Literatur dargestellt und ist eine norwegische Eigenheit, basierend auf Bestrebungen nach Gleichwertigkeit. Die nachstehende Tabelle gibt an, wie viele Personen mit welcher Form von Supervision Erfahrung haben. Auch Mehrfachnennungen waren möglich. Die Team- oder Gruppensupervision ist wenig genutzt (nur 8 Angaben).



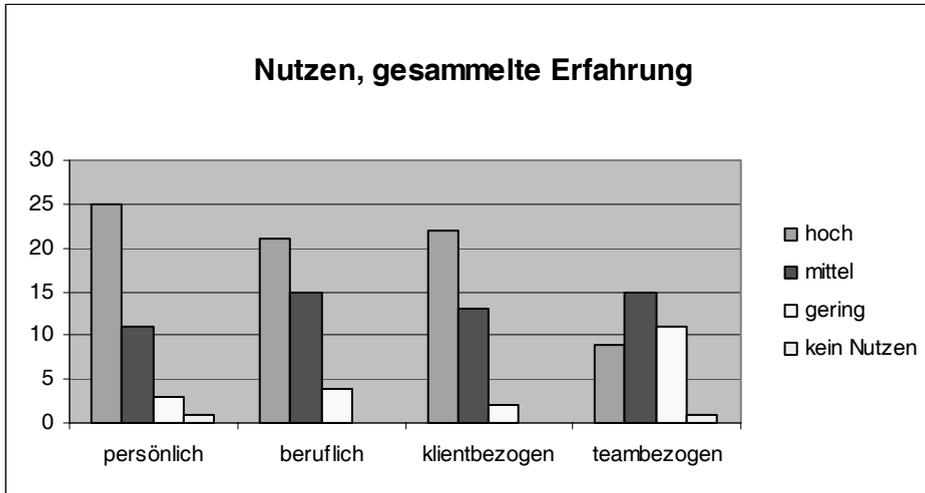
Figur 2

Im Fragebogen konnte auch angegeben werden, mit welcher musiktherapeutischen Form von Supervision man sowohl als Student als auch als Professioneller Erfahrung gemacht hat (Frage Nr. 5). 84 % haben hier geantwortet, wovon die meisten mit „Gesprächs-Supervision“ vertraut sind. Ca. 50 % hat Erfahrung mit Video- oder Tonbandanalysen, ca. 25 % mit Rollenspiel, doch nur wenige mit aktivem Musizieren in der Supervision oder mit Musikhören.

#### *Positive und negative Erfahrungen in der Supervision*

Nur ungefähr die Hälfte der Antwortenden (41) hat die Frage nach dem Nutzen und der positiven und negativen Erfahrungen konkret beantwortet. Hier fehlt es einem großen Teil der Befragten anscheinend an Erfahrung. Bei den Musiktherapeuten, die mit Supervision Erfahrung haben, zeigen die Resultate jedoch, dass der Nutzen hoch ist. Die Kategorie *kein Nutzen* wurde kaum genannt (Figur 3). Die Form, mit der die Untersuchungsteilnehmer am wenigsten zufrieden waren, betraf die teambezogene Supervision. Das ist allerdings auch die am wenigsten genutzte Form. Es kommt hier vielleicht auch zum Tragen, dass für diese schwierige Aufgabe keine ausgebildeten Supervisoren vorhanden waren. Die Erwartungen an Supervision hinsichtlich dessen, was „die Verbesserung der Arbeit im Team“ betrifft, sind nicht so hoch. Hier muss erwähnt werden, dass Musiktherapeuten außerhalb der Städte oft allein arbeiten müssen und keine Kollegen aus der eigenen Berufsgruppe haben. Sie sind meistens nicht Teilnehmer eines Supervisions- oder Arbeitsteams an einem Arbeitsplatz und das oft aus organisatorischen Gründen: die/der Musik-

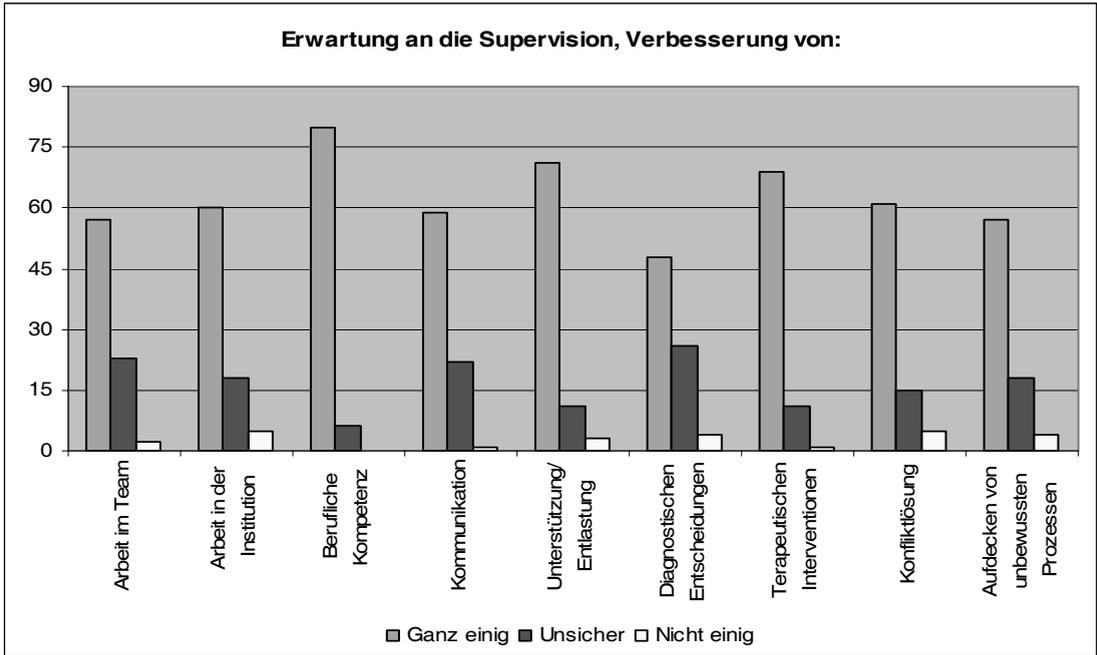
therapeutIn wirkt im Laufe einer Woche an mehreren Arbeitsplätzen. Die Erwartungen und Erfahrungen hängen also mit einer Wirklichkeit zusammen, von der man sich in absehbarer Zeit keine Veränderung erwartet.



Figur 3

### Erwartungen an die Supervision

Die hier angebotenen Items waren identisch mit denen der Schweizerischen Studie. Nur das Thema *Verbesserung von diagnostischen Entscheidungen* schaffte einige Unsicherheit (Figur 4). Wir können das darauf zurückführen, dass das Diagnostizieren im pädagogischen Feld weniger gefragt<sup>5</sup> ist, aber auch darauf, dass das Diagnostizieren oft negativ bewertet und häufig sogar als unproduktiv für die Musiktherapie angesehen wird. Ohnehin vermitteln die norwegischen Musiktherapieausbildungen wenig Wissen über Diagnosesysteme. Das sagt natürlich auch etwas über den klinischen Stand des Feldes aus, welches wenig „medizinialisiert“ ist. Die Erwartungen beziehen sich vorwiegend auf verbesserte Professionalität, Unterstützung/Entlastung und verbesserte therapeutische Interventionen. Diese Resultate werden auch von den Antworten bestätigt, die auf die offene Frage „Mit dem Begriff Supervision/veiledning verbinde ich...“ gegeben wurden (4a). Allerdings haben nur 65 % (57) der Antwortenden diese Frage beantwortet. Die meisten Aussagen betreffen die professionelle Weiterentwicklung (Reflexion, neue Kenntnisse, Erfahrungen, Rat, bessere Interventionen, etc.), aber auch den Wunsch nach Unterstützung. Die Antworten auf die offenen Fragen wurden mit Hilfe einer Inhaltsanalyse in die Kategorien Weiterbildung (36), Unterstützung (14), Ansprüche an Supervisor (12), Aufdeckend (12), Ex-Zentrität/Multiperspektivität (11), Rahmenfaktoren (8), Klientenfokus (8), Supervisandennutzen (7), Kommunikation (4) und Optimierung (2) eingeteilt. Überraschenderweise wurde das Thema Kommunikation selten berührt.



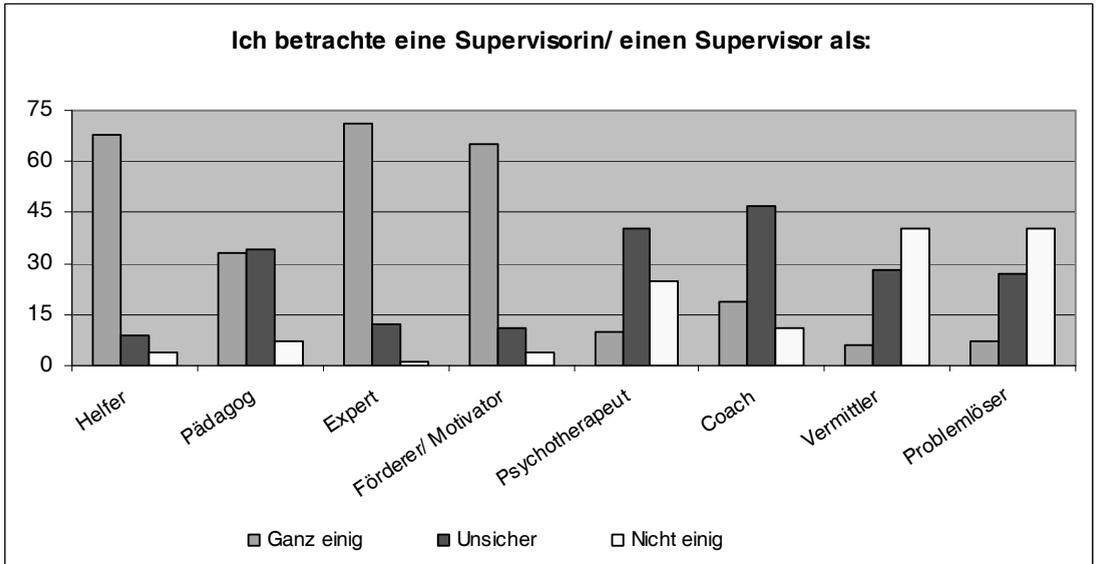
Figur 4

### Soziodemographische Angaben zu den SupervisorInnen

Da nur 26 der angeschriebenen Musiktherapeuten angaben, zur Zeit der Untersuchung (die letzten 12 Monate) Supervision zu nehmen, ist es hier nicht möglich, daraus generelle Aussagen abzuleiten. Auch wurden nicht alle Fragen von allen 26 Befragten beantwortet. Allerdings zeigen sich drei deutliche Tendenzen: 1) der Supervisor/die Supervisorin ist ca. 7 Jahre älter, 2) fast 2/3 der Supervisoren waren Männer, 3) 2/3 der Supervisoren (17) hatten eine Ausbildung als Psychologe, nur 9 waren Musiktherapeuten. Die an anderer Stelle im Fragebogen gefundenen Resultate, nach denen Alter oder Geschlecht keine wichtige Rolle spielen, scheinen nicht in dieses Bild zu passen. Man muss jedoch bedenken, dass es sich bei den 26 Befragten nur um die Gruppe handelt, die überhaupt in Supervision geht!

### Erwartete Eigenschaften einer Supervisorin, eines Supervisors

In einer dreistufigen Skala von *ganz einig* bis *nicht einig* wurde danach gefragt, welche Eigenschaften eine Supervisorin/ein Supervisor haben sollte (Figur 5). Hier waren insgesamt 8 Items zu beurteilen.



Figur 5

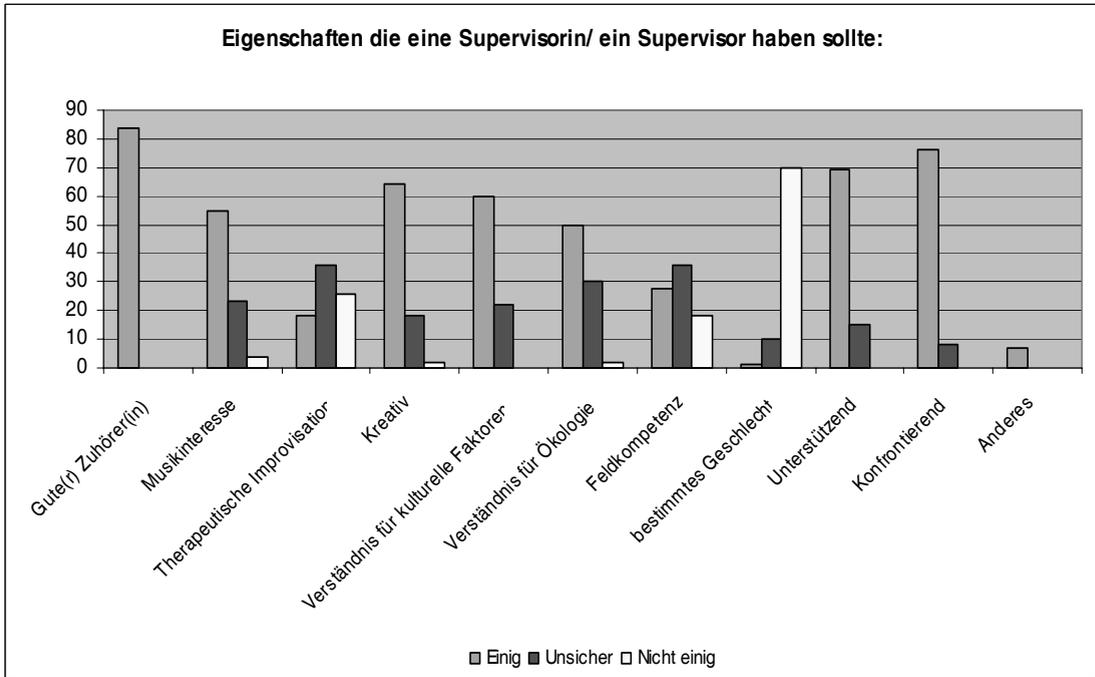
Es zeigen sich sehr deutliche Tendenzen: 81 % sind einig mit der *Expertenrolle* und 78 % wollen auch, dass eine Supervisorin/ein Supervisor ein *Helfer* ist und ein *Motivator* (74 %). Es wird hier deutlich, dass die Supervision helfen soll, die Fachlichkeit und den Arbeitseinsatz zu verbessern. Die Bezeichnung *Pädagoge* schafft eher Unsicherheit und wird hier wohl mit der behelrenden Rolle verbunden. Auch die Berufsbezeichnungen *Psychotherapeut* und *Coach* finden wenig Zustimmung. Wir haben den Eindruck, dass die Hauptrichtung der praktizierten Musiktherapie in Norwegen ressourcenorientiert ist und dass im Gegensatz dazu Psychotherapie mit Problemorientierung konnotiert wird. Der Begriff *Coach* ist unser Erachtens relativ unbekannt im Feld. Es zeigt sich eine relative Einigkeit, dass ein Supervisor weder *Vermittler* noch *Problemlöser* sein soll. Dem Aspekt der „Hilfe zur Selbsthilfe“ wurde hier nicht Raum gegeben, weshalb es kaum Zustimmungen gab.

Die Rückmeldungen der Pilotstudie führten dazu, dass eine zusätzliche Frage (5b) mit Eigenschaften, die wichtig für Musiktherapeuten sind, in das Schema eingefügt wurde.

Die Resultate zeigen hier mindestens drei signifikante Eigenschaften: gute ZuhörerIn zu sein sowie unterstützend und konfrontierend sein zu können. Das sind sehr persönliche Eigenschaften und unabhängig von anderen Kompetenzen (Figur 6). Musikinteresse, Kreativität, Verständnis für Kultur und Ökologie sind ebenfalls gewünscht. Therapeutische Improvisation als eine der wichtigsten Techniken innerhalb der Musiktherapie ebenso wie auch Feldkompetenz erscheint den

Befragten überraschenderweise nicht so wichtig für die Supervision. Es herrscht Einigkeit in der Aussage, dass das Geschlecht keine Rolle spielt.

Wir finden hier die deutlichsten „sozialen Repräsentationen“ im Feld der Musiktherapeuten in Norwegen.



Figur 6

### Erwartete protektive Faktoren und Risikofaktoren

Die Musiktherapeuten wurden danach gefragt, welche Risiken und Nebenwirkungen und welche protektive und präventive Anteile (4f.) die Supervision für sie selbst und für die Patienten beinhalten könnten (4g). Eine große Anzahl von Musiktherapeuten hat diese offenen Fragen nicht beantwortet. Wir nehmen an, dass diese Problemstellung wenig reflektiert wird. Die Antworten wurden mit Hilfe einer Inhaltsanalyse in Kategorien aufgeteilt. 42 MusiktherapeutInnen geben Risikofaktoren für sich selbst und 27 für ihre Klienten an. 48 beschrieben protektive und präventive Faktoren für sich selbst und 42 für ihre Klienten. Wir sehen daran, dass die Supervision sowohl für sie selbst als für die Klienten eher positiv eingeschätzt wird, dass aber die Risikobefürchtungen doch recht hoch sind.

## Risikofaktoren für den Supervisanden/die Supervisandin

1. zu großer Einfluss des Supervisors	12
2. Abhängigkeit	9
3. man wird nicht verstanden	6
4. Beratung in die falsche Richtung	5
5. zu wenig kritisch und herausfordernd	4
6. negative Fokussierung	4
7. Projektionen des Supervisors	4
8. Fehlende Kompetenz	4
9. Einseitigkeit	3
10. schlechte Relation	3
11. diverse	3

Am häufigsten findet sich die Vorstellung, dass der Einfluss der Supervisorin/des Supervisors die individuelle Entwicklung des Musiktherapeuten hindert und sogar Abhängigkeit schaffen kann. Einige MusiktherapeutInnen haben nicht erfahren, dass es Teil der Supervision sein kann, einen eigenen Stil zu finden. Dass man nicht verstanden wird, ist eine Kategorie, die die Wichtigkeit der guten Beziehung in der Supervision unterstreicht: man wird nicht ernst genommen, Respekt gegenüber Uneinigkeit fehlt, Gefühle können nicht geteilt werden. Man fürchtet auch die Gefahr, schlechter Beratung ausgesetzt zu sein (in die falsche Richtung geleitet zu werden).

## Risikofaktoren für den Klienten/die Klientin

1. Supervision schadet der Relation	8
2. Klienten werden übersehen, falsch interpretiert, führt zu Fehlinterventionen	7
3. Unsicherheit, die sich auf Klienten überträgt	4
4. Abhängigkeit	4
5. Fehlende Supervisions- und Feldkompetenz	4
6. Probleme mit Anonymität und Schweigepflicht	2

Die genannten Faktoren wurden von den Informanten eher spärlich und vage artikuliert. Die Supervision könne der Beziehung zum Klienten insofern schaden, als der Therapeut Interventionen lernt und anwendet, die unecht wirken und nicht direkt auf den Klienten und seine Situation eingehen. Da ein Supervisor den Klienten ja nicht persönlich kennt und sich von ihm nur aus einer einseitigen Beschreibung des Supervisanden heraus ein Bild machen muss, entsteht eine Abhängigkeit des Supervisors vom Therapeuten und Abhängigkeit des Therapeuten vom Supervisor, die vom Klienten wahrgenommen werden kann. Fehlende Kompetenz beim Supervisor wirkt sich nach Ansicht der Befragten negativ auf den Klienten aus, weil er schwache Fachlichkeit (schlechtes Handwerk) auf den Supervisanden überträgt.

Protektive, resp. präventive Faktoren für den Supervisanden/die Supervisandin

1. Unterstützung	32
2. Fachliche Entwicklung	25
3. Klärung, Transparenz	7
4. Exzentrizität, Multiperspektivität	5

Die Antworten waren hier eindeutiger und gingen öfters in die gleiche Richtung.

Diese Aussagen unterstützen die Resultate der quantitativen Fragen in Bezug auf Erwartungen zur Supervision. Da das Zahlenmaterial aber kleiner ist, kann nicht genau verglichen werden. Die Faktoren *Klärung* und *Exzentrizität, Multiperspektivität* weisen aber eine deutlich schwächere Nennung auf. Nur eine Person antwortete, dass „Verbesserung von Kommunikation“ ein möglicher protektiver Faktor sein kann.

Protektive, resp. präventive Faktoren für den Klienten/die Klientin

1. Fachliche und persönliche Entwicklung des Therapeuten wird gefördert	14
2. Besseres Verstehen beim Therapeuten	12
3. Verbesserte Relation zwischen Klient und Therapeut	10
4. Qualitätssicherung der Klientenarbeit	5
5. Dem Klienten wird bessere Unterstützung angeboten	3
6. Vorbeugen von Burnout beim Therapeuten	3
7. Verbesserte methodische Treffsicherheit	2

In vielen Antworten werden indirekte Vorteile für den Klienten gesehen, wenn der Therapeut an persönlicher Sicherheit gewinnt und sich dies auf den Klienten überträgt. Während unter den Risikofaktoren die Möglichkeit einer Verunsicherung genannt wird, wird hier vermehrt die Erwartung gesehen, dass Supervision die Klientenarbeit unterstützt und die Beziehung verbessert. Wenn Burnout beim Therapeuten vorgebeugt wird, garantiert das dem Klienten mehr Stabilität. Er/sie kann den Therapeuten/die Therapeutin länger/intensiver beanspruchen.

## Ausblick

Für diese Studie hätten wir uns gern eine größere Rücklaufquote gewünscht, vor allem, um ein aussagekräftiges Bild von der Erwartung der Musiktherapeuten an Supervision zu erhalten. Man kann sich fragen, welche Gründe zu der – unter sozialwissenschaftlichen Kriterien – zwar guten, für uns als engagierte Mitglieder des Feldes aber eher relativ schwach bewerteten Teilnahme geführt haben. Dies kann sowohl an der Zielgruppe wie an unserer Art der Annäherung liegen. Unabhängig davon sind wir indes sicher, dass die Untersuchung bei den Musiktherapeuten zu einer größeren Bewusstheit für Supervision für professionelle Helfer geführt hat.

Darauf weist das Echo hin, das unsere Resultate fanden, als sie im Juni 2006 an der Nordischen Musiktherapiekonferenz in Stockholm von uns präsentiert wurden. Wir wurden auch mit diesem Forschungsbeitrag zu einer Anthologie über „25 Jahre Musiktherapie in Norwegen“ eingeladen.

Musiktherapeuten in Norwegen verwenden Supervision in weit geringerem Ausmaße als uns dies aus anderen Ländern bekannt ist, in denen die Bedingungen dafür, die Theorienbildung und die Diskussionen zu diesem Thema weiter entwickelt und fortgeschritten sind.

Die Musiktherapeuten in Norwegen wünschen sich laut dieser Studie Supervision in erster Linie, um ihre *Fachkompetenz* zu erweitern, um zu besseren klientenorientierten Interventionen zu finden und um Unterstützung und Entlastung zu erhalten. Dafür erwartet man auch einen/eine kompetente/n SupervisorIn. Dazu zählen fachliche Qualifikationen, gute Helfereigenschaften, die Fähigkeit zu motivieren, zu konfrontieren und ein guter Zuhörer zu sein. Die Frage nach therapeutischer Kompetenz (z. B. eines Psychotherapeuten) wird nicht sonderlich befürwortet. Man ist auch uneinig, ob Supervision zur Verbesserung von Teamprozessen oder von Arbeitsabläufen in der Institution beitragen kann. Es herrscht jedoch eine gewisse Einigkeit zur Frage, ob Alter oder Geschlecht eine Rolle spielt. 80 % meinen dass das Geschlecht des Supervisors keine Rolle für die Supervision spiele. Das Alter, als Indikator für Lebenserfahrung, finden 37 % unwichtig. Ebenso schätzen 52 % Musiktherapeuten die Berufserfahrung (und damit auch Feldkompetenz) als begrenzt wichtig ein und 6 % für nicht wichtig.

Wir haben Supervision definiert, abgegrenzt und neue Dimensionen aufgezeigt und hoffen damit die Perspektive für das, *was* Supervision sein kann und *wie* sie am besten den Klienten und Therapeuten zu Nutze ist, zu erweitern. Vor allem ist es wichtig, die Supervision für Professionelle von der für die sich in der Ausbildung Befindlichen (Studenten), d. h. von Ausbildungssupervision zu unterscheiden. Das Bewusstsein darüber, dass es *soziale Repräsentationen* gibt, ist ein wichtiger Teil in der Supervision. Damit hoffen wir zum Standard von Supervision in Norwegen beitragen zu können. Dieser muss aber sowohl von den Musiktherapeuten wie von den Institutionen herausgefordert werden. Wir haben auch darauf hingewiesen, dass die Forschung innerhalb des Supervisionsfeldes noch in ihren Anfängen steckt und dass jeder Beitrag wieder neue Fragen aufwirft.

Wir sehen jetzt weiteren Forschungsbedarf auf folgenden Gebieten:

- Die Bedeutung der Beziehung zwischen SupervisorIn und SupervisandIn
- Umfang und Art von Supervision in den verschiedenen Arbeitsfeldern
- Die Bedürfnisse der Musiktherapeuten nach Supervision in den verschiedenen Phasen der Berufskarriere
- Die Bedeutung des Geschlechts in der Supervision
- Was geschieht in der Supervision in der Praxis?
- Die konkreten Erfahrungen mit ungleichen Formen von Supervision (Gruppe, Einzelsetting, „kollegiale Supervision“, Intervision, Gebrauch von Musik, usw.)

Diese Studie wird dazu beitragen, das Feld der Musiktherapie und der Supervision in der Musiktherapie weiterzuentwickeln und die Praxis und die Theorie des Feldes zu optimieren. Der Anstoß, der mit dieser Studie gegeben wurde, hat bisher schon Teile des Feldes in Bewegung gesetzt.

## Anmerkungen

- 1 Aus dem „Department für psychosoziale Medizin“ (Leitung: Prof. Dr. med. Anton Leitner, Krems, mailto: Leitner@Donau-Uni.ac.at), Master of Science Lehrgang „Supervision“ (wissenschaftl. Leitung: Univ.-Prof. Dr. H. G. Petzold), Donau-Universität Krems).
- 2 „Diplomstudiengang Supervision“, Faculty of Human Movement Sciences, Free University of Amsterdam und „Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit“, staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Düsseldorf, Hückeswagen mailto: forschung.eag@t-online.de, Information: <http://www.IntegrativeTherapie.de>).
- 3 Dem Text liegt Masterthese von Ruth Eckhoff und Silvia Breuss Gröndahl zur Erlangung des akademischen Grades „Master of Science (MSc)“ in „Supervision und Coaching“ am Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau- Universität Krems zugrunde.
- 4 Kulturschulen: 1997 wurde in Norwegen ein Gesetz herausgegeben, das allen Gemeinden auferlegte, eine Musik- und Kulturschule für ihre im schulpflichtigen Alter befindlichen Kinder und Jugendliche anzubieten. Dabei wurde das Angebot erweitert von reinen Musikaktivitäten auf Tanz, Kunst u. ä.
- 5 Es werden zwar Diagnosen wie ADHD, Autismus, Downs Syndrom u.a. wo die Symptome in den ersten Entwicklungsjahren schon observiert werden und später Legasthenie oder andere Lernprobleme die mit somatischen/ biologischen Schäden erklärt werden, an norwegischen Schulen häufig angewendet. Da es kaum mehr Spezialschulen gibt, sondern das Recht auf Integrierung an normalen Schulen besteht, und das Diagnostizieren nicht vom Personal an den Schulen vorgenommen wird, gibt es den „Pädagogisch-psychologischen Dienst“ in jeder Gemeinde wessen Fachpersonen die Diagnosen stellen. Das führt dann für jeden Einzelfall zu erhöhten ökonomischen Kompensationen für die Schulen.

## Literatur:

- Arnesen, M. T. (2005): Å lære i praksis, in *Musikkterapi*, nr. 1, 9–18, Oslo
- Aasgaard, T. (red.), (2006): *Musikk og helse*. Oslo
- Bandura, A., (1997): *Self-efficacy. The exercise of control*, New York
- Bjørklund, H. K., red., (2005): temanummer „Ideologi“, *Impuls*, Tidsskrift for Psykologi, 2005/03, Oslo

- Bruscia, K. (2001): A Model of Supervision Derived from Apprenticeship Training, in Forinash, M., 2001, *Music Therapy Supervision*, Gilsum, NH
- Carlquist, E., (2005): *Ideologibegrepet: Ulike tilnæringer*, in Impuls nr.3, 2005, ww.psykologi.uio.no/impuls
- Eklöf, L. et al, (2002): *Musikterapibhandledning? Musikterapibhandledarens verksambetsfelt och särskilda kompetenser*. Uppsats i handlerutbildning för musikterapeuter vt 2002, Stockholm
- Forinash, M., (2001), *Music Therapy Supervision*, Gilsum, NH
- Foucault, M., (1974): *Die Ordnung des Diskurses*, München
- Frisk R. S., (1997): *Sang i kommunikasjon med det svaktfungerende spedbarn*, hovedfagsoppgave i musikkvitenskap, Universitæt Oslo
- Frohne-Hagemann, I., (1999): Überlegungen zum Einsatz musiktherapeutischer Techniken in der Supervision und zur speziellen Supervision musiktherapeutischer Situationen und Prozesse, in: *Integrative Therapie*, (1999) 2–3, 167–186, Paderborn
- Frohne-Hagemann, I., (2001): Integrative Techniques in Professional Music Therapy Group Supervision, in Forinash, M., *Music Therapy Supervision*, Gilsum, NH
- Gottfried, K. et al, (2003): *Supervision in der Psychiatrie, eine Multicenterstudie (Schweiz)*, i Petzold, Supervision auf dem Prüfstand, Paderborn
- Holloway, E., (1995): *Clinical Supervision – A Systems Approach*, Sage Publications
- Holloway, E., (1998): *Supervision in psychosozialen Feldern*, Paderborn
- Isene I., (1997): *Musikkterapi og veiledning*, hovedfagsoppgave i musikkvitenskap, Universitæt in Oslo
- Johannessen, E., Kokkersvold, E., Vedeler, L., (1994), *Rådgivning, tradisjoner, teoretiske perspektiv og praksis*, Oslo
- Kristiansen, F. Aass, (2003): *Er vi moderne? Den norske musikkterapien i lys av den moderne kulturs fremvekst og utvikling*, Projektaufgabe in Musiktherapie, Norwegische Musikhochschule, Oslo
- Moscovici, S., (2000): *Social representations, explorations in social psychology*, New York
- Petzold, H. G., (1991a.) *Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 1: Klinische Philosophie*, Paderborn. Überarb. Neuauflage (2003a.)
- Petzold, H. G., 1991e. Das Ko-Respondenzmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik (1978c); in (1991a) 19–90; (2003a) 93–140
- Petzold, H. G., (1993), *Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie*, Band I, II und III. Paderborn
- Petzold, H. G., (1994): *Integratives und Differentielles Coaching – eine innovative Methodologie optimierungszentrierter Beratung zur Veränderung individueller und kollektiver mentaler Repräsentationen*. Vortrag auf der Zweiten Europäischen Tagung für Supervision „Coaching“, Bozen, Meran, veranstaltet von der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit.

- Petzold, H. G., (1996): *Diskurs und Ko-Respondenz*, Der „Anderer“ – der Fremde und das Selbst. In *Zeitschrift für Integrative Therapie*, 2–3, 319–349, Paderborn
- Petzold, H. G., (1998): *Integrative Supervision, Meta-Consulting und Organisationsentwicklung*, Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Paderborn (Die Zitate sind vom Autor übersetzt)
- Petzold, H. G. et al, (2000): *Kritische Diskurse und supervisorische Kultur – Teil I Artikel* in [www.fpi-publikationen.de/supervision](http://www.fpi-publikationen.de/supervision)
- Petzold, H. G., (2002a): *Supervision und Führung, kritische Überlegungen*, Artikel in [www.fpi-publikationen.de/supervision](http://www.fpi-publikationen.de/supervision)
- Petzold, H. G. (2002b): *Coaching als „soziale Repräsentation“ – sozialpsychologische Reflexionen. Untersuchungsergebnisse zu einer modernen Beratungsform*. Düsseldorf/Hückeswagen, [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) : in *SUPER ISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* – 02/2002
- Petzold, H. G. (2003a): *Integrative Therapie*. 3 Bde. Paderborn, überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a.
- Petzold, H. G. et al, (2003): *Supervision auf dem Prüfstand*, Wirksamkeit, Forschung, Anwendungsfelder, Innovation, Opladen
- Petzold, H. G., (2005): „Vernetzendes Denken“. In Memoriam Paul Ricoeur. In: *Zeitschrift für Integrative Therapie*, 4/2005, Paderborn
- Robson, C., 2002: *Real World Research*, second edition, Oxford
- Rønnestad, M. H. und Reichelt, S., (1999): *Psykoterapiveiledning*, Oslo
- Ruud, E, 1980: *Music Therapy and its Relationships to Current Treatment Theories*, St. Louis, Mo
- Ruud, E. und Mahns, W., (1992): *Meta-Musiktherapie. Wege zu einer Theorie der Musiktherapie*. (Vol. Band 6) Stuttgart
- Steffan, A., Petzold, H. G. (2001): *Das Verhältnis von Theorie, Forschung und Qualitätsentwicklung in der Integrativen Therapie*. In: *Zeitschrift für Integrative Therapie* 1, 63–104, Paderborn
- Stige, B., (2002): *Culture-centered Music therapy*. Gilsum NH
- Stige, B., (2003): *Elaborations towards a Notion of Community Music therapy*. Unpublizierte Dissertation. Institutt for musikk og teater. Universität Oslo
- Stige, B., (2006): *Musikk og helse i lokalsamfunnet*, in Aasgaard (red.) *Musikk og helse*, 2001–217, Oslo
- Stroebe W., Jonas K., Hewstone M.(red) (2002): *Sozialpsychologie. Eine Einführung*. Berlin
- Sæther, Rigmor S., (1998): *Personalets opplevelser når de synger med et førskolebarn med funksjonsbemming*, hovedfagsoppgave i musikkvitenskap, Universität Oslo
- Trondalen, G., (2004): *Klingende relasjoner, en musikkterapistudie av „signifikante øyeblikk“ i musikalsk samspill med unge mennesker med anoreksi*, Dissertation, Norges Musikkhøgskole, Oslo

Ruth Eckhoff, Smålungate 8c, N-0657 Oslo,  
ruth@musikk-og-bevegelse.no

Silvia Breuss-Grøndahl, Vollgata 19, N-2213 Kongsvinger,  
silviagrondahl@tele2.no

Prof. Dr. Dr. Dr. Hilarion Petzold, Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit  
und Kreativitätsförderung (Fritz Perls Institut), Wefelsen 5, 42999 Hückeswagen,  
Forschung.EAG@t-online.de

## Zeitschriftenprofile

### Nordic Journal of Music Therapy

#### General Statement

Nordic Journal of Music Therapy (ISSN 0809-8131) is a peer-reviewed journal published two times a year. GAMUT (The Grieg Academy Music Therapy Research Centre), University of Bergen, with financial support from NOP-HS (Nordic Board for Periodicals in the Humanities and Social Sciences), in cooperation with education programs and organisations of music therapy in the Nordic and Baltic Countries and in affiliation with *Voices: A World Forum for Music Therapy*

The mission of the *Nordic Journal of Music Therapy* is to serve the international community of music therapy by being an avenue for publication of scholarly articles, texts on practice, theory and research, dialogues and discussions, reviews and critique. Publication of the journal is based on the collaboration between the music therapy communities in the five Nordic countries of Denmark, Finland, Iceland, Norway and Sweden. This international but still regional foundation offers a platform for development of communication with the broader international community of music therapy. Scholars from all over the world are welcomed to write in the journal.

#### Philosophy

Any kind of scholarly articles related to the field of music therapy are welcomed. All articles are reviewed by two referees and by the editors, to ensure the quality of the journal. Since the field of music therapy is still young, we work hard to make the review process a constructive learning experience for the author. The editors will not step aside from active engagement in the development of the discipline, and we want to stimulate multicultural, meta-theoretical and philosophical discussions, and new and diverse forms of inquiry. We also want to stimulate reflections on music as the medium that defines the discipline. Perspectives inspired by musicology and ethnomusicology are therefore welcomed. In addition to scholarly articles we will look for other ways of facilitating the music therapy discourse, and we put effort into presenting interviews and dialogues that can stimulate this, as well as reviews of important books in the field.

## Voices

*Voices* (ISSN 1504-1611) is a non profit forum published by GAMUT (The Grieg Academy Music Therapy Research Centre)/University of Bergen in affiliation with Nordic Journal of Music Therapy and in collaboration with World Federation of Music Therapy. *Voices* is published electronically at [www.voices.no](http://www.voices.no) and is available free of any charges.

## Vision Statement

*Voices: A World Forum for Music Therapy* intends to support the discursive practices of music therapists around the world by producing a free first class online international forum. This publication will encourage participation from every continent and will nurture the development of music therapy practice, theory, discussion and debate. Because culture has an important role in music and music therapy, we will encourage contributions that find their source in the cultural influences of each continental region.

*Voices: A World Forum for Music Therapy* seeks to nurture the profile of music therapy as a global enterprise that is inclusive and has a broad range of influences in the International arena. The forum is particularly interested in encouraging the growth of music therapy in developing countries and intends to foster an exchange between Western and Eastern as well as Northern and Southern approaches to the art and science of music therapy.

## Buchbesprechungen

Marie-Luise Zimmer, Brigitte Loos-Frank, Volker Bernius (Hg.):

Musiktherapie mit Leib und Seele. Gertrud Katja Loos.

Leben – Werk – Erinnerungen

Reichert Verlag, zeitpunkt musik, Wiesbaden 2006. 340 Seiten,

€ 39.90, ISBN: 3-89500-466-9

Wie nähere ich mich einem Papier-Gebirge, einer Elefantin? Wie ist diese Schatztruhe mit Erinnerungen an Leben und Werk der Urmutter zahlreicher Musiktherapeutinnen und -therapeuten auf 340 reichhaltigen Seiten zu erobern? Vielleicht gelingt es in der bewährten und in der Musiktherapeutischen Umschau bereits beschriebenen Lesetradition: ein kurzer, spannender Blick aufs Inhaltsverzeichnis und dann, hinten beginnend, sich langsam nach vorn stöbern. Der vorliegende Band lässt die Freiheit, ihn chronologisch durchzulesen oder aber, von einzelnen Überschriften oder vertrauten Themen gelockt, hier und da einzutauchen in die Lebenswelten der Musiktherapeutin Katja Loos. Es ist wie bei einem Familientreffen: in vertrauter Runde werden würdevoll Fest- und Gedenksprüche vorgelesen. Die Leserin erinnert sich an frühere Zeiten, an eigene Begegnungen mit Katja: zuerst warmes Berührt- und Angenommensein und später mein gesättigter Dank: „Das ist genug“. Etliche Kolleginnen und Kollegen werden stöhnen und die Lektüre dankend ablehnen, vielleicht nach dem Motto: ‚Ich kann’s nicht mehr hören: „Du bist das *und* zwischen Himmel und Erde“ – viel zu salbungsvoll und schwülstig diese altmodische Sprache‘. Pränatale Rhythmusstörung und das Tamburin... sind wir nicht inzwischen bei P. Fonagy und G. Rudolph angekommen und wenden uns spannenderen, aktuellen Themen der Psychotherapieforschung zu: neuronales Netzwerk und Intersubjektivität?

Das Herausgeber-Trio sind: die Tochter Brigitte Loos-Frank, die Freundin und Kollegin Marie-Luise Zimmer und der Redaktionsfreund Volker Bernius. Es ist ihnen ein Anliegen, der nachfolgenden Generation zu vermitteln, wo die (jüngeren) Wurzeln der Musiktherapie liegen. So haben sie nach dem Auftrag: „Macht mit meinen Notizen was ihr wollt“ in mühevoller Kleinarbeit ein kompaktes Werk geschmiedet. Graben und Wurzeln finden, das ist uns in unserem beruflichen Alltag durchaus vertraut. Hier wurden die Fundstücke zu einem persönlichen Curriculum vitae, ergänzt von der anerkennenden Resonanz einiger Kollegen und den Schriften von Katja Loos, zusammengetragen.

Das Buch beginnt mit ‚Pellwormer Geschichten‘ und ‚Wendepunkte‘ im ersten Kapitel. Vorträge und Schriften schließen im 2. Teil an. Im 3. Teil berichten sechs Wegbegleiter von ihren Begegnungen mit G. K. Loos. Im Anhang steckt noch eine CD mit zwei Rundfunkbeiträgen und einem Vortrag von den Lindauer Psycho-

therapiewochen. Da findet sich sehr viel *Katja* in allen Seiten! „Sie verstand es (...) immer im Mittelpunkt zu stehen“ (I. Frohne –Hagemann). Wie kann man das als geneigte Leserin verdauen? Zum Einen fasziniert die lebendige Sprache in ihrer Leichtigkeit, reichhaltig nuanciert, sehr sinnlich, sehr persönlich. „Du, das will ich dir erzählen!“ Dann wiederum schafft Loos es in allen ihren Texten vom Allgemeinen ausgehend ganz persönlich zu werden. Und umgekehrt, wenn wir mit ihr in ihrem Tochter-Mutter-Dialog gelitten haben, führt sie den Blick aus der Intimität zurück nach draußen, ins Allgemeine, in die uns allen gemeinsamen Erfahrungen hinein. Mit Katja Loos zu arbeiten wird sehr persönlich und bei ihr zu lauschen und zu lesen auch. Ich finde bei der Lektüre zu den Anfängen meiner eigenen musiktherapeutischen Arbeit zurück, erinnere mich an Vorträge in Heidelberg und Lindau, an die musiktherapeutische Selbsterfahrung im Arbeitskreis in Stuttgart und an die Balintarbeit in Ulm.

Die „Pellwormer Geschichten“ erzählen biografische Ausschnitte – am Schreibtisch im Ferienhaus auf der Insel erinnert und komponiert. Abenteuerlust und Arroganz, Draufgängertum und Depression, rauschhaftes Orgelspielen und Kleinheitswahn, Wunden der Ehe, Emanzipation und Einsamkeit. Wie durchs Schlüsselloch lässt sie uns in ihre Tochterseele schauen. Wir spüren den warmen Körperdialog mit dem schützenden Vater und die kühle Contenance der schweigenden Mutter. Die Leserin ist frei, vorwärts zu blättern oder der Lehrmeisterin in die Not im ehelichen Schlafzimmer zu folgen. Diese Intimität ist grenzwertig, auch wenn sie in langer Psychoanalyse verdaut und gefiltert der Leserschaft preisgegeben wird. „Wendepunkte“ heißt gut hundert Seiten später ein neues Kapitel. Hier geht es um Momente im Therapieverlauf, die aus der Sackgasse herausführen, die Feststellbremse lösen, in der Beziehung eine neue Qualität erlebbar machen. Zunächst begegnet uns da Irmgard, eine Patientin, die sich wie ein eingeschlossenes Nichts erlebt und dies eindrücklich monoton auf die Klangstäbe hämmert. Die Therapeutin macht ihr vor, wie das gewählte Motto besser, freier, lebensfroher zu spielen und zu bewältigen wäre. Eine, wie ich finde, sehr unorthodoxe Intervention als Beispiel dafür, wie und was in der Musiktherapie hilft. Später ist es Friederike, eine magersüchtige, junge Patientin, die in der unmittelbar körperlichen Begegnung mit der Therapeutin einen großen Schritt Vertrauen zulassen kann. Das laute „Nein!“ der Patientin bei der Berührung hält die Therapeutin Katja nicht zurück. Loos beschreibt, wie sie aktiv eingreift, regelrecht zupackt, um die sich verwehrende Hand der Patientin zu fassen. Übergriff! – ein Fall für die Ethikkommission? Sie ist vermutlich eindeutig ins Gelingen verliebt und folgt ihrer Intuition, vorbei an den Regeln, die Respekt vor dem Widerstand gebieten. Wir hoffen, dass sie dabei das rechte Maß gefunden hat. Die folgenden Beispiele für Wendepunkte sind wieder aus den eigenen Selbsterfahrungszeiten. Loos stellt die Wahrnehmung ihres eigenen Leidens und ihren persönlichen Weg der Bewältigung zur Verfügung. Sei es der geschundene, missachtete Fuß oder gar die existentielle Frage: Gehöre ich zum Vater oder zur Mutter, wo ist mein Platz?

Eine Standortbestimmung von G. K. Loos in der Musiktherapie verfasst Tonius Timmermann einleitend zum 2. Teil. Warum? Die ehrenden Nachrufe stehen feierlich am Ende des Buches und die zahlreichen Texte für Zeitschriften und Vorträge sprechen eine klare Sprache. Sie bräuchten keinen zusätzlichen Applaus beim Öffnen des Vorhangs. In den folgenden 120 Seiten kommt K. Loos dann wieder selber zu Wort. Schriften von 1977 bis 1999, chronologisch verbunden, die zu verschiedenen Anlässen verfasst oder referiert wurden. Uns begegnen zahlreiche Patientinnen und Patienten aus der klinischen Gruppen- oder Einzelmusiktherapie. Sie heißen Jörg, Petra oder Linda und ausnahmsweise auch mal „Frau B.“. Das vermittelt die Bereitschaft zur raschen Distanzüberwindung, die Loos in ihren Therapien anbietet, wenn nicht sogar fordert. Das vertrauliche „Hamburger Du“, d. h. Anrede mit Vornamen und Sie, mit gelegentlich eingestreutem Du, ist ihr Talent oder auch ihr Stilmittel. Geschrieben genauso, wie im wirklichen Leben. Sie nimmt es sich eher, als dass sie es anbietet. Genauso lenkt sie den Blick konsequent als erstes auf den Menschen und erst viel später auf die Diagnose. Das macht die Lektüre ihrer Fallbeispiele auch so belebend. Jedes Individuum schaut sie mit wohlwollendem Blick an, nimmt es in ihr großes Therapeutinnenherz und streckt die Fühler für intuitive Wahrnehmung und analytische Beobachtung aus. Dies zu lesen hat zur Folge, dass ich meine Patienten wieder neu, bewusster, wie mit einer anderen Brille wahrnehme. Es verhilft dazu, einen Schritt aus der Routine des klinischen Alltags zurückzutreten und zu versuchen, wirklich das ganz Individuelle, Einzigartige im Gegenüber zu erspüren und die jeweiligen Bewältigungsversuche zu respektieren.

In den Texten ist immer wieder von elementaren Spielregeln die Rede: Maske, Stimmung, Ich – Du – Wir, Miteinander – Durcheinander, Tongespräche, Frage und Antwort. Es könnte nach Lehrbuchschablone klingen. Oft ist es der Rahmen, in dem sich Begegnungen mit den Patienten anbahnen und im Verlauf einer Gruppentherapiesitzung wieder ganz individuell entwickeln und enden. Wer G. K. Loos erlebt hat, kennt ihre zahlreichen, immer wiederkehrenden Bilder und Metaphern, mit denen sie Erkenntnisse und Wegweiser verpackt, um sie greifbarer zu machen. Auf meine persönliche Lieblingsgeschichte musste ich einige Kapitelchen lang warten. Es ist die griechische Mythologie von Ares, dem Kriegsgott und der schaumgeborenen Venus, die die Eltern von Harmonia wurden. Viele Male habe ich meinen Patienten das Rätsel aufgegeben, wer wohl die Eltern von Harmonia seien, wenn sie das musikalische Geschehen in den Improvisationen einseitig auf Harmonie gerichtet wünschten und Ares nach draußen, vor die Tür, schickten. Und immer wieder habe ich mich dabei dankbar an Katja erinnert. Wer Gertrud, Katja Loos erst in oder mit diesem Buch entdeckt, wird sicher um etliche Bilder, Weisheiten, Sichtweisen bereichert. So auch um den wunderbaren Dreiklang von: ‚Los-lassen, Zu-lassen, Sein-lassen‘ in Verbindung mit der Atmung und anderen Episoden im therapeutischen Prozess. Katja Loos hat ein immer wiederkehrendes Credo: Klang und Rhythmus bergen in sich die archaischen Muster von Raum und Zeit, von Leben in seiner Urform und dem humanen Anspruch auf Aufge-

hobensein. Mit Musiktherapie können wir keine Krankheiten heilen, aber wir können verschüttetes Vertrauen beleben. Der musiktherapeutische Biotop muss ein Schutzraum sein, in dem man seinen frühen Hunger stillen kann. Dafür bieten sich einfache musikalische Strukturen und ein ritueller Ablauf an. Für Loos gehört zur absolut verlässlichen, therapeutischen Beziehung das Einbeziehen des Körpers. „Hautberührungen in therapeutischer Liebe können Wunder bewirken.“ In vielen Abschnitten beschreibt sie einleuchtend, wie sie die Arbeit am und mit dem Körper in die Musiktherapie integriert. Dies beinhaltet sowohl eine differenzierte Körperwahrnehmung als auch ihre Aktivität beim Anfassen, wenn sie ihr Gegenüber in ihre Hände nimmt. Die Selbsterfahrung bei Mirjam Goldberg zunächst als Lehrerin und später als Freundin erwähnt sie mehrmals.

Das „Matrizentrische“ in der Musiktherapie verkündet Loos ausdauernd und vehement. Mein Computer kennt dieses Wort nicht. Ist es ihre eigene Wortschöpfung? Sie verbindet den Erfahrungsraum in der Musiktherapie mit dem paradiesischen Zustand im nährenden Uterus. „Ich nenne Musiktherapie, die wir begleitend, stützend und schützend einsetzen, matrizentrisch, denn sie ist mütterlich nährend und gewährend, Wachstum fördernd, spielerisch und leistungsfern.“ Sie räumt ein, dass dies nicht den Frauen allein vorbehalten ist, sondern dass es auch männlichen Therapeuten mit Hand, Herz und Hirn gelingen kann, diese „Urmütterlichkeit“ bereitzustellen. Loos grenzt das Verfahren damit auch an vielen Stellen gegen die aufs Sprechen (und Schweigen) festgelegte Psychoanalyse ab. Wie im Himmel, so auch in der Musiktherapie... Es hat immer wieder missionarische Züge, wenn Loos ihren Zuhörern oder Lesern das Elysium predigt und dabei alle nur erdenklichen Göttinnen, Mythen und Legenden als Paten zitiert. Esoterisch abgehoben, barock mit Goldengeln dekoriert, man nenne es, wie man wolle, keine kann es so musisch wie sie. Dieser Band stellt uns ein Schatzkästlein zur Verfügung mit mütterlichen und großmütterlichen Erfahrungen, Einsichten, Weisheiten zum Partizipieren, Träumen und Lernen. So verwurzelt und gestärkt wenden wir uns gerne wieder zurück ins 21. Jahrhundert, den modernen, zeitgenössischen Thesen, Erkenntnissen und – der nächsten Patientin zu.

Doris Sondermann, Asklepios-Klinik Hamburg-Harburg,  
Abtlg. für Psychiatrie und Psychotherapie,  
doris.sondermann@hanse.net

**György Hidas, Jenő Raffai: Nabelschnur der Seele.  
Psychoanalytisch orientierte Förderung der vorgeburtlichen Bindung  
zwischen Mutter und Kind  
Psychosozial-Verlag, Gießen 2006. 249 Seiten,  
€ 24.90, ISBN: 3-89806-458-1**

Säuglingsforschung und Bindungsforschung haben in den vergangenen Jahren wesentlich dazu beigetragen, dass sich der Beginn des menschlichen Seelenlebens in unserer Betrachtung bis zur Geburt zurück verschoben hat. Unterstützt durch das Wissen aus Biologie und Neurowissenschaft entwickelt sich ein zunehmendes Gespür für pränatales bzw. intrauterines Seelenleben. Damit verbunden ist eine umfassendere Sicht der Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung und der pränatalen psychischen Entwicklung eines Kindes.

Mit diesem Buch erweitern Hidas und Raffai den (psycho-)therapeutisch nutzbaren Raum um den vorgeburtlichen. Die beiden ungarischen Analytiker stellen ihre psychoanalytische Methode zur Unterstützung und Förderung der vorgeburtlichen Beziehung von Mutter und Kind darin vor. Diese Methode dient als eine Präventivmaßnahme zur Vorbeugung seelischer Schäden, die aus dem vorgeburtlichen Erlebensraum herrühren.

Hidas und Raffai gehen – ebenso wie andere Autoren, die sich mit psychischem Erleben von Frühgeburtlichkeit beschäftigen – davon aus, dass alle integrativen Vorgänge des Lebens, seien sie biologischer, hormoneller, immunologischer oder psychischer Natur, mit der Empfängnis beginnen: Das Leben beginnt in der Gebärmutter. Pränatale Stresssituationen, pränatale physiologische Einflüsse, Depression der Mutter, Probleme in der Partnerschaft oder auch Einstellung und Konflikte der Eltern – all dies hat Einfluss auf die Entwicklung des Fetus und seine Persönlichkeit. Entsprechende Beobachtungen und Erfahrungen werden ausführlich dargestellt, populärwissenschaftlich in leicht verständlicher Sprache (leider oft ohne Quellenangaben), beginnend mit einer Einführung in physiologische, neurologische, neurowissenschaftliche, psychische Entwicklung „des intelligenten Fetus“ zum „kompetenten Säugling“. Dabei wird dem Hörerleben und -verhalten ein relativ breiter Raum eingeräumt, so auch der Bedeutung von Rhythmus, Melodie und Harmonie und der Musikalität des Säuglings. Erfreulich ist an diesem Abschnitt, dass der pränatale akustische Einfluss als selbstverständlich geschildert wird und für die Autoren keiner zusätzlichen Erklärung oder empirischen Forschung bedarf.

Ultraschalluntersuchungen von fetalem Leben, Wirkung von Stress- und Angstzuständen der Mutter auf den Fetus und das Kind, Spätfolgen unerwünschter Schwangerschaft sind weitere Kapitel, unterlegt mit empirischer Forschung, Fallstudien und Langzeituntersuchungen einer Schulpopulation. Dies alles stützt die Hypothese der Autoren, dass Kinder nach solch prägenden Vorerlebnissen einer größeren und nachhaltigen Bedrohung ausgesetzt sind, später seelische Schäden zu entwickeln.

Es folgt ein Abschnitt über die Seele des Fetus im Spiegel der Psychoanalyse, der einen historischen Abriss dieses Themas vermittelt und aktuelle Therapieerfahrungen aus Sitzungen mit schwangeren Müttern beschreibt. Die Annäherung an das Unbewusste geschieht unter dem Aspekt der Annäherung an vorgeburtliche unbewusste Zustände, veranschaulicht mit Eindrücken aus psychoanalytischen Behandlungen. All dies unterstreicht die Bedeutung der mütterlichen Fürsorge für das intrauterine Wohl des Babys und die vorgeburtliche Beziehung.

Die beschriebenen psychologischen und empirischen Beobachtungen sind Grundlage für die beiden Autoren, sich der fundamentalen Bedeutung der vorgeburtlichen Beziehung anzunehmen. Gleichzeitig zeigen sie anhand ihrer eigenen, detailliert geschilderten und erschütternden Beobachtungen aus psychoanalytischen Behandlungen, wie sehr frühe Beziehungen durch vorgeburtlichen Einflüsse beeinträchtigt und geschädigt wurden.

Aus diesen Grundlagen entwickelten Hidas und Raffai ihre „Bindungsanalyse“. Diese Methode besteht im Wesentlichen darin, im geschützten Raum einer therapeutischen Beziehung die vorgeburtliche Beziehung von Mutter und Kind zu unterstützen. Aus eigenen therapeutischen Erfahrungen und Forschungsergebnissen entstand die Frage, wie die schon vor der Geburt funktionierende Psyche eines Babys für die Mutter verstehbar und reflektierbar gemacht werden könne, damit zwischen beiden ein Dialog entsteht – ein intuitiver Dialog über die „Nabelschnur der Seele“. Beschrieben wird ein psychoanalytisches Setting mit dem Ziel einer tiefen intuitiven Bindung zwischen Mutter und Kind, wie sie mit einer normalen Schwangerschaft nicht erreichbar ist.

Der zweite Teil des Buches veranschaulicht diese Methode anhand von 15 Interviews mit schwangeren Frauen, die Judit Vollner als Redakteurin begleitet und aufgezeichnet hat. Diese Interviews sind Monologe der Mütter, deren Gefühle und Bilder aus dem Unbewussten aufsteigend wiedergegeben werden. Dadurch dass Vollner diese Monologe nicht bearbeitete, sondern das Suchen nach Worten, ein Stocken im Redefluss oder auch abschweifende Gedanken und Versprecher so beließ, entstehen beeindruckende Bilder voll Aufrichtigkeit und Dramatik, ohne störende Fachkommentare oder Fragen.

Mithilfe dieser präventiven Methode der Bindungsanalyse erhoffen die Autoren, Mutter und Kind einen Weg zu zeigen, eine bisher nicht bekannte tiefe Verbindung eingehen zu können und sich so gegenseitig in ihrer Entwicklung zu stützen.

Dieses Buch in seiner gut verständlichen Sprache richtet sich auch an Laien, aber sicher vor allem an werdende Eltern, Psychotherapeuten und alle Menschen, „die sich mit den Wurzeln unseres seelischen Erlebens und unserer Beziehung zu uns selbst und zu unserer Mitwelt beschäftigen wollen“ – wie Ludwig Janus, der deutsche Pionier der pränatalen Psychologie, sein Vorwort beendet.

Dr. Monika Nöcker-Ribaupierre, Dipl. Musiktherapeutin, Forschungsschwerpunkt: Musiktherapie mit frühgeborenen Kindern. Mnoeckrib@aol.com

**Shirley Salmon (Hrsg.): Hören – Spüren – Spielen.  
Musik und Bewegung mit gehörlosen und schwerhörigen Kindern**  
Reichert Verlag, Wiesbaden 2006, 267 Seiten,  
€ 24,90, ISBN: 978-3-89500-470-4

„Vom Fühlen zum Erkennen. Vom Greifen zum Begreifen. Vom Tun zum Verstehen.“

Diese schlichte, aber in ihrer Klarheit beeindruckende Aussage stammt von Mimi Scheiblauser, einer Schweizer Pianistin und Musikerzieherin, die bereits in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts mit vernachlässigten und behinderten Kindern rhythmisch-musikalisch gearbeitet hat. Mit dem Film „URSULA oder das unwerte Leben“, der aus dem Jahre 1966 stammt, wurde diese Arbeit für die Nachwelt festgehalten. Das Filmdokument ermöglicht auch heute noch faszinierende Einblicke in die ganz persönliche Arbeitsweise von Scheiblauser mit schwer hospitalisierten Kindern.

„Hören – Spüren – Spielen“ – die Parallele ist unverkennbar, Salmon wählt diesen Titel bewusst für ihr Buch und erläutert sogleich zu Beginn die Begriffe: *Hören* steht nicht nur für den physiologischen Vorgang der passiven Aufnahme und Weiterleitung auditiver Reize, sondern auch für die aktive, individuelle Aktivität des Zuhörers; *Spüren* bezieht sich sowohl auf die vibratorische, taktile, emotionale oder kinästhetische Wahrnehmung als auch auf die emotionale Ebene des Fühlens; *Spielen* meint nicht nur das Spiel auf den Instrumenten, das Spielen von Geschichten oder Bewegungsspielen, sondern auch das Spiel als Tätigkeit selbst.

Warum gibt es dieses Buch? Shirley Salmon beschreibt in ihrer Einleitung die Entstehung der Idee dazu: Ihre Suche nach Fachliteratur zum Thema parallel zur praktischen Arbeit mit hörbehinderten Kindern. In der Tat, es fehlt an Veröffentlichungen sowohl auf theoretisch-wissenschaftlicher Grundlage als auch als Beschreibung der Praxis, an der sich musikpädagogisch, bzw. musiktherapeutisch Tätige orientieren könnten. So gesehen trägt die Herausgeberin mit diesem Buch erheblich dazu bei, diesen Mangel wenn nicht gänzlich zu beseitigen, doch zu lindern.

Das Buch gliedert sich in vier Teile, denen jeweils eine Vielzahl von Beiträgen zugeordnet ist. Den Anfang machen drei Autoren, die in ihren Ausführungen von ihrem ganz eigenen Zugang zur Musik berichten. Das sorgt für Überraschung beim Leser, erfährt man doch erst im Verlauf des Lesens, dass es von Hörbeeinträchtigung betroffene Musiker und Musiklehrer sind, die hier ihre ganz persönliche Geschichte der Abhängigkeit von Unterstützung durch das Elternhaus, aber auch von ihrem Kampf wider gesellschaftliche Vorurteilen und politisch-administrativen Hindernisse – eben „Behinderungen“, die es zu überwinden galt, erzählen.

Im zweiten Teil führen verschiedene Autoren theoretische Grundlagen der musikpädagogisch/therapeutischen Arbeit mit Menschen mit Hörbehinderung aus und stellen damit das praktische Tun in einen theoretisch-wissenschaftlichen Rahmen. In diesem Teil kommen zum Teil bekannte Wissenschaftler und Hochschullehrer zu Wort, so beispielsweise Georg Feuser und Manuela Prause-Weber.

Immer wieder sind es Aussagen der Rhythmikerin Mimi Scheiblaue, die in den verschiedenen Beiträgen zitiert wird und in denen eine grundlegende konstruktivistische Sicht der Welt ihren Ausdruck findet. Sigrid Köck-Hatzmann erläutert in ihrem äußerst lesenswerten Beitrag diesen Paradigmenwechsel: Weg von einem mechanistisch-kartesischen Weltbild – hin zu systemtheoretisch-kybernetischen Ansätzen, bzw. zum Begriff der Autopoiese, wie ihn Maturana entwickelt hat.

Ein „Muss“ in diesem 2. Teil stellt für jeden im Arbeitsfeld tätigen Musiktherapeuten der Beitrag von Manuela Prause-Weber zur interdisziplinären Standortbestimmung musikalisch-heilpädagogischer Konzeptionen dar: Die Autorin bietet Orientierung im Geflecht verschiedener musikpädagogisch/musiktherapeutischer Konzeptionen und bezieht dabei klar Position.

Im dritten und vierten Teil des Buches geht es dann um praktische Grundlagen und Praxisfelder. In vielen interessanten Beiträgen verschiedener Autoren und Autorinnen wird musikpädagogische bzw. musiktherapeutische Methodik systematisch beschrieben und durch zahlreiche konkrete Beispiele veranschaulicht. Shirley Salmon selbst, wie auch Susann Schmidt-Giovanni, Claus Bang und Naomi Benari – um hier die Bekanntesten zu nennen – beschreiben auf dem Hintergrund ihrer langjährigen praktischen Erfahrung ihren jeweiligen methodischen Ansatz.

Auf zwei Beiträge aus der „Praxis“ möchte ich besonders verweisen: Regina Neuhäusel, Ursula Sutter und Insa Tjarks, alle drei Musiktherapeutinnen am Kinderzentrum München, zeigen in ihrem Beitrag „Ich kann jetzt das Gras wachsen hören“ – Orff-Musiktherapie mit CI-versorgten Kindern, wie Musiktherapie in der Rehabilitation von Kindern mit Cochlea-Implantat hilfreich eingesetzt werden kann. Der andere Beitrag, in dem die Bedeutung von Spielliedern in inklusiver Unterrichtsgestaltung ausgelotet wird, ist von der Herausgeberin selbst: Salmon gibt konkrete Beispiele dafür, wie sie Spiellieder gezielt in ihrem Unterricht mit behinderten und nichtbehinderten Kindern einsetzt und dadurch die Kreativität und Einmaligkeit jedes Einzelnen fördert, gleichzeitig aber auch dessen Integration in die Gruppe ermöglicht.

Für wen ist das Buch geeignet? Shirley Salmon will mit ihrem Buch Fachkräfte aus pädagogischen und therapeutischen Bereichen ansprechen, Eltern und Experten gleichsam informieren und anregen. Inwieweit dies gelingt, werden die Leser sicher selbst besser beantworten können. Ich meine, die Vielfalt der Beiträge ermöglicht zwar einerseits eine Vielfalt an Informationen, überfordert aber die am Thema Interessierten. Gewünscht hätte ich mir hier deutlicher die „helfende“ Hand der Herausgeberin, die zwar durch die Gliederung eine Systematik vorgibt, diese jedoch nicht trennscharf genug wählt: So wird der Unterschied zwischen theoretischen und praktischen Grundlagen nicht immer ganz klar – ohnehin könnte man sich fragen, ob hier ein Unterschied gemacht werden sollte. Auch die Untergliederung der Praxis in „praktische Grundlagen“ und „Praxisfelder“ ist nicht immer nachvollziehbar. Deutlich wird diese Zurückhaltung der Herausgeberin vor allem am Beitrag von Ulrike Stelzhammer-Reichhardt, die „Ansätze und Interessen der Wissenschaft“ referiert und dabei genau jene erwähnt, die auf

den Seiten vorher durch deren Vertreter selbst im Buch dargestellt wurden, ohne auf die entsprechenden Beiträge im Buch zu verweisen. Man kann der Autorin des Beitrages hier keinen Vorwurf machen, wohl aber der Herausgeberin, die für den Rahmen des Buches Verantwortung zeichnet. Etwas unverständlich bleibt auch die „Vorsicht“, mit welcher Salmon sich der Frage der Abgrenzung zwischen Pädagogik und Therapie nähert. Dies sei kein zentrales Thema des Buches, äußert sie in der Einleitung. Warum eigentlich nicht? Muß man hier jenseits jeglicher ideologischer „Grabenkämpfe“ fragen. Im Beitrag von Manuela Prause-Weber wird diese Frage auf eine beeindruckend klare Art und Weise behandelt, der Beitrag hätte aus meiner Sicht an den Anfang des Praxisteils gestellt werden müssen. Möglicherweise liegt nämlich genau hierin begründet, dass sich sowohl die Musiktherapie als auch die Musikpädagogik mit dem Thema Musik und Hörbehinderung etwas schwer tun. Mehr Mut zu klaren „Statements“ möchte man da der Herausgeberin zurufen.

Was bleibt ist ein Buch, das als Ganzes zwar hinter den Erwartungen zurückbleibt, das aber äußerst interessante Beiträge – nicht nur zum Thema „Hörbehinderung“ – enthält, die unbedingt gelesen werden sollten.

Hedwig Koch-Temming, Reha Consult gGmbH, Berlin  
hedwig.koch-temming@rehaconsult.org

**Ute Rentmeister (Hg.): „Lärmende Stille im Kopf“.  
Musiktherapie in der Psychiatrie.  
Reichert Verlag, Wiesbaden 2006, 108 Seiten,  
€ 19,90, ISBN: 3-89500-535-5**

Der Titel des Buches – der Ausspruch einer betroffenen Frau, die damit ihr Erleben in der psychischen Erkrankung zum Ausdruck brachte – macht neugierig. Er umfasst sofort das paradoxe Spektrum von dem, worum es in der musiktherapeutischen Arbeit mit psychisch kranken Menschen geht: der „Polarität(en) von Lärm und Stille in der Musiktherapie und dem Raum, der dazwischen liegt“ (Rentmeister). Den hohen Erwartungen, die mit dem Titel geweckt werden, kann der Sammelband von den Vorträgen der Tagung vom 4. und 5. März 2006 unter dem gleichen Titel am Freien Musikzentrum in München durchaus gerecht werden. Das ist auch der stimmigen Zusammenstellung durch die Herausgeberin zu verdanken. Herausgekommen ist eine gelungene, abwechslungsreiche und vielseitige Beitragsammlung mit sehr unterschiedlichen Aspekten der musiktherapeutischen Arbeit in der Psychiatrie, die sowohl theoretische Konzepte als auch deren praktische Umsetzungen darstellt.

Mit einem provozierenden Titel wird der Band mit dem Beitrag von Alois Fürmaier eröffnet: „Kreativität versus Technisierung und Menschenverwaltung“. Der Autor

fragt darin, ob Psychiatrie und Musiktherapie einen unüberbrückbaren Gegensatz darstellen und bezieht die Probleme, die Musiktherapeuten in der Psychiatrie immer wieder erleben, auf die Eigenschaften musiktherapeutischen Arbeitens. Der scheinbare Gegensatz ist aber nur ein „theoretischer“, in der Praxis ist die Musiktherapie in einer modernen Psychiatrie nicht mehr wegzudenken und sie expandiert trotz der zunehmenden Tendenz in den psychiatrischen Krankenhäusern zur Technisierung und Menschenverwaltung.

Der Bedeutung des Sprechens und der Sprache in der Musiktherapie – paradoxerweise dem größten Teil einer musiktherapeutischen Sitzung – und dem Wechselspiel zwischen Musik und Sprache widmet sich Manfred Burghardt in seinem Artikel „Musik ist verwandeltes Leid“. Er beschreibt die verschiedenen Ebenen, in denen verbale und non-verbale Kommunikation geschieht und wie über die Wandlungen von diffus Erlebbarem in Musik etwas sinnlich Erfahrbares wird, das durch weitere Wandlung in Worte begrifflich erfasst werden kann und über viele weitere Wandlungen schließlich zum integrierten Bestandteil beim psychisch Kranken wird.

Besonders beeindruckend finde ich den Vortrag von Dorothee Storz mit dem Titel „In mir fällt alles auseinander“. Darin beschreibt die Autorin kurz und prägnant die Anfänge der kurztherapeutischen Psychotherapie und deren theoretische Grundlagen. Sie stellt auf diesem Hintergrund die Grundzüge der Fokalen Musiktherapie dar und kommt schließlich über die Zwischenschritte der konkreten (musik-)therapeutischen Haltung und (musik-)therapeutischer Techniken zu einer spannenden Fallgeschichte. Der Artikel zeigt, wie praktisch eine gute Theorie in der therapeutischen Arbeit sein kann und – „rückwärts gelesen“ – wie sich gute theoretische Therapiekonzepte aus der sensiblen Beschreibung und Erfassung der Fallgeschichten entwickeln.

Vertieft wird die Beschreibung aus der alltäglichen musiktherapeutischen Arbeit in der Psychiatrie durch den Artikel von Heiko Isermann: „Musiktherapie in der Behandlung schizophrener Patienten“. Hier kann der Leser über die Beschreibung von vier länger auseinander liegenden Musiktherapiesitzungen verfolgen, wie sich Veränderungen in der Behandlung ereignen und „hörbar“ werden.

Auch Jos de Baker beschäftigt sich mit den Prozessen in der Musiktherapie in seinem Beitrag: „Musikalische Form und Psychose. Eine klinische Forschung“. Er geht sehr detailliert auf die Entwicklung vom „sensoriellen Spiel“ – das charakteristisch für psychotische Patienten ist – zur musikalischen Form im musiktherapeutischen Kontext ein. Diese Entwicklung wird nur möglich über die Synchronizität von Patient und Therapeut. Im Folgenden widmet sich de Baker sehr genau den musiktherapeutischen Interventionen, wobei ihm jedoch wichtig ist hervorzuheben, dass diese Techniken intuitiv im therapeutischen Prozess entstehen und nicht „angelernt“ werden können. Vielmehr ist die Reife des Therapeuten, der über Eigenanalyse und Supervision die Entwicklungsprozesse und die damit verbun-

denen Schmerzen aus eigener Erfahrung kennt, ein entscheidendes Kriterium in der Behandlung psychischer Störungen. Der Therapeut muss die Wachstumsprozesse genauso gut kennen wie die Dynamiken, durch die diese verhindert werden. Dieser Artikel bringt die musiktherapeutischen Prozesse prägnant auf den Punkt und macht gerade deshalb auf die Notwendigkeit aufmerksam, auch in Zukunft durch klinische Forschungen die innere Welt der psychiatrischen Patienten besser erfassen zu können.

Einen an statistischen Methoden orientierten Beitrag stellt Christian Gold unter dem Titel „Wirksamkeit von Musiktherapie bei Schizophrenie“ zur Verfügung. Auch nach den Kriterien der heute anscheinend populären „evidenzbasierten Medizin“ lässt sich die Wirksamkeit der Musiktherapie mit psychotischen Patienten nachweisen. Ich frage mich aber dennoch, ob die Musiktherapeuten gut beraten sind, den Wissenschaftskriterien zu folgen, die sich in der Medizin selbst bereits überlebt haben. Die Mediziner ihrerseits suchen ja mittlerweile nach neuen Wegen – die gerade in den kreativen Therapieformen zu finden sind! Im abschließenden Artikel von Walter Tröbinger: „Wie das Kaninchen der Schlange entkommt“ werden wieder zwei packende Fallbeispiele beschrieben. Tröbinger gelingt es gut, musiktherapeutisches Arbeiten und Chancen und Grenzen dieser Behandlungsform darzustellen. Dabei kommt er zum Schluss auch auf wichtige gesundheitspolitische Aspekte zu sprechen.

Ich kann mich nur noch den Worten aus Ute Rentmeisters Vorwort anschließen: Der Band vermittelt konzentriertes Erfahrungswissen aus Theorie und Praxis für den Bereich der Psychiatrie und bietet in diesem Sinne wertvolle Anregungen. Letzteres gilt sicher für die notwendigen weiteren Forschungen zur Musiktherapie in der Psychiatrie. Dann lassen sich auch die Konzepte zur Behandlung schwerstgestörter Menschen mit Hilfe der Musik weiter entwickeln. Denn über die Musik kann man m. E. gut mit psychotischen Menschen in eine intensive therapeutische Beziehung treten, um diesen Menschen, die häufig als „nicht therapiefähig“ klassifiziert werden, zu helfen.

Ulrich West, Psychologischer Psychotherapeut, Musiktherapeut, Musiker.  
Stationsleiter Entwöhnungstherapie in den Rheinischen Kliniken Langenfeld.  
Arbeitsschwerpunkte: Psychotherapie, Suchtforschung, Musikpsychologie,  
[www.heavens-under-sea.de](http://www.heavens-under-sea.de)  
[Uli.West@web.de](mailto:Uli.West@web.de)

**Arist von Schlippe, Mohammed El Hachimi, Gesa Jürgens:**  
**Multikulturelle systemische Praxis. Ein Reiseführer für Beratung,**  
**Therapie und Supervision**  
**Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg 2004, 2. Auflage. 244 Seiten,**  
**€ 22,95, ISBN: 3-89670-407-9**

Die politische Situation fordert eine intensive Auseinandersetzung mit der Pluralität der Kulturen. Eine gewisse Hierarchisierung von Kulturen, Völkern, Religionen scheint leider nicht durch die Verwirklichung des Gleichheitsgrundsatzes oder durch das Diskriminierungsverbotes im Grundgesetz erreichbar zu sein. Der 11. September 2001 und seine Folgen zeigen, wie groß das Potential der Anfeindungen und Abwertungen unterschiedlicher Kulturen in unseren Gesellschaften ist.

Das therapeutische und beraterische Arbeiten in und mit multikulturellen Kontexten ermöglicht an dieser Stelle Chancen gegenseitigen Verstehens und gemeinsamer Problemlösungen.

Auch in musiktherapeutischen Gruppen und Einzeltherapien, insbesondere im klinischen Kontext, tauchen Menschen unterschiedlichster kultureller und religiöser Ausprägungen auf und suchen nach adäquater Unterstützung.

Schon das Medium Musik ist ein Ergebnis multikultureller Einflüsse und in vielen Fällen ein Modell für gelungene Integration oder Kommunikation.

Gleich vorweg, das Buch „Multikulturelle systemische Praxis“ beschäftigt sich überhaupt nicht mit Musik, Musiktherapie und trotzdem halte ich es auch für MusiktherapeutInnen, die mit diesem Thema in ihrer Arbeit konfrontiert sind, für sehr hilfreich.

Das Buch ist in drei Abschnitte aufgeteilt:

Zuerst einmal wird, wie dies systemisch-konstruktivistischer Manier entspricht, der Kontext mit seinen Wirklichkeitskonstruktionen beschrieben. Begriffe wie Kultur, Kulturebenen, Ordnungsdimensionen werden erläutert, um zu verdeutlichen, auf welcher Grundlage sich die beraterische Arbeit bewegen muss. Dabei wird die Thematisierung der gesellschaftspolitischen und rechtlichen Situation von Migration nicht vermieden. Ausführlich und verständlich werden Formen, Phasen und Adaptionsstile von Migration wiedergegeben. Dies fördert wiederum die Sensibilisierung für individuelle Schicksale und deren differenzierte Betrachtung, was leider in der Tagespresse häufig nicht in dieser Form geschieht.

Die Autoren führen den Begriff der „interkulturellen Kompetenz“ als Voraussetzung für erfolgreiches multikulturelles Arbeiten ein. Sie verstehen darunter „angemessen und erfolgreich mit den Angehörigen einer anderen Kultur kommunizieren und sich in einer fremden kulturellen Umgebung angemessen bewegen zu können“. Hierbei spielt die Sprache mit ihren Möglichkeiten Verständigung, aber auch Unverständnis zu schaffen, eine herausragende Rolle. Somit widmen sich die Autoren ausführlich der Konstruktion bzw. Dekonstruktion von Begrifflichkeiten und deren Bedeutung für die beratende Arbeit.

Über Sprache werden viele Konsensprozesse zur Identitätsbildung gesteuert, unterschiedliche Kulturen kreieren auch unterschiedliche Selbstkonzepte und damit auch Formen sozialen Lebens und Verstehens. Das Buch bietet viele anregende Beispiele für kulturell geprägte Verstehensprozesse und die Bedeutung von Namen in Beratungsprozessen.

An dieser Stelle könnten MusiktherapeutInnen die identitätsbildenden Wirkungen von Musik in den jeweiligen Kulturen ergänzen, bzw. differenzierend integrieren.

Der zweite Teil beschäftigt sich mit der Praxis und den Verläufen von Beratungs-, Supervisions- oder Therapieprozessen. Die Autoren bedienen sich hier einer metaphorischen Rahmung, indem sie sich in einem fiktiven Dialog mit der Schrift eines persischen Sufis und Mystikers des 12. Jahrhunderts auseinandersetzen. Das Ringen um menschliche Erkenntnis, die sich durch „Sieben Täler“ (Themenfelder) arbeitet, wird mit Praxisbereichen der beratenden Arbeit in Verbindung gebracht. In diesem Abschnitt erweist sich das Buch als Fundgrube und Erläuterung vieler systemischer Interventionen und Theorien sowie Techniken des therapeutischen Arbeitens (z. B. Konstruktivismus, Reframing, Zirkularität, Skulpturarbeit, Rituale, Märchen, Kybernetik zweiter Ordnung etc.).

Anhand kurzer Praxisbeispiele bleibt der Inhalt transparent lebendig und leicht nachvollziehbar. Auch der Aspekt der Selbstfürsorge für den Therapeuten oder das arbeitende Team wird nicht vergessen.

Der dritte Abschnitt fokussiert unter dem Motto „Damit müssen Sie rechnen...“ spezifische Problembereiche multikulturellen Arbeitens. Der Schwerpunkt liegt hier auf bikulturellen Partnerschaften, Opfer gewaltsamer Verfolgung (PTSD), Sucht und Migration, Erziehungsschwierigkeiten (Schulprobleme), Medizin und Familien. Es werden hierbei immer wieder die innere Haltung und Methoden dargestellt und veranschaulicht.

Auch Methoden nicht ausdrücklich systemischer Schulen, die jedoch integrierbar und sinnvoll erscheinen, werden präsentiert.

Das Buch strahlt eine Offenheit für die Möglichkeiten multikulturellen Arbeitens aus, bleibt jedoch durch seine Praxisnähe und die erprobten Methoden in einem realistischen Bezugsrahmen, was die Erfolge der Arbeit betrifft. Es gibt viele Äußerungen und Informationen, die als Anregungen für eine kreativtherapeutische Arbeit dienen können.

Meines Erachtens ist das Buch leicht zu lesen und bietet durch seine Kompaktheit auch die Möglichkeit, sich relativ schnell einen allgemeinen Einblick in das systemische Arbeiten in und mit multikulturellen Kontexten zu verschaffen.

Christoph Becker, Lehrmusiktherapeut BVM, Supervisor DGSv, SG, Musiker, Mörlenbach, praxis\_becker@gmx.net

**Martin Altmeyer, Helmut Thomä (Hg.): Die vernetzte Seele.  
Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse  
Klett-Cotta, Stuttgart 2006, 372 Seiten,  
€ 38,00, ISBN: 3-608-94403-6**

Die moderne Psychoanalyse beschäftigt sich zunehmend damit, wie sehr Menschen mental miteinander verwoben und unbewusst aufeinander bezogen sind. Inter-subjektivität ist der neue Schlüsselbegriff – und möglicherweise ein verbindendes Element der verschiedenen aktuellen Richtungen. Die Herausgeber postulieren, dass es einen neuen „common ground“ geben könne, der sich als Intersubjektivität benennen und verorten ließe. Nach ihrer Auffassung geht es nicht nur darum, das „Kopf-im-Sand-Syndrom“ zu überwinden – was bedeutet, dass manche Psychoanalytiker beim Graben nach der allertiefsten Natur der Seele den Fluss des Lebens aus den Augen verloren zu haben scheinen –, sondern auch darum, dem Naturalismus von Neurobiologie und Genforschung die intersubjektiven Grundlagen des Lebens entgegen zu halten. Die Herausgeber sehen in diesen neuen Strömungen die Grundlage für einen Paradigmenwechsel, der das Bild der Psychoanalyse vom Menschen grundlegend verändern könne.

Das neue Schlüsselwort ist der Begriff der Intersubjektivität oder: Niemand ist eine Insel. Dieser Begriff bedeutet hier in verkürzter Fassung, dass der Mensch sich von Geburt an mit anderen Menschen verbunden fühlt und dass er diese Eigenschaft in seiner psychischen Struktur und Ausstattung schon mitbringt. M.a.W.: innere und äußere Wirklichkeit sind eng verwoben, oder anders formuliert: die Psyche ist von Beginn an intersubjektiv verfasst. „Intersubjektivität verweist auf die zwischenmenschliche Bezogenheit als Fundament der *Conditio humana* – im positiven wie im negativen Sinne“, schreiben Martin Altmeyer und Helmut Thomä. Und weiter: „In dieser Bezogenheit liegen nicht nur die Quellen für individuelle Erkrankungen, sondern auch für jene kollektiven Nähekonflikte zwischen Ethnien, Religionen und Kulturen, die in einer zusammenwachsenden Welt zunehmend aufbrechen und zu deren Aufklärung die Gegenwartspsychoanalyse mit Hilfe eines intersubjektiven Ansatzes beitragen kann.“ (Ebd. Vorwort, S. 5).

In dem vorliegenden Buch versammeln Altmeyer und Thomä Beiträge unterschiedlicher Autorinnen und Autoren aus den Bereichen der Psychoanalyse, der Säuglings- und Bindungsforschung und der Sozialwissenschaften. Versucht wird, einen Überblick zu vermitteln von den verschiedenen Ansätzen und ihrer Herkunft aus unterschiedlichen Schulen. Dabei finden auch die Arbeiten der frühen Objektbeziehungs- und Bindungstheoretiker wie Bowlby, Sullivan oder Fairbairn Anerkennung im Sinne von frühen Wegbereitern der intersubjektiven Wende. Letzten Endes sind es aber doch die lange Zeit geschmähten „babywatchers“, die durch ihre Säuglingsbeobachtungen das Bild vom Säugling als einer Trieb- und von Lust-/Unlustgefühlen gesteuerten Monade, welche die Umwelt nur zur Regulation und Spannungsabfuhr braucht, verändert und korrigiert haben. Aufgrund der Beobachtungen der Säuglingsforscher zeigt sich, dass die Regungen

nicht nur Reflexe sind, sondern aktiv zur Kommunikation eingesetzt werden. Die klassisch-psychoanalytische Theorie hatte die Vorstellung eines hilflosen, passiv seiner Triebnatur ausgelieferten Säuglings kanonisiert, der aus dem intrauterinen Paradies der Spannungslosigkeit in eine feindliche, per se traumatisierende Welt hineingeboren wird. Der Realität wendet er sich überhaupt nur zu, weil seine elementaren Bedürfnisse ihn dazu zwingen. Die Säuglingsforscher zeigen ein völlig anderes Bild von der frühkindlichen Welt. Ihre Befunde belegen eine aktive, intelligente und lustvolle Beschäftigung des Säuglings mit seiner Umgebung. Er ist schon sehr früh in der Lage, die äußere Realität zu kategorisieren und mit Sinn zu erfüllen, Ursachen von Handlungen und Wirkungen zu unterscheiden, Absichten zu erschließen und soziale Interaktion im Mikrobereich nicht nur zu antizipieren, sondern sogar zu steuern. Der Mensch ist also von Anfang an auf andere eingestellt, kann ohne diese Relation keine Entwicklung durchmachen. Womit zentrale entwicklungspsychologische Grundannahmen der klassischen Psychologie heute empirisch widerlegt sind. Die Monadentheorie verliert quer durch alle Schulen ihre Anhänger. Aber wie lässt sich die Alternativtheorie einer primären Intersubjektivität auch intrapsychisch plausibel machen?

Neben der Debatte um die Spiegelneuronen, die als mögliche Belege für die Beteiligung von Neuronen an Prozessen wie Empathiebildung und affektiver Übereinstimmung diskutiert werden, ist in der psychoanalytischen Diskussion das Konzept der Triangulierung und des Dritten stärker betont worden. *Thomas H. Ogden* behandelt in seinem Aufsatz „Das analytische Dritte, das intersubjektive Subjekt der Analyse und das Konzept der projektiven Identifizierung“ einen Ansatz, in dem die jeweilige Subjektivität des Analysanden und des Analytikers quasi zwei Pole sind. Diese beiden stellen gemeinsam ein Drittes her, das als gemeinsam erzeugtes Unbewusstes die Intersubjektivität darstellt und sowohl ein ‚Produkt‘ als auch ein Subjekt des gemeinsamen analytischen Prozesses ist. *Ogden* versteht diese Situation als einen dialektischen Prozess, er anerkennt die Interdependenz von Subjektivität und Intersubjektivität und betont, dass die Erfahrung des analytischen Dritten für die Beteiligten unterschiedlich und asymmetrisch sei, auch wenn sie es gemeinsam erschaffen.

Einen eigenen Ansatz vertritt *Jessica Benjamin* mit ihrem Artikel: „Tue ich oder wird mir angetan? Ein intersubjektives Triangulierungskonzept“. Ihr geht es in erster Linie darum, das Dritte als Möglichkeit und Ort zu verstehen, der einen Weg aus Kollusionen und Verstrickungen bietet. Sie wendet sich auch gegen *Ogdens* Entwurf und setzt diesem das Konzept des symbolischen oder interpersonellen Dritten entgegen. Für *Benjamin* ist dies vor allem der Raum der wechselseitigen Anerkennung, was sie am Beispiel einer (fast) gescheiterten Therapie auch beschreibt. Nach ihrer Vorstellung ist das Dritte i.S. eines triadischen Raumes mehr eine Funktion, zu der jedes reifere Subjekt fähig sein sollte.

Dennoch muss es (das Dritte) immer wieder entwickelt, hergestellt und erarbeitet werden. Die von ihr vertretene Position hier in allen Details darzustellen würde zu

weit führen, so dass dazu auf die Lektüre verwiesen werden muss. Als Kurzfassung: Nicht erst der ödipale Vater repräsentiert das Dritte, sondern bereits in einem frühen vorsprachlichen Entwicklungsstadium konstituiert sich Anerkennung in der Interaktion des Kindes mit der Mutter, über affektive Resonanz und die Rhythmicität wechselseitiger Bezogenheit, in einer so genannten „Gemeinschaft im Dritten“ als eines intersubjektiven Produkts. Aus der Fähigkeit der Mutter, die Äußerungen ihres Kindes markiert zu spiegeln, erwächst „symbolische Triangulierung“, in der beide Funktionen des „Dritten“ zum Tragen kommen: „harmonische Einstimmung“ als „Gemeinschaft im Dritten“ und „Differenzierung und Containing“ als das „Dritte in der Gemeinschaft“ – für Jessica Benjamin Voraussetzung für den analytischen Prozess. Denn es geht um mehr als bloß um Intersubjektivität: Wenn ein Steckenbleiben der therapeutischen Beziehung dadurch verhindert werden kann, dass man ein „Drittes“ zwischen Analytiker und Analysand schiebt – etwa moralische Prinzipien wie Verantwortung –, so ist nicht nur die Intersubjektivität in die Analyse geholt worden: Es ist eine Vergesellschaftung der Seele.

Für die Herausgeber ergibt sich hier eine Art Kernbefund, denn sie beurteilen die gegenwärtige Zeitentwicklung quer zu allen Wissenschaftsdisziplinen dahingehend, dass nicht mehr die „Sexualität, sondern die Identität das Hauptproblem unserer Zeit...“ sei. Dies würde dazu führen, dass die intrapsychische Sicht der Psychoanalyse durch die intersubjektive Sicht erweitert und ergänzt werden müsse, um die Zersplitterung zu überwinden und mehr Anerkennung im Dialog mit den Neurowissenschaften zu gewinnen.

Wie die einzelnen Beiträge dieses Sammelbandes auf diese Fragestellung eingehen und welche Aspekte im Einzelnen betont und hervorgehoben werden, kann hier nicht im Detail dargestellt werden. Von Fragen der Bindungs- und Beziehungstheorie als Bestandteil der relationalen Psychoanalyse (Beitrag von Aron/Harris und Beebe/Lachmann) über Aspekte des intersubjektiven Zugangs zur traumatischen Erfahrung (Orange/Stolorow/Atwood) bis hin zur qualitativen Psychotherapieforschung im Rahmen der Metaphernanalyse (Buchholz) werden unterschiedliche Aspekte von Intersubjektivität unter einem jeweils eigenen Blickwinkel behandelt.

Aus musiktherapeutischer Sicht gibt es aus meiner Sicht gerade in den wichtigen Themenbereichen, die sich sowohl implizit als auch explizit in verschiedenen Spielarten und Darstellungen durch das Buch ziehen, nämlich „Subjektivität – Intersubjektivität – Realität“ oder auch „Ich – Du – das Dritte“ oft sehr überraschende Momente im Sinne eines *déjà-vu*, da ich an Entwicklungen aus der kunst- und musiktherapeutischen Theoriebildung und Forschung erinnert werde, die sich vor mehr als 20 Jahren abzeichneten. Ich glaube, dass in den Ansätzen von Knill, Petersen, Tüpker et al. in der kunst- und musiktherapeutischen Forschung etwas steckte, was nun durch die Psychoanalyse erst ‚eingeholt‘ wird. In vielen Beiträgen wird die Suche nach einem symbolischen Dritten thematisiert, das zum einen

die Realität der Intersubjektivität bezeugt und zum anderen eine Art Zufluchtsort bietet, wenn die Beziehung durch allzu intime Verstrickungen beschädigt ist oder beschädigt zu werden droht.

Wer sich mit den aktuellen Zeitdebatten auf einem theoretisch hohen Niveau auseinandersetzen will, für den ist dieses Buch sicherlich eine Fundgrube nicht nur im Sinne einer bloßen Wissensvermehrung, sondern auch als Bereicherung des therapeutischen Blicks und der Entwicklung erweiterter Perspektiven.

Manfred Kühn, Dipl. Musiktherapeut  
Psychotherapie, Steinfurt  
kuehn-steinfurt@t-online.de



## Die Autoren

### Udo Baer

Neukirchen-Vluyn – geb. 1949, Dr. phil., Dipl. Pädagoge, Kreativer Leibtherapeut. Langjährige Tätigkeit in der sozialen Projektarbeit, als Dozent und als Lehrbeauftragter u. a. der Universität Duisburg. Therapeutischer Leiter, Mitbegründer, Geschäftsführer und Dozent der „Zukunftswerkstatt therapie kreativ“. Weiterentwicklung kreativer Therapien und deren Verknüpfung mit den Herausforderungen verschiedener Praxisfelder im Rahmen von Forschungsprojekten. Herausgeber der Zeitschrift „*therapie kreativ*“. Seit langem in therapeutischer Praxis und Supervision tätig und Autor zahlreicher Veröffentlichungen, viele davon gemeinsam mit Ehefrau G. Frick-Baer.

### Silvia Breuss-Grøndahl

Kongsvinger, Norwegen – geb. 1953 in Vorarlberg, Österreich. Seit 1980 in Norwegen wohnhaft. Lehrerausbildung in Österreich, Weiterbildung in Musiktherapie, in Integrativer Bewegungstherapie und Heilpädagogik in Oslo, Norwegen und Masterstudium in Integrative Supervision an der Donau-Universität Krems, norwegische Ausbildungsgruppe. Langjährige Erfahrung als Musiktherapeutin, Beraterin und Heilpädagogin in pädagogischen Feldern (Kindergarten, Grundschule, Gymnasium, Erwachsenenbildung). Arbeitet privat mit Integrativer Therapie mit Klienten, und Musiktherapie und Supervision mit Gruppen.

### Constanze Bürger

Hat an der Hochschule Magdeburg/Stendal Musiktherapie studiert. Praktische Erfahrungen machte sie in der musiktherapeutischen Arbeit mit behinderten Kindern und Erwachsenen, Kindern an einer Sonderschule, in der Erwachsenenpsychiatrie sowie im Musiktherapieprojekt mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen mit dem Schwerpunkt der psychoanalytischen Musiktherapie. Derzeit arbeitet sie als Diplom-Musiktherapeutin in einer psychosomatischen Klinik in Hannover.

### Ruth Eckhoff

Oslo, Norwegen, geb. 1955, Mastergrad in Musiktherapie, Oslo, Norwegen. Studium in Integrativer Bewegungstherapie, Düsseldorf, Deutschland, und Masterstudium in Integrative Supervision an der Donau-Universität Krems, norwegische Ausbildungsgruppe. Langjährige Erfahrung als Musiktherapeutin, Beraterin und Pädagogin in der Psychiatrie, in pädagogischen Feldern und privat mit therapeutischer Arbeit zur Selbstentwicklung und Supervision mit Einzelpersonen und Gruppen.

### **Elena Fitzthum**

Dr. sc. mus., Musiktherapeutin, Supervisorin und Psychotherapeutin für Integrative Gestalttherapie. Seit 1990 Arbeit in freier psychotherapeutischer Praxis sowie Elternberatung in einem Ambulatorium. Seit 1992 Lehrtherapeutin an der Universität für Musik und darstellende Kunst Wien und seit 1999 für das bam in Zürich. Ebenso Lehrmusiktherapien für das Freie Musikzentrum München und für den Masterstudienlehrgang Augsburg. Mitwirkende beim Curriculum „Postgraduale Weiterbildung in Musiktherapie und Lehrmusiktherapie“. Mitbegründerin des WIM (Wiener Institut für Musiktherapie) und Mitherausgeberin der Buchreihe „Wiener Beiträge zur Musiktherapie“, derzeit 8 Bände. Delegierte für Österreich im EMTC (European Music Therapy Confederation). Bücher: „Von den Reformbewegungen zur Musiktherapie“, Band 6 (Fitzthum) und „Give them Music“, Band 7 (Fitzthum/Gruber), beide in der Reihe „Wiener Beiträge zur Musiktherapie“ (Edition Praesens) 2003 erschienen.

### **Susanne Barbara Hausmann**

geb. 1960, Dipl.-Kirchenmusikerin, Dipl. Musiktherapeutin, Weiterbildung in „Bewegungs- und Tanzerziehung“ sowie in „Rhythmik“, 1982–1990 Organisten- und Chorleitertätigkeit; 1985–1988 Unterrichtstätigkeit an Musikschulen in den Fächern Klavier und Musikalische Früherziehung; seit 1999 Leitung von „Mutter-Kind-Gruppen“, musiktherapeutische Tätigkeit in Altenpflegeheimen und im gerontopsychiatrischen Wohnbereich, dort Durchführung eines regelmäßig stattfindenden „Alzheimer-Tanzcafés“; ferner Lehrtätigkeit an Altenpflegehochschulen.

### **Keiko Matsui**

geboren in Osaka (Japan), seit 1994 in Berlin. Studium in Japan (Master of Arts: Fach Musikwissenschaft. Lehrerlaubnis für Musikunterricht an Schulen), Studium der Musiktherapie an der Universität der Künste Berlin (Diplom 2004), musiktherapeutische Praktika in verschiedenen Institutionen. Zur Zeit tätig als sozialpädagogische/sonderpädagogische Einzelfallhelferin in Berlin.

### **Susanne Metzner**

Prof. Dr., ist Koordinatorin des Studienganges Musiktherapie an der Hochschule Magdeburg-Stendal. In ihrer Lehr-, Forschungs- und internationalen Publikationstätigkeit setzt sie Schwerpunkte bei der psychoanalytischen Musiktherapie, der Musik-Imaginativen Schmerztherapie, dem therapeutischen Einsatz von Improvisation und der Bedeutung des Körpers in der Therapie sowie den soziokulturellen Kontextbedingungen musiktherapeutischer Praxis.

### **Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion Petzold**

Emeritus für Psychologie FU Amsterdam, lehrt als wissenschaftlicher Leiter an der Donau-Universität Krems Psychotraumatologie und Supervision. Arbeitsschwerpunkte: Vergleichende Psychotherapie, Kreative Therapieverfahren, Gerontothe-

rapie, klinische Entwicklungspsychologie. Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit und Kreativitätsförderung (Fritz Perls Institut), Wefelsen 5, 42999 Hückeswagen.

### **Gerhard Tucek**

Mag. Dr. phil., Kultur- und Sozialanthropologe, Kulturwissenschaftler, Musiktherapeut, Studiengangsleiter des Lehrgangs für Altorientalische Musiktherapie (in Kooperation mit der Wiener Internationalen Akademie für Ganzheitsmedizin). Lektor am Institut für Kultur- und Sozialanthropologie der Universität Wien, am Institut für islamische Religionspädagogik der Universität Wien sowie an der Universität für Musik und Darstellende Kunst Wien, 2004–2006. Wissenschaftliche Leitung des Bereichs Musiktherapie und Musikmedizin am Herbert von Karajan Centrum in Wien, Nationale und internationale Vortrags-, Seminar- und Konzerttätigkeit zu den Themenkreisen Ethnomusik, Ethnomusiktherapie, musikalische Wirkungs- und Rezeptionsforschung, Interkulturelle Kommunikation.



## Sachregister

- Altorientalische Musiktherapie 1, 104,  
107f., 111, 120, 216  
Aufnahmeprüfungen 20
- Baraka 106  
Begegnungsmodus 113fff.  
Beheimatung 18, 25f.
- Chronobiologie 118
- Depression 13, 24, 150, 152, 198, 201  
Diaspora 101
- Ethno-Musik-Therapie 117, 118, 123  
Exil 12, 21, 27f., 39
- Familiengeschichte 26ff., 65  
Familienstammbaum 27  
Fremdheit 38, 42, 74, 112fff., 116f., 123
- Ghina 97  
Gruppenmusiktherapie 35, 136, 139
- Hautpotential 10  
Hautwiderstand 120  
Heimat 8, 14ff., 17ff., 21, 24ff., 27f., 38,  
41, 44f., 49, 51, 54, 80, 82f., 87fff.  
Heimatlosigkeit 26, 85  
Humoralmedizin 118  
Hybridität 108
- Identität 17ff., 29, 31, 40, 50, 52, 62, 76,  
79, 83, 85ff., 91, 112, 116, 118, 120,  
212
- Improvisieren 23, 87, 93, 142  
Interkulturalität 111, 122  
Interkulturelle Arbeit 79  
Internationale Migration 27  
Islam 9, 96ff., 121fff.
- Klavierunterricht 21, 22  
Korea 8, 11f., 17, 28–39, 145, 149, 152, 159  
Kulturelle Kompetenzen 19, 38  
Kulturtransfer 37f., 111
- Lebensgeschichte 27, 37  
Lehr-Musiktherapie 11, 14f., 17fff.,  
22ff., 26, 28, 38f., 161, 163, 216
- Makam 104, 117  
Menschenbilder 18  
Migration 11–30, 41–57, 208f.  
Migrationshintergrund 11f., 26, 38,  
41–50  
musikalische Sozialisation 21f.  
Musikfeindlichkeit 97f.  
Musikmedizin 20, 217  
Musiqi 97  
Muskelaktivität 120
- Nationale Migration 38
- Partizipation 59, 61, 64, 66f., 72, 75  
Pentatonisch 20, 117  
Pioniere, -generation 16, 20, 202  
Probearbeiten 20, 27  
psychoanalytische Musiktherapie 67  
Psychotherapie 30, 39, 52, 54, 66, 135,  
171, 178, 186, 191f., 197, 206, 212
- Quainat 96
- Rekonstruktion 19, 38  
Re-migration 11, 25, 29  
Riyazed 100
- Sama 98  
Scham 19, 33, 37f., 60, 73f., 82f., 98, 130,  
140  
Schamanistische Heilverfahren 30f.  
Sowjetunion 14  
soziales Sterben 68  
Studienmigration 11, 16  
Sufismus 99, 106f., 110, 123
- Therapeutische Beziehung 207  
Tiefenpsychologie 20  
Trauer 24, 30, 65, 77, 81f., 88, 90f., 93,  
127, 134

Trauma 77, 78  
Traumatisierung 23, 26, 28f.

Verraumen 79, 92  
Verzweiflung 85ff., 88, 90

Wertekategorien 30, 31, 33  
Wiener Schule 11, 16, 18, 20, 33, 35, 37, 39  
Wiener Studium 17

Zorn 85, 88, 90  
Zugehörigkeit 8, 56, 63, 77, 79, 85, 88ff.,  
92

## Personenregister

Adelhardt, A. 121  
Aasgaard, T. 191, 193  
Albrecht, N.-J. 56f.  
Aldridge, D. 40, 110ff., 121, 123  
Al-Faruqi, L. I. 121  
Altmeyer, M. 210  
Arnesen, M. T. 174, 191  
  
Bachmaier-Eksi, M. 111, 121  
Baer, U. 50, 56, 69, 71, 77, 79ff., 215  
Balzer H.-U. 120, 122  
Bandura, A. 175, 191  
Bang, C. 204  
Barenboim, D. 7  
Becker, C. 209  
Benari, N. 204  
Benjamin, J. 211f.  
Berger, P. L. 129, 143  
Bergson, H. 130, 143  
Bernhardt, J. A. 128, 130f., 135, 143  
Bernius, V. 197  
Bernstein, L. 132f., 143  
Berry, J. W. 155, 159  
Bhabha, H. K. 108, 121  
Bjørklund, H. K. 191  
Bonin, D. 122  
Boucsein, W. 120f.  
Bowlby, J. 210  
Bowler, R. M. 156, 159  
Braak, P. 50, 55f., 69ff., 77  
Brandes, V. 113, 121  
Breuss, S. 6., 9, 169ff., 191, 194, 215  
Brown, J. 71, 77  
Bruscia, K. 173, 192

Buchholz, M. 65, 77, 212  
Bureš, J. 120f.  
Bürger, C. 5, 8, 59ff., 215  
Burghardt, M. 206  
  
Campbell, J. 114, 121  
Carlquist, E. 176f., 192  
Castelliz, I. 21  
Chottin, A. 121  
Choudhury, M. 98, 121  
Czerny, K. 22  
  
Darnley-Smith, R. 5, 145  
De Baker, J. 206  
De Jong, J. 52, 56  
Decker-Voigt, H.-H., 39, 40, 65, 77f.  
Dettmers, C. 56f.  
Dietzsche, P. 121  
Dittmann, K. 104, 106, 121  
Dornes, M. 86, 93  
During, J. 98, 121, 162  
  
Eckhoff, R. 6, 9, 169ff., 191, 194, 215  
Egner, H. 123  
El Hachimi, M. 208  
Elias, N. 109, 121  
Endreß, G. 122  
Engel, C. 96, 98, 122  
Engel, H. 122  
Erdheim, M. 68, 77  
Esch, A. 4  
Eschenröder, C. T. 135, 137, 144  
Eschenröder, C. T. 135, 137, 144

- Farmer, H. G. 96, 122  
 Fasching, G. 121f.  
 Ferber, J. 143  
 Ferstl, E. 120, 122  
 Feuser, G. 203  
 Findeisen, B. 50, 56  
 Fischer, G. 72, 77  
 Fitzthum, E. 5, 8, 11fff., 216  
 Forinash, M. 174, 192  
 Foucault, M. 172, 192  
 Freud, S. 128, 143, 161  
 Frick-Baer, G. 82, 89, 92f., 215  
 Frieske, M. 121  
 Frisk, R. S. 174, 192  
 Fritz, F. M. 120, 122, 161, 194  
 Frohne-Hagemann, I. 4, 18, 39, 50, 56f.,  
     65, 173f., 192  
 Frühmann, R. 162f.  
 Frühwirth, M. 122  
 Fürmaier, A. 205
- Giesen, B. 122  
 Gindl, B. 136f., 139, 144  
 Goethe, J. W. von 7, 10, 21  
 Gold, C. 92, 207  
 Gottfried, K. 170, 179, 192  
 Gruber, P. 28, 39, 216  
 Gudikunst, W. B. 111, 122  
 Guettat, M. 96, 122  
 Gürses, H. 13, 39  
 Güvenç, R. O. 101fff., 122
- Haas, R. 71, 77  
 Han, Sung Ae 11, 28fff.  
 Hartmann, D. 105, 122  
 Hartogh, T. 57  
 Hausmann, S. 5, 9, 125fff., 216  
 Haustein, A. 107, 122  
 Hecht, K. 120, 122  
 Heckmann, C. 122  
 Hegemann, T. 46, 51, 56f.  
 Hegi, F. 143, 144  
 Heinze, S. 127, 144  
 Heusser, P. 122  
 Hidas, G. 201f.  
 Hildebrandt, G. 122  
 Hill, J. 43, 56  
 Hochapfel, G. 139, 144
- Hoffmann, S. O. 139, 144  
 Holloway, E. 172, 192
- Ihm, E. H. 35, 39, 106  
 Isene, I. 174, 192  
 Isermann, H. 206  
 Izenberg-Grzeda, C. 5, 145
- Jahn-Langenberg, M. 163  
 Janich, P. 105, 122  
 Johannessen, E. 192  
 Jürgens, G. 208
- Kenner, T. 122  
 Kenny, C. 77  
 Kermani, N. 98f., 122  
 Kim, U. 159  
 Kim, Y. Y. 35, 111, 122, 156, 159  
 Knill, P. 212  
 Kobayashi-Weinsziehr, R. 52, 56  
 Koch-Temming, H. 50, 56f., 205  
 Köck-Hatzmann, S. 204  
 Koestler, A. 129, 144  
 Koffer-Ullrich, E. 16  
 Kogoj, C. 13, 39  
 Kokkersvold, E. 192  
 Koptelzewa, G. 42, 46, 56  
 Kraemer, M. 52, 56  
 Kristiansen, F. 177, 192  
 Kronsteiner, R. 27, 39  
 Krusche, D. 122  
 Kühn, M. 213  
 Kümmel, W. F. 100, 122
- Landsiedel-Anders, S. 4  
 Lang, L. 77  
 Langer, S. 71, 77, 131  
 Laqua, M. 4  
 Lass, E. 12, 39  
 Lehofer, M. 122  
 Leitzinger-Mechtler, C. 21, 39  
 Leschetizky, T. 22  
 Lévi-Strauss, C. 27, 30f., 39  
 Lewicki, R. 122  
 Loos, K. 197ff.  
 Loos-Frank, B. 197  
 Lorenzer, A. 68, 77  
 Lux, M. 122

- Maack, C. 51, 54, 57  
 Machleidt, W. 45, 57  
 Maranto, Ch. D 39  
 Matsui, K. 5, 8, 41fff., 216  
 McInerney, Ú. 77  
 Merkt, I. 52, 57  
 Merkt, I. 52, 57  
 Metzner, S. 5, 8, 59ff., 77, 216  
 Mitscherlich, A. 65, 69, 77  
 Mitzlaff, S. 77  
 Mohammadzadeh, Z. 42, 57  
 Moody, R. A. 130, 144  
 Moscovici, S. 175f., 192  
 Moser, M. 120, 122  
  
 Nadig, M. 68f., 78  
 Neuhäusel, R. 204  
 Nöcker-Ribaupierre, M. 5, 145, 160,  
 167, 202  
 Noordergraaf, A. 122  
  
 Oberegelsbacher, D. 18, 39, 40, 163  
 Oberg, K. 157, 159  
 Ogden, T. 211  
 Okasaki-Sakaue, K. 5, 145  
 Okazaki, K. 151, 159, 167  
  
 Padilla, A. M. 159  
 Patey, H. 5, 145, 163, 167  
 Penter, R. 122  
 Penter, R. 122  
 Perching, B. 12, 39  
 Peters, U. H. 128, 144  
 Petersen, P. 212  
 Petráň, M. 120f.  
 Petzold, H. G. 6, 9, 127, 163, 169fff.,  
 192ff.  
 Pieper, J. 105f., 122  
 Plahl, C. 56f.  
 Pleß-Adamczyk, H. 50, 56  
 Plessner, H. 129, 144  
 Pontvik, A. 22  
 Prause-Weber, M. 203ff.  
 Prieler Woldan, M. 108, 123  
  
 Raffai, J. 201f.  
 Rentmeister, U. 205  
 Rez, H. 52, 56  
  
 Richter, C. 47, 57  
 Riedesser, P. 72, 77  
 Roeske, C. 50, 57  
 Röhl, M. 43, 56  
 Rüsen, J. 77  
  
 Said, E. na Okasaki-Sakaue 7  
 Salman, R. 56f.  
 Salmon, S. 203ff.  
 Sartorius, N. 159  
 Schäffter, O. 111fff., 123  
 Scheiblaue, M. 203ff.  
 Schimmel, A. 96, 98, 123  
 Schirmer, H. 4, 5, 9  
 Schmidt-Giovanni, S. 204  
 Schmölz, A. 16, 18, 20f, 39f.  
 Schulze, H. 43ff., 57  
 Schwaiblmair, F. 47, 57  
 Sebal, W. G. 82, 93  
 Sedminek, A. 122  
 Seidel, A. 65, 78  
 Seitz, E. 4  
 Shiloah, A. 95, 123  
 Sluzki, C. E. 45, 57  
 Soboczynski, A. 83, 93  
 Sondermann, D. 200  
 Spohn, C. 49, 57  
 Stelzhammer-Reichardt, U. 204  
 Stern, D. 86, 93, 136, 144  
 Stige, B. 64, 66, 71, 77, 177, 193  
 Storz, D. 18, 39, 40, 163, 206  
 Straub, J. 77  
 Strehlow, G. 77  
 Sullivan, H. 210  
 Sutter, U. 204  
 Sutton, J. 77f.  
  
 Tebart, A. 121  
 Tebart, A. 121  
 Thomä, H. 210  
 Timmermann, T. 142, 144, 199  
 Titze, M. 130, 135, 137, 144  
 Tjarks, I. 204  
 Touma, H. H. 96, 123  
 Trautmann-Voigt, S. 144  
 Tröbinger, W. 207  
 Tucek, G. 5, 9, 95ff., 123, 216  
 Tüpker, R. 161, 163, 212

Vedeler, L. 192  
Voigt, B. 77, 144  
von Cysarz, D. 122  
von Cysarz, D. 122  
von Schlippe, A. 208

Waldenfels, B. 115, 123  
Watson, T. 5, 145  
Weber, M. 123  
Weber-Guskar, J. 17, 18, 26, 40  
Weigl, V. 21, 39

Weiller, C. 56f.  
Wernhart, K. 123  
West, U. 207  
Wickel, H. H. 57

York, E. 5, 145, 149, 167  
York, E. 5, 145

Zapotoczky, H. G. 122  
Zimmer, M.-L. 197  
Zips, W. 123

## forum zeitpunkt · zeitpunkt musik

### **Jahrbuch Musiktherapie · Music Therapy Annual**

Band 1 (2005): Forschung und Entwicklung  
196 S., kart. (978-3-89500-460-5)

Band 2 (2006): Schöpferisches Potential der  
Musiktherapie vor dem Hintergrund gegen-  
wärtiger Rahmenbedingungen  
196 S., kart. (978-3-89500-488-9)

### **Reader Musiktherapie**

Klanggeleitete Trance, musiktherapeutische  
Fallsupervision und andere Beiträge  
Von Wolfgang Strobel  
1999. 232 S., kart. (978-3-89500-135-2)

### **Musiktherapie mit Leib und Seele**

Gertrud Katja Loos.  
Leben – Werk – Erinnerungen  
Hg. von Marie-Luise Zimmer,  
Brigitte Loos-Frank und Volker Bernius  
2006. 340 S., 16 Abb., kart. (978-3-89500-466-7)

### **Musiktherapie in der Schule**

Hg. von Rosemarie Tüpker, Natalie Hippel  
und Friedemann Laabs  
2005. 176 S., 16 Abb., kart. (978-3-89500-471-1)

### **Fenster zur Musiktherapie**

Musik-therapie-theorie 1976–2001  
Von Isabelle Frohne-Hagemann  
2001. 322 S., kart. (978-3-89500-255-7)

### **Ritual, System, Ressource**

Konzepte in der Musiktherapie  
Hg. von Monika Nöcker-Ribaupierre  
2005. 160 S., 15 Abb., kart. (978-3-89500-458-2)

### **Rezeptive Musiktherapie**

Theorie und Praxis  
Hg. von Isabelle Frohne-Hagemann  
2004. 484 S., 20 Abb., kart. (978-3-89500-389-9)  
*Auch in Englisch erhältlich.*

### **Musik als Begegnung**

Schöpferisches Handeln zwischen Pädagogik  
und Therapie  
Von Klaus Leidecker  
2002. 164 S., kart., (978-3-89500-256-4)

### **Tiefenpsychologisch orientierte Musiktherapie**

Bausteine für eine Lehre  
Von Tonius Timmermann  
2004. 152 S., geb. (978-3-89500-399-8)

### **Zur Idee des therapeutischen Nachnährens – was kann Musiktherapie leisten?**

Hg. von Dorothee von Moreau  
und Andreas Wölfl  
2002. 112 S., kart. (978-3-89500-295-3)

### **Empfinden – Hören – Sehen**

Welche Zugänge wählen nonverbale Psycho-  
therapien? Am Beispiel der Diagnose „Persön-  
lichkeitsstörung“  
Hg. von Tonius Timmermann  
2004. 180 S., 31 Abb., kart. (978-3-89500-379-0)

### **„Ich wachse, wenn ich Musik mache“**

Musiktherapie mit chronisch kranken  
und von Behinderung bedrohten Kindern  
Hg. von Barbara Müller-Oursin  
2005. 108 S., kart. (978-3-89500-472-8)

### **Verschmerzen**

Musiktherapie mit krebserkrankten Frauen  
und Männern im Spannungsfeld von kurativer  
und palliativer Behandlung  
Hg. von Almut Seidel  
2005. 208 S., 41 Abb., kart. (978-3-89500-457-5)

### **ZwischenWelten**

Musiktherapie bei Patienten mit erworbener  
Hirnschädigung  
Hg. von Monika Baumann und Christian Gessner  
2004. 340 S., kart. (978-3-89500-371-4)

### **Hören – Spüren – Spielen**

Musik und Bewegung mit schwer-hörigen  
und gehörlosen Kindern  
2006. 272 S., 29 Abb., kart. (978-3-89500-470-4)  
*Auch in Englisch erhältlich.*

### **„Lärmende Stille im Kopf“**

Hg. von Ute Rentmeister  
2006. 112 S., 20 Abb., kart. (978-3-89500-535-0)

### **Das Buch vom Monochord**

Hören – Spielen – Messen – Bauen  
Von Jan Dosch und Tonius Timmermann  
2005. 192 S., 225 Abb., kart. (978-3-89500-301-1)

### **Vom Wesen des Atems**

Herta Richter im Gespräch  
mit Dieter Mittelsten Scheid  
2006. 144 S., kart. (978-3-89500-536-7)

### **Atemwelten**

Hg. von Herta Richter  
2005. 192 S., kart. (978-3-89500-459-9)