

Möglichkeiten und Formen emotionaler Differenzierung im musiktherapeutischen Erstkontakt mit schizophrenen Patienten

Options and Means of Emotional Differentiation in Initial Music Therapy Contact with Schizophrenic Patients

Sylvia Kunkel, Münster

Schizophrene Erkrankungen sind durch Entdifferenzierungsprozesse auf unterschiedlichen Ebenen charakterisiert. Der folgende Beitrag nähert sich diesen grundlegenden Dimensionen schizophrenen Selbst- und Welterlebens zunächst aus der Sicht Betroffener an und wendet sich dann kritisch der Frage zu, wie (differenziert?) schizophrene Menschen ihrerseits im gesellschaftlichen und therapeutischen Kontext wahrgenommen werden. Die Aussage, dass (emotionale) Differenzierung (hier wie dort!) Not tut, ist gleichermaßen Resultat dieser Darlegungen wie Wunsch und Forderung.

Vor dem Hintergrund einer detaillierten Untersuchung von zwölf musiktherapeutischen Erstkontakten mit schizophrenen Patienten legt die Autorin dar, dass und wie sich bereits im Rahmen des ersten gemeinsamen Improvisierens von Patient und Therapeutin Ressourcen zu Strukturbildung, Selbstberuhigung und Intentionalität entfalten können und damit einhergehend Prozesse sich verändernder (Beziehungs-) Dynamik und emotionaler Differenzierung.

Schizophrenic disorders are characterized by dedifferentiation processes at varying levels. The following article looks closely at the fundamental dimensions of the schizophrenic's experience of self and the world, beginning with the perspective of people who are afflicted and then addresses the critical question as to how (differentiated?) schizophrenic people, in turn, are perceived in society and in the therapeutic context. As a result of this study, the necessity of (emotional) differentiation (in both cases!) becomes evident, as well as wishes and desires.

Based upon a detailed study of twelve initial contact sessions of music therapy with schizophrenic patients, the author illustrates how resources leading toward structural development, self reassurance, and intentionality can evolve within the framework of initial patient-therapist improvisations. This process results in changing (relationship) dynamics and emotional differentiation.

(Emotionale) Differenzierung tut Not!

Prozesse der Entdifferenzierung (Searles) erscheinen im Rahmen schizophrener Erkrankungen „als eine radikale Fortsetzung der fundamentalen Symptome“ (Benedetti 1994, S. 31) und können als „direkte Manifestationen dieses Leidens“ (ebd.) verstanden werden. Der Verlust differenzierender, ordnender und hierarchisierender Funktionen des Ich manifestiert sich auf unterschiedlichen Ebenen als Verlust von Ordnung(en), Sinn, Einheit und Ganzheit. Schizophrene Menschen erleben sich als „außerhalb der natürlichen Ordnung“ (zit. nach Bock 1997, S. 280). Vor dem Hintergrund eines zumeist lange vor Ausbruch der manifesten Erkrankung bestehenden Grundgefühls der Isolation und Einsamkeit empfinden die Betroffenen sich, andere und anderes als fragmentiert, chaotisch, undurchschaubar, bedroht und bedrohlich. Neben dem fortschreitenden Verlust des Kontaktes zu anderen Menschen und zur umgebenden Welt werden Gefühle der Fremdheit auch sich selbst, dem eigenen Erleben, Denken und Fühlen dominierend: „Wenn ich Angst habe, bin nicht ich es, der sie spürt. Ich werde von ihr verschluckt; ich fühle gar nichts dabei“ (zit. nach Benedetti 1992, S. 159), erklärt ein schizophrener Patient seinem Therapeuten. Das Aufeinanderprallen simultan entgegengesetzter Motivationen und Affekte vermögen die meisten Schizophrenen im Zustand ihrer akuten Erkrankung nicht als Widerspruch oder Gegensatz zu erleben. In der Psychose, so ein Betroffener, manifestiert sich die „Gleichzeitigkeit der Gegensätze“ (zit. nach Bock 1997, S. 230), wodurch die aus Gegensätzlichkeit resultierende Spannung als aufgehoben erlebt wird: „Psychose ist, wenn die Spannung gelöst wird“ (zit. nach Bock et al. 1995, S. 48). Aufgehoben jedoch nicht im dialektischen Sinne sondern in der Loslösung von Dialektik, Kausalität und Gemeinschaft; in der Befreiung vom Realitätsprinzip. Der Preis hierfür ist jedoch hoch: In der Aufhebung alles Kontradiktorischen, in Gleich-Zeitigkeit und Gleich-Gültigkeit kann Alles Alles sein oder bedeuten, drohen Stillstand und Leere, Überbeweglichkeit und Überflutung gleichermaßen: „Alles oder Nicht, heißt das Ziel, welches Gesundheit büßt“ (zit. nach Roggendorf/Rief 2006, S. 39), heißt es im „Manifest eines Schizophreniekranken“, und das fehlende „s“ am Ende des „Nicht“ ist durchaus kein Druckfehler!

Die aus den beschriebenen Prozessen der Entdifferenzierung und der damit einhergehenden spezifischen Formen der Spannungsfreiheit in paradoxer Wendung gerade resultierenden intrapsychischen Spannungen werden jedoch immer unerträglicher: „Ich hatte Angst, mich im Kopf zu verwickeln, ich wollte Ordnung im Hirn und verstrickte mich immer mehr“ (Schiller 1995, S. 332), schreibt eine junge schizophrene Patientin. Schließlich scheint alles durcheinander und ineinander zu geraten, auch Ich und Gegenüber: „Es ist eine Art Ansteckung; ich vermische mich mit jedem. Es werden mir ganz fremde Teile angeklebt ... Irgendwie habe ich auch Angst, aus dem anderen mich selbst zu machen“ (zit. nach Benedetti 1994, S. 187). Von Grauen und Angst überwältigt oder in Zuständen der Leblosgigkeit und Leere erstarrt, erleben sich die meisten Betroffenen als „vollkommen unfähig, irgendein Gefühl in Worten auszudrücken“ (entn.: Kempker 1991, S. 44).

„Und dann war ich nicht in der Lage, die seelischen Dimensionen in die Sprache umzusetzen, *weil die Kompetenz der Sprache einfach nicht weit genug reicht*“ (in Bock 1997, S. 229, Hervorhebung S. K.), klagt ein schizophrener Patient, und beschreibt weiter: „Ich müsste meine sprachlichen Fähigkeiten ... erweitern, erweitern um die emotionalen Dinge“. Ein anderer Betroffener hat sogar den Eindruck, dass sich „mit einer weicheren Sprache ... Psychosen vermeiden bzw. integrieren“ (ebd., S. 296) ließen. Dass wir als Musiktherapeuten für diese „weichere Sprache“ in besonderem Maße sensibilisiert sein dürften, darauf verweist die Reflexion einer jungen schizophrenen Frau im Rückblick auf ihre akute Psychose, in der sie lange Zeit nur noch „unverständlich“ und „wirr“ sprechen konnte: „Sie [die Worte, S. K.] kamen ganz von allein und sollten überhaupt nichts bedeuten ... Es war nur der Klang, der Rhythmus, der einen Sinn ergab“ (Renée in Sechehaye 1973, S. 94).

Wie aber erlebt das Gegenüber – „die Gesellschaft“ – schizophrene Menschen? Differenziert?

Während sich unter der *Krankheit* Schizophrenie nur die wenigsten Menschen Konkretes vorstellen können, sind die *Begriffe* „schizophren“ und „Schizophrenie“ den meisten Menschen geläufig: Werden sie doch nur allzu oft im alltäglichen Sprachgebrauch, in der Tagespresse und im Fernsehen als *Metapher* für widersinniges, verworrenes, unheimliches oder unverständliches Tun unterschiedlichster Art verwendet – wir alle kennen zahlreiche Beispiele dafür aus Presse und Fernsehen (Geben Sie einmal den Suchbegriff „schizophren“ bei google ein – Sie werden mehr über „schizophrene Politik“ und ebensolche Politiker lesen als über die *Krankheit* Schizophrenie!). Dieser gesellschaftliche Umgang mit dem *Begriff* „schizophren“ hat schwerwiegende Folgen: Kaum eine Diagnose im psychiatrischen Bereich wird so gefürchtet und mit Eigenschaften wie gefährlich, aggressiv, unheimlich und unberechenbar assoziiert wie die *Diagnose* Schizophrenie. „Schizophrenie als Diagnose verbreitet Schrecken und Pessimismus. Anstatt Orientierung [...] zu geben, wird sie häufig als Urteil erlebt“ (Amering und Schmolke 2007, S. 20). Hier – ebenfalls – von „Entdifferenzierung“ zu sprechen, mag „fachsprachlich“ inkorrekt sein, ganz abwegig erscheint es dennoch nicht: So spricht beispielsweise Finzen (2001) bezüglich der Stigmatisierung und Diskriminierung schizophrener Menschen von einer „zweiten Erkrankung“.

Und wie differenziert ist die Wahrnehmung „Professioneller“?

Psychiatrische Konzepte wie das des „Praecox-Gefühls“ (Rümke 1941) fokussieren das (Mit-) Erleben der Ferne und Fremdheit des Therapeuten im Kontakt mit dem schizophrenen Patienten. Zum Leidwesen der Betroffenen wurde aus ähnlichen Wahrnehmungen bereits Jahre zuvor gefolgert, dass das Erleben schizophrener Menschen uneinfühlbar sei – eine Auffassung, die als „Uneinfühlbarkeitstheorem“ (Jaspers 1913) in der psychiatrischen (Forschungs-) Literatur bezüglich der schizophrenen Erkrankung durchaus Geschichte hat, die (auch heute noch!) weiter wirkt. Letzteres gilt auch für psychoanalytische Theorien und Modelle: Trotz

seiner psychodynamischen Erklärungsversuche psychotischer Symptombildung glaubte Freud nicht, dass psychotische Patienten einer analytischen Behandlung zugänglich sein könnten – basierend v. a. auf seiner *Wahrnehmung*, dass schizophrene Patienten keiner Übertragung fähig seien. Empathisch spürte auch Freud die von vielen Betroffenen selbst beschriebene Fremdheit und Ferne. Dennoch oder gerade deshalb gelang es ihm nicht, einen Zugang zum Schizophrenen zu finden: Anfang Oktober 1928 schrieb er an den ungarischen Psychiatriereformer Istvan Hollos, der ihm sein gerade ins Deutsche übersetztes Buch „Hinter der gelben Mauer – von der Befreiung des Irren“ geschickt hatte: „Bei uneingeschränkter Anerkennung Ihrer Gefühlswärme ... fand ich mich doch in einer Art von Opposition, die nur nicht leicht verständlich wurde. Ich gestand mir endlich, es komme daher, dass ich diese Kranken nicht liebe, dass ich mich über sie ärgere, sie so fern von allem Menschlichen empfinde. Eine merkwürdige Art von Intoleranz, die mich gewiss zum Psychiater untauglich macht“ (zit. nach Schneider 2001, S. 196/97, Hervorhebungen S. K.). Fast 80 Jahre später kritisiert Dümpelmann: „Die Kritik am Wert der Psychoanalyse innerhalb einer sich selbst naturwissenschaftlich verstehenden Psychiatrie und die halbherzige Beschäftigung vieler Analytiker mit Psychosen haben in unheilvoller Allianz den Mythos geprägt, dass Psychosen mit psychoanalytischen Mitteln nicht behandelt werden können“ (Dümpelmann 2004, S. 149).

Als unerreichbar werden schizophrene Patienten häufig (zumindest zu Beginn der Therapie) auch hinsichtlich des Improvisierens im Rahmen der Musiktherapie beschrieben. So charakterisieren Pavlicevic und Trevarthen (1989, dargelegt nach Hoffmann 2002, S. 133ff) die musikalischen Aktivitäten schizophrener Patienten als „im Zusammenspiel isoliert“ und betonen, dass „kein gegenseitiger Kontakt in der Musik möglich wird“. Ein ähnliches Bild zeichnet sich innerhalb einer Untersuchung de Backers (2005 sowie 2007) ab, der die anfänglichen Improvisationen als „sensorisches Spiel des Psychotikers“ (2007, S. 20) charakterisiert, innerhalb dessen es „kein gemeinsam geteiltes Spiel und keine Intersubjektivität in dem Sinne, dass der Patient sich nicht in die Gemeinschaft einbringt“ (ebd., S. 27) gebe. Für das vorliegende Thema von besonderer Bedeutung ist die Aussage de Backers, dass „der Patient ... von seiner eigenen musikalischen Produktion ... emotional getrennt“ (ebd.) sei und „das musikalische Spiel für sie [die psychotischen Patienten, Anm. S. K.] keine echte Erfahrung darstellt“ (ebd.).

Diesen Untersuchungsergebnissen kann ich vor dem Hintergrund meiner eigenen Erfahrungen in der musiktherapeutischen Arbeit mit schizophrenen Patienten zumindest in dieser Uneingeschränktheit keineswegs zustimmen. Auch mir begegnen im klinischen Alltag seit nunmehr sechzehn Jahren immer wieder schizophrene Menschen, die völlig zurückgezogen sind, kaum oder gar nicht (mehr) sprechen und sich in einer eigenen, ihrem jeweiligen Gegenüber verschlossenen Welt zu befinden scheinen. Zumeist sind es genau diese schizophrenen Patienten, die aus genau diesen Gründen zur Musiktherapie angemeldet werden: Vielleicht geht „es“ ja dort, in und mit der Musik...

Zumeist können die Patienten dann auch im Rahmen des musiktherapeutischen Erstkontaktes zunächst kaum von sich erzählen, schweigen beharrlich oder überrollen mich mit nicht enden wollenden Monologen, in denen sie sich weitgehend aussparen und mich von sich fernhalten. Dann fühle auch ich mich ausgegrenzt, „auf Abstand gehalten“, manchmal völlig überflüssig und nichtig, manchmal aufdringlich und verfolgend. Vor allem aber scheint mein beharrliches Anwesendsein Eines auszulösen: Angst, Angst und noch mehr Angst! Wie eine Wand steht diese Angst zwischen dem Patienten und mir, dehnt sich unersättlich weiter aus und droht, nicht nur den Patienten zu überfluten, sondern auch unseren gemeinsamen Raum vollständig auszufüllen. Alles scheint deprimierend sinnlos und erdrückend bedeutungsvoll gleichermaßen zu sein. Biete ich dem Patienten dann an, gemeinsam mit mir zu spielen, ändert sich diese Atmosphäre zumeist schlagartig! Wie befreit springen manche Patienten regelrecht von ihren Stühlen auf und eilen zu den Instrumenten, andere bewegen sich langsam und fast andächtig – doch spürbar erleichtert, dem „Sich-gegenüber-Sein“ entfliehen zu können.

Im gemeinsamen musikalischen Spiel erlebe ich fast immer – wenn auch manchmal nur für kurze Momente – Bezogenheit und Kontakt, Gemeinsamkeit und/oder so etwas wie ein inniges Verschränkt-Sein. Diese Formen der Bezogenheit haben einen spezifischen Charakter – ihn mit Worten zu beschreiben schien mir lange Zeit fast unmöglich. Das Zustandekommen dieser Momente rührt mich jedoch immer wieder aufs Neue zutiefst! Und (glücklicherweise) nicht nur mich: Auch die Patienten selbst verspüren das erlösende Gefühl gelungener Gemeinsamkeit. Eine Betroffene beschreibt die spezifische Art und Weise dieses gemeinsamen Anwesendseins (vgl. Deuter 2007) vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen in der Gruppenmusiktherapie folgendermaßen: „Die Musik der Irren ist monoton gehalten ... Sie haben kaum ein Zusammenspiel. Der andere ist da, aber niemand verlangt etwas. ... Spielen zwei absichtlich gern zusammen, so sind sie bereit, den anderen in ihren Kopf einzubeziehen und seine Töne als eigene zu erkennen. Es ergibt eine Harmonie der beiden Einsamkeiten. Jeder lässt den anderen sein, allein für sich, dann treffen sich zwei Gleichgesinnte ... Es gibt Harmonie zweier Instrumente und zweier Seelen“ (Erlenberger 1984, S. 8) In der konkreten Situation können wir diesen Formen und Entwicklungen der Beziehungsgestaltung häufig ausschließlich in einer deutlich veränderten Atmosphäre nachspüren. Eher wenige Patienten können (oder wollen?) dieses Erleben (in diesem Moment) verbalisieren. In der Praxis und vor allem zu Beginn des gemeinsamen therapeutischen Weges erscheint auch mir eine „Verwörterung“ dieses Prozesses zumeist weder nötig noch möglich, ja, manchmal geradezu zerstörerisch! Dennoch: „Wir nehmen mehr wahr, wenn die Worte dafür bereitstehen“ (Blankenburg 1991, S. 141) – es hat mich immer gereizt, Worte zu finden für diese so schwer zu vermittelnden Formen gemeinsamen Anwesendseins.

„Jenseits von Jedem?“ Beziehungsformen und Interaktionsmuster im musiktherapeutischen Erstkontakt mit schizophrenen Patienten

Angeregt durch die erwähnten Erfahrungen habe ich mich im Rahmen meiner Dissertation vor dem Hintergrund von Selbstäußerungen schizophrener Menschen und eines psychodynamischen Verständnisses schizophrener Erkrankungen sowie der entsprechenden Literatur mit dem Thema „Grundverhältnisse, Beziehungsformen und Interaktionsmuster im musiktherapeutischen Erstkontakt mit schizophrenen Patienten“ beschäftigt und der Arbeit schließlich den eher metaphorischen Titel „Jenseits von Jedem?“ vorangestellt.

Einbezogen in die Studie wurden zwölf musiktherapeutische Erstkontakte mit Patienten, die die Diagnose einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis erhalten hatten. Dabei handelte es sich um fünf Frauen und sieben Männer im Alter zwischen 18 und 49 Jahren, die zu diesem Zeitpunkt zwischen einem und 27 Jahren erkrankt waren und erstmals mit der Musiktherapie in Berührung kamen und auch mit mir zuvor keinerlei Kontakt hatten. Der Fokus der Studie lag auf der Untersuchung unserer gemeinsamen musikalischen Improvisation mit der für die Untersuchung in mehrfacher Hinsicht abgewandelten morphologischen Methode der Beschreibung und Rekonstruktion. So wurden – unabhängig von den Improvisationen – z. B. auch die Texte der Gespräche anhand der vorgelesenen Skripte von einer Gruppe von Hörern beschrieben („Skriptbeschreibungen“). Wenngleich das Thema dieses Jahrbuchs nicht Fokus dieser Untersuchung war, fanden sich doch immer wieder Hinweise auf Prozesse und Aspekte emotionaler Differenzierung, vor allem hinsichtlich der untersuchten Interaktionsmuster und Beziehungsformen. Als „Interaktionsmuster“ wurden konkrete Handlungen und Verlautbarungen von Patient und Therapeutin in ihrem Bezug aufeinander definiert, ihre Identifizierung beruhte vor allem auf den musikalischen Analysen der untersuchten Improvisationen. Mit der Untersuchung der „Beziehungsformen“ wurden Art und Atmosphäre des gemeinsamen Anwesend-Seins beschrieben. Die Erarbeitung der Beziehungsformen beruhte weitgehend auf den zu den einzelnen Improvisationen angefertigten Beschreibungstexten. Einbezogen wurden darüber hinaus einerseits weiteres Material aus den untersuchten Erstkontakten (z. B. die Gespräche sowie die Beschreibungstexte, die zu diesen angefertigt wurden) und andererseits klinisch-diagnostische Daten und Ergebnisse weiterer Untersuchungsinstrumente wie der PANSS (Positive and negative Syndrome Scale) und der ADS-K (Kurzform der Allgemeinen Depressions Skala), deren ausführliche Darstellung hier jedoch entbehrlich erscheint.

Insgesamt kristallisierten sich zwei Gestalten heraus, von denen die erste überwiegend durch Tendenzen eines *Auseinander* gekennzeichnet ist, während die zweite tendenziell eher Bewegungen in Richtung eines *Ineinander* aufweist. Dieses Ergebnis fokussiert eine sowohl von Betroffenen (z. B. Buck/Zerchin 1999) immer wieder beschriebene als auch im Mittelpunkt psychoanalytischer Psycho-

sentheorien stehende Gegensatzeinheit: So beschreibt z. B. Mentzos (1993) einen Grundkonflikt schizophrener Menschen zwischen autophilen und allophilen Tendenzen bzw. zwischen Nähe und Distanz, der mit einer „unüberwindbaren Konfliktspannung zwischen narzisstischem Rückzug in den objektlosen Autismus und der Fusion mit einem Objekt bei Gefahr der Selbstausslöschung“ (Kapfhammer in Schwarz et al. 2006, S. 22) einhergeht. Auch Benedetti betont die „zerstörende Dialektik zwischen Nähe und Distanz“ (1994, S. 161) und beschreibt zwei grundlegende Befindlichkeiten schizophrener Menschen, „die des völligen Fremd-Seins und die der Identitätsverwischung“ (ebd. S. 160) und einen „Wechsel von auflösender Nähe und undurchdringlicher Ferne“ (ebd.). Die auch für ihn grundlegende Dimension dieser Gegensätze offenbart sich in seiner Aussage: „Autismus und Identitätskonfusion bilden die beiden Pole der Psychose“ (ebd. S. 195). Wenngleich uns Ausgestaltungen dieser beiden Pole auch innerhalb der untersuchten Improvisationen als Extreme eines Auseinander oder Ineinander begegnen, gibt es doch in zehn der zwölf Improvisationen Sequenzen eines gelingenden Miteinander, Momente auf spezifische Art und Weise gelingender „Regulierung der Objektdistanz“ (Wulff 1995, S. 192): Innerhalb von sechs der sieben Improvisationen, die überwiegend einer Bewegung des Ineinander folgen, konnten sich Beziehungsformen etablieren, die spezifische Ausgestaltungen eines Bei- oder Miteinander darstellen und deren eigentümliche Beziehungsqualität ich in enger Anlehnung an die Beschreibungstexte als „*Spielarten der ZwEINSamkeit*“ metaphorisch umschrieben habe. Innerhalb von vier der fünf Improvisationen, die auf der Beziehungsebene insgesamt eher auseinander streben, konnten sich „*Flüchtige Momente der Näherung und Gemeinsamkeit*“ ereignen.

Innerhalb der auf der Beziehungsebene als „*Spielarten der ZwEINSamkeit*“ charakterisierten Improvisationen griffen die Patienten zumeist auf Bekanntes, Vertrautes und (mehr oder weniger) Beherrschtes zurück und intonierten beispielsweise in Trommelkursen erlernte Rhythmen und Patterns, auf der Gitarre selbst Beigebrachtes oder andere früher praktizierte Formen des Umgangs mit Musik. Die musikalischen Aktivitäten dieser Patienten waren in hohem Maße willentlich intendiert und kontrolliert, sie haben *mir* als mitspielende Therapeutin mit großer Klarheit musikalische Strukturen angeboten und vorgegeben, auf die ich mich unmittelbar und ganz direkt beziehen konnte. Keiner dieser sechs Patienten versuchte, dieser Art der Bezugnahme zu entfliehen. Wir haben uns innerhalb dieser Improvisationen gewissermaßen „in vereinbarten Welten“ befunden, wie Rilke es einmal formuliert hat, wobei zumeist ich diejenige war, die sich in die von den Patienten aufgesuchten (musikalischen) Welten einfügt hat. Auf kleinste Versuche meinerseits, „Eigenes“ ins Spiel zu bringen, reagierten diese Patienten jedoch mit Irritation oder ihrerseits mir Angleichung. So drohte „Anderes“, Differierendes, Kontrastierendes, zu Bemächtigung und Auslöschung des jeweils Anderen zu führen. Infolgedessen fanden sich innerhalb dieser Improvisationen auf der Ebene der musikalischen Formenbildung häufig starr bis stereotyp wirkende rhythmische und/oder melodische Wendungen und Motive. Zahlreiche Wiederholungen und

ein bezüglich Melodik, Rhythmik und Dynamik zumeist eher monotones Spiel geben diesen Improvisationen einen Charakter des klar Strukturierten und Haltgebenden, häufig auch des Kontemplativen – manchmal aber auch des Unlebendigen oder Maskenhaften. Hier wurde auf ganz eigene Art und Weise vor allem der strukturierende Charakter der Musik genutzt, wurden Absicherungen geschaffen; Vorhersagbarkeit und Kontrollierbarkeit bestimmen den Charakter dieser Improvisationen. Fusionäre Tendenzen führten dazu, dass Gegensätzliches eingebunden und/oder die aus der Gegensätzlichkeit resultierende Spannung weitgehend aufgehoben wurde – nicht jedoch die Gegensätzlichkeit als Solche, deren Ausprägungen ganz im Gegenteil immer wieder betont und genau dargelegt wurden. Diese Qualität der Beziehungsgestaltung fand innerhalb der Beschreibungstexte Ausdruck in Schilderungen wie z. B. dieser: *„Flechten, spinnen, Fäden ineinander wirken: ... Drehend, kreisend wird daraus ein fester Faden werden. Ein Faden ist eher rau, mit kleinen Spelzen, beige, der andere ein feiner, glänzender, farbiger Seidenfaden. So entsteht ein schönes Gewebe...“*.

Die hier etablierten Formen der Gemeinsamkeit wurden sowohl von den Beschreibenden als auch von den Patienten selbst und von mir als mitspielende Therapeutin als überwiegend angenehm erlebt. Im Anschluss an das gemeinsame Spiel blieb eine Atmosphäre der Gemeinsamkeit, eines entspannten, zwanglosen Beisammenseins zumeist deutlich spürbar und fand Ausdruck z. B. in tiefem, befreiendem Seufzen, im Sich-Anlächeln oder „wohligem Schweigen“ – seltener in Worten. Verbalisiert wurde dies jedoch in fast allen zu diesen Improvisationen angefertigten Beschreibungstexten: *„Eine schöne, angenehme Situation, so beieinander zu sitzen und zu wirken – dabei träumen...“* heißt es z. B. in der Weiterführung des bereits zitierten Textes. In und mit diesen Improvisationen wurden vor allem Erfahrungsräume des Zusammen- und Dazugehörens, eines befreienden Gleich- oder Ähnlichseins oder positive Verschmelzungserfahrungen aufgesucht. Wie wenig der Umstand, dass hier zwei getrennte Individuen am Werke waren, sowohl im Erleben der Patienten als auch in meiner Wahrnehmung präsent war, kommt auch in folgendem Gespräch zum Ausdruck: Eine junge schizophrene Patientin hatte auf der Gitarre leise und zart sich wiederholende Akkorde gespielt. Ich improvisierte dazu auf dem Klavier eine Melodie, die sich vorsichtig in das vorgegebene Begleitschema einfügte (Die zitierten Beschreibungstexte wurden zu dieser Improvisation angefertigt). Im Anschluss an unser gemeinsames Spiel erläutert die Patientin, dies sei das Lied gewesen, das sie komponiert habe, als es ihr besonders schlecht ging: *„So um die Leere auszufüllen, die ich hatte“*. Offen bleibt, ob sie damit möglicherweise nur ihr Spiel meinte (und damit mein Spiel aussparte), oder ob sie tatsächlich unser gemeinsames Spiel und damit auch die gerade erst improvisierte Melodie meinte (und damit das Andere *als* Anderes negierte). Entscheidend ist, dass auch ich in diesem Moment diese Aussage als so stimmig erlebte, dass eine entsprechende Frage – und damit die Betonung einer Differenz – auch in meinem Erleben gar nicht erst auftauchte. Wie innerhalb aller als „Spielarten der ZwEinsamkeit“ charakterisierten Improvisationen ging es auch hier (noch) nicht um Aus-

tausch, Entwicklung und Differenz bzw. (emotionale) Differenzierung. Die deutlich nachvollziehbare Veränderung der Atmosphäre (und natürlich der damit einhergehenden emotionalen Gestimmtheit) von anfänglich (vor dem Improvisieren) zumeist ängstlich-angespannt zu entspanntem, angenehm erlebtem Beisammensein (während des Spielens und danach) ist – gerade im Kontakt mit schizophrenen Menschen – äußerst bedeutungsvoll und förderlich für den weiteren Verlauf der jeweiligen Therapie. Dass es sich bei den Patienten, mit denen diese Improvisationen intoniert wurden, um genau diejenigen handelt, die an einer ausgeprägt fusionären Symptomatik leiden, unterstreicht, dass sich pathologische Beziehungsformen in der Musik zeigen und gleichzeitig dort Veränderungen und spezifische Formen der Bezugnahme ermöglicht werden konnten, die bereits über die in anderen Zusammenhängen resultierende Verunmöglichung von Kontakt und Gemeinsamkeit hinausweisen. Allerdings ist die Atmosphäre, die damit einhergeht, eine eher wenig dynamische und differenzierte – sie erinnert eher an die eingangs erwähnten Zustände einer „nirwanaähnliche[n] Verfassung“ (Kapfhammer in Schwarz et al. 2006, S. 24). Insofern kann hier von Prozessen emotionaler Differenzierung (zumindest noch) nicht gesprochen werden.

Eine ganz andere Qualität der Beziehungsgestaltung und der damit verbundenen Atmosphären, Emotionen und Affekte kennzeichnet die Improvisationen, innerhalb derer sich „*Flüchtige Momente der Näherung und Gemeinsamkeit*“ ereignen konnten. Mit der Charakterisierung „flüchtig“ soll einerseits die hier zumeist eher kurze Dauer der Sequenzen *gemeinsamen* Spielens betont werden. Andererseits verweist diese Formulierung auf die innerhalb der zu diesen Improvisationen angefertigten Beschreibungstexte immer wieder dargestellten Situationen der Flucht und die hiermit assoziierten Atmosphären der Angst und Gefahr, in die die „Momente der Näherung und Gemeinsamkeit“ eingebettet sind. Auch dieses Beziehungsgeschehen wurde innerhalb der Improvisationsbeschreibungen in anschauliche Bilder gebracht (s. u.). Die innerhalb dieser Improvisationen stattgefundenen Entwicklungen wirkten – über die auch hier spürbar veränderte Atmosphäre des Beisammenseins hinaus – deutlich auch in das nachfolgende Gespräch, in den Umgang mit und den Gebrauch der Sprache und die verbal sich konstituierende Beziehungsgestaltung hinein. In und mit diesen Improvisationen gelangen Gegenseitigkeit und ein Sich-Erkennen als Gegenüber, als anders und getrennt und gerade deshalb erreichbar und erreichend. Auch die Patienten selbst verspürten das erlösende Gefühl gelungener Begegnung und konnten und wollten dies zumeist auch verbalisieren (s. u.). Die geschilderte Entwicklung des Beziehungsgeschehens innerhalb dieser Improvisationen war *immer* mit Prozessen emotionaler Differenzierung assoziiert – sowohl auf Seiten der Patienten als auch meinerseits. Diese Prozesse betrafen vor allem die gegenseitige Wahrnehmung und die mit der konkreten Beziehungssituation verbundenen Affekte und emotionalen Befindlichkeiten (vgl. Fallbeispiel 1). In einigen Fällen vollzogen sich während des gemeinsamen Improvisierens Entwicklungen, die den Patienten vor allem ein differenzierteres Selbsterleben ermöglichten, was natürlich wiederum Einfluss auch auf die Bezie-

lungsdynamik hatte: So entwickelte sich bei Frau M. in dem als zweites dargestellten Fallbeispiel der zuvor beschriebene Zustand des „Gedämpftseins“ (s. u.), der Angst und eines diffusen Unwohlseins ohne benennbaren Gegenstand in eine Befindlichkeit deutlich (mit-) erlebbarer Trauer, über deren (aktuellen) Anlass dann auch gesprochen werden konnte.

Fallbeispiel 1: „Annäherung an den Verfolger(?)“

Herr F. ist 41 Jahre alt. Ich begrüße einen wesentlich jünger aussehenden, feingliedrigen Mann mit längeren Haaren, der mich scheu und dennoch erwartungsvoll ansieht. Von dem Angebot, zunächst von sich zu berichten, ist er spürbar überfordert: Bleierne Schwere, die sich merkwürdig leer und substanzlos anfühlt, beginnt den Raum zu füllen. Als ich vorschlage, zunächst meinerseits etwas zur Musiktherapie zu erzählen, ist er erleichtert und wir atmen beide auf. An meine kurze Darstellung knüpfen sich viele Fragen seinerseits und schließlich Erzählungen über seine musikalischen Vorlieben und Betätigungen. Die waren – in der Vergangenheit – zahlreich, nun sprudelt es nur so aus ihm heraus: Herr F. hat mehrere Instrumente gespielt, auch in Bands, sich mit Musikgeschichte beschäftigt und komponiert – Musik war sein „Ein und Alles“. Seit er an der Psychose erkrankt ist, macht er keine Musik mehr: „Da fehlt mir der Zugang“, berichtet er. Außerdem „ist das dann nicht so befriedigend ... so rausgepresst, so mit letzter Not, so, als wenn ich so 'ne Zahnpastatube ausdrücke, so press' ich das dann aus mir raus, das ist nichts Richtiges.“ Zudem kann er kein Instrument mehr handhaben: „Weil ich vor jeder Bewegung manchmal Angst haben muss“. Im Schutz des Redens über seine musikalische Biografie (Es geht ja „nur“ um Musik!) erfahre ich von abgebrochenen Beziehungen und einem einsamen, angstvollen, ein- wie ausgeschlossenen Leben, von schier unendlich vielen Möglichkeiten und der Unmöglichkeit, auch nur eine davon für sich zu nutzen. Immer mehr beginnt es sich zu drehen und zu zerfließen, Reden wie Zuhören werden immer quälender, mehr und mehr führt diese Art des Erzählens dann doch mich von ihm und ihn von sich fort: *„Habe das Gefühl, total zugeschüttet zu werden ... Ich sehe vor mir, wie da einer eine Mauer vor mir – zwischen uns aufbaut, so dass die Verständigung immer schwieriger wird ... Obwohl die Worte ja nur so strömen, habe ich das Gefühl, alles würde auf der Stelle treten...“*, heißt es innerhalb einer Skriptbeschreibung. Meinen Vorschlag, miteinander zu improvisieren, beantwortet Herr F. mit Zustimmung und befreitem Aufatmen – um dann das Spielen eben so sprudelnd mit nicht enden wollenden Fragen zu verhindern. Zu groß ist offenbar in all dieser Überbeweglichkeit die Angst vor der Bewegung.

Und dann gelingt es doch irgendwann, gemeinsam zu spielen:

Die Dauer der Improvisation beträgt 7'58". Hinzugefügt sei, dass es die Therapeutin ist, die aus Zeitgründen musikalisch auf einer Beendigung des Spielens beharren muss (s. o.) und damit die Dauer der Improvisation und die Art der Schlussbildung (s. u.) entscheidend prägt. Herr F. verwendet insgesamt sechs Instrumente: das große Xylophon, das Monochord, die Tempelblocks, den Gong, die Pauke und

das kleine Xylophon, wobei Monochord, Gong, Pauke und Tempelblocks jeweils nur sehr kurz angeschlagen werden (s. u.). Die Therapeutin spielt ausschließlich am Klavier.

„Auf der Suche. Auf der Flucht. Ruhelos, gehetztes Tier, verfolgt, hilflos, Suche nach Ruhepunkten, Hetzjagd geht weiter, kein Ausweg, kein Schutz, Misstrauen, verzweifelte Umsichschlagen“ beginnt einer der zu dieser Improvisation angefertigten Beschreibungstexte. Herr F. beginnt mit einem leisen (g), dann etwas kräftigeren Tönen (a, f, h) auf dem großen Xylophon. Die Töne stehen bezüglich ihrer Dauer in einem unklaren Verhältnis zueinander, so dass die gewählte Art der Notation (Abb. 1) eher eine Annäherung an die Abbildung des musikalischen Geschehens darstellt. Zwischen dem dritten und vierten Ton gesellt sich die rechte Hand der Therapeutin, also die Oberstimme des Klaviers, hinzu. Dieser erste Klavierton (d2) knüpft weder metrisch (er erklingt *zwischen* dem dritten und vierten Xylophonton) noch bezüglich der Tonhöhe an das Xylophonspiel an – auch auf mich wirkt das Spiel des Patienten so getrieben und ängstlich, dass ich versuche, „Anwesenheit ohne den Zwang zur Begegnung [zu] ermöglichen“ (Deuter 2007, S. 53). Trotzdem *übernimmt* Herr F. diesen Ton – den Grenzen des Instrumentes folgend eine Oktave tiefer als am Klavier, aber doch so hoch wie möglich (d1) – sofort. Da der Klavierton liegen bleibt, kommt es zu einem ersten musikalischen „Treffen“, das vom Xylophon jedoch nur kurz (etwa im Wert einer Viertelnote) mitgestaltet wird: Mit schnellen Achtelnoten aufwärts *läuft* die Xylophonstimme regelrecht *davon* – bis zum Ende des Instrumentes (a1). Das Klavier *folgt* dieser Bewegung und spielt im Oktavabstand genau die gleichen Töne wie der Patient. So wird im Erleben der Hörer aus der anfänglichen „Suche“ (s. o.) des Xylophons nach Kontakt eine „Flucht“ (ebd.) und – das Klavier (ver-) folgt – eine „Hetzjagd“ (ebd.). Das Klavier endet auf h2, bleibt also auf dem Ton stehen, der den aufsteigenden Achteln folgte. Das Xylophon, da der höchste Ton des Instrumentes erreicht ist, spielt „woanders“ (nun wieder im tieferen Bereich) weiter: Ein fanfarenartiges, melodisch aufsteigendes Motiv erscheint kurz, noch wenig prägnant, wird später jedoch in der Klavierstimme weitergeführt und auch von dem Patienten wieder aufgegriffen (s. u.).

The image shows two staves of musical notation. The top staff is labeled 'gr. Xylophon' and uses a bass clef. It contains a sequence of notes: G, A, F, H, followed by a melodic run of eighth notes (G, A, B, C, D, E, F, G). The bottom staff is labeled 'Klavier' and uses a treble clef. It starts with a dotted quarter note D2, followed by eighth notes corresponding to the Xylophon's run, and ends on H2. Dynamics 'pp' and 'mp' are marked under the Xylophon notes. Dashed boxes highlight the initial notes of both staves.

Abb. 1: Notenbeispiel 1

Etwa eine Minute nach dem beschriebenen ersten Treffen imitiert nun die Therapeutin am Klavier ebenfalls im Oktavabstand eine kurz zuvor intonierte Tonwie-

derholung (a a) des Patienten, worauf dieser mit einer Verlängerung der zuvor sehr kurzen Notenwerte (überwiegend Sechzehntel) reagiert. Zwei Töne weiter *treffen* sich beide Stimmen ein zweites Mal, diesmal auf genau demselben Ton e – ohne die Distanz der Oktave bzw. zweier Oktaven. Bekräftigend *wiederholen* beide Instrumente diesen Ton und lassen ihn relativ lange klingen (etwa zwei halbe Noten im Xylophon, eine halbe und eine ganze Note im Klavier). Anschließend läuft die Xylophonstimme wiederum davon: mit einem schnellen, aber rhythmisch nun klar konturierten, dem ersten „Weglaufmotiv“ (s. o.) sehr ähnlichen, fanfarenartigen Motiv aufwärts, wiederum bis zum letzten Stab/höchsten Ton des Instrumentes.



Abb. 2: Notenbeispiel 2

So verstärkt sich noch einmal der Eindruck einer „Flucht“ vor einer Gefahr: Das Xylophon spielt in kurzen Notenwerten, die nun auch wieder in einem unklaren Verhältnis bezüglich der Tondauer zueinander stehen, und in schnellem Tempo weiter. Das wirkt ängstlich und fliehend, zumal sich das Tempo im weiteren Verlauf wiederum steigert. Das Klavier spielt dazu in kontrastierend ruhigem Gestus lange Notenwerte, nun auch in der linken Hand. Ausdifferenzierungen, die in der Musik Ordnung und Orientierung ermöglichen (Metrum, Festlegung auf Tonart und Taktart, melodische Wendungen etc.) entwickeln sich auch im weiteren Verlauf der Improvisation zunächst nicht. Stattdessen finden sich in der Xylophonstimme Brüche und Fragmente: „*Einzelne, dahin geworfene Töne: einsamer, verwirrter Mensch in einer fremden Stadt*“, heißt es innerhalb eines anderen Beschreibungstextes. Und immer wieder finden sich Sequenzen der Steigerung: Schnelle Tonwiederholungen oder Triller, beides an Trommelwirbel erinnernd, werden immer lauter und schneller. Die Hörer legen ihre Eindrücke von „*Ruh- und Rastlosigkeit*“ und „*sich steigernde[r] Angst*“ dar und vermuten: „*Das Böse lauert, bleibt aber unerkannt*“ und beschreiben damit (häufig wörtlich!) Befindlichkeiten, wie sie auch von Betroffenen immer wieder zum Ausdruck gebracht werden. Diese Steigerungen führen jedoch nirgendwo hin, sondern werden abgebrochen oder beruhigen sich (plötzlich) wieder, um alsbald von neuem loszuwirbeln – auf unterschiedlichen Instrumenten und im Zuge der Steigerung häufig auch auf zwei Instrumenten zugleich. Das Klavier passt sich der Klangfarbe des jeweiligen Instrumentes an, intoniert beispielsweise kurze Staccatotöne, als der Patient die Tempelblocks wählt und lange, im Pedal verschwimmende Klänge, als er den Gong spielt. Auch

diese *Imitationen* der Klangfarben der vom Patienten gewählten Instrumente bekräftigen den Eindruck einer Verfolgung und der jeweiligen Instrumentenwechsel des Patienten den einer Flucht, zumal es noch immer keine durchgängigen und verbindenden Motive oder Rhythmen gibt. Die Instrumente wechseln plötzlich und scheinbar unmotiviert, einzelne Sequenzen gehen nicht auseinander hervor. Die Assoziation „*Ein Hase rast durch die Gärten einer Vorstadt; schlägt Haken*“ beschreibt die immer wieder abbrechenden und wechselnden musikalischen Sequenzen sehr anschaulich. Häufig überlagern sich Töne und Klänge, wenn der Patient zwei Instrumente zugleich spielt, z. B. großes Xylophon und Monochord, Tempelblocks und Gong, schließlich Pauke, Tempelblocks, Gong und Xylophon in so schnellem Wechsel, das fast alle vier Instrumente gleichzeitig erklingen. Erst, als *Ober- und Unterstimme des Klaviers unterschiedlich reagieren*, gibt es eine Veränderung (ein im Rahmen der Untersuchung häufig herausgearbeitetes Phänomen, vgl. auch Deuter 2007, S. 54/55): Während Herr F., nunmehr am kleinen Xylophon und mit diesem Instrument betreffs des zur Verfügung stehenden Tonraums der Oberstimme des Klaviers sehr ähnlich, wiederum einen „Wirbel“ (er lässt den Schlägel mit hoher Geschwindigkeit zwischen zwei oder mehr Klangkörpern hin und her flirren) spielt und im Zuge der Steigerung auch noch kurzzeitig auf Pauke und Gong schlägt, vollzieht die rechte Hand der Therapeutin diese Bewegung mit, allerdings relativ leise und – im Gegensatz zum Patienten – eher ab- als anschwelkend. Die linke Hand jedoch spielt lange Notenwerte in einem ruhigen, beruhigenden Gestus. Nach und nach stimmt auch die rechte Hand in dieses ruhige Spiel mit ein und schließlich auch das Xylophon: „*Später: Beruhigung, Annäherung an den Verfolger (?)*“, heißt es in der Weiterführung des oben zitierten Beschreibungstextes. Indem das Xylophon längere Zeit langsamer werdend einen Ton (f1) wiederholt, pendelt es sich in einen ruhigen, gleichmäßigen 4/4Takt ein und bewahrt gleichzeitig durch die Beibehaltung kurzer Notenwerte (Sechzehntel und Achtel) den ihm eigenen Charakter. Diese Tonwiederholungen wirken, als lausche der Patient dem zwischen rechter und linker Hand merkwürdig zerrissenen Spiel der Therapeutin. Das Klavier steigt schließlich mit gleichmäßigen Vierteln rechts und langen, über zwei bis drei Takte gehaltenen Oktaven links in das nun gleichmäßige Metrum ein (Abb. 3). Diese Entwicklung wird in allen Beschreibungstexten hervorgehoben. So heißt es beispielsweise in der Fortführung des bereits zitierten Textes: „*Ein Stück gemeinsam gehen*“, und in einem anderen: „*Ruhiger werden. Das Umkreisen wird zum (Ein-) Pendeln, hin- und her wippen*“.

The image displays four systems of musical notation for Xylophon and Klavier. Each system consists of two staves: the top staff for the Xylophon and the bottom staff for the Klavier. The time signature is 4/4. The Xylophon part features a rhythmic pattern of eighth notes, with some systems including sixteenth notes. The Klavier part features a melody in the right hand and a bass line in the left hand, often using sustained notes and slurs. The notation includes various musical symbols such as clefs, time signatures, notes, rests, and slurs.

Abb. 3: Notenbeispiel 3

Das spielerische Umkreisen des Tones f im Xylophon mündet schließlich in das folgende Motiv:



Abb. 4: Notenbeispiel 4

Nachdem Herr F. noch einige Varianten ausprobiert hat, wiederholt er es schließlich zwanzigmal (!). Dieses Motiv ähnelt dem „Fluchtmotiv“, mit dem der Patient bereits den beiden ersten musikalischen Begegnungen enteilt war (vgl. Abb. 1 und 2), es erscheint mit der kleinen (statt einer großen) Sekunde am Anfang und der aufwärts strebenden Terz (statt der Quarte) allerdings etwas „kleiner“ bzw. enger. Durch die Punktierung und den aufsteigenden Gestus wirkt es dennoch fanfarenartig und vorwärtsstrebend. Im Gegensatz zu den anfänglichen fanfarenartigen (Flucht-) Motiven (s. o.) hat es nun in seiner ständigen Wiederholung jedoch eher etwas Kreisend-Festigendes. Es wirkt in sich geschlossen, triumphal, aber nicht bis an den Rand seiner (des Instrumentes) gehenden Möglichkeiten wie zuvor. Atmosphärisch nimmt dieses Motiv in seinen beständigen Wiederholungen und mit seinem begeistert-triumphalen Ausdruck die Äußerung des Patienten im Anschluss an unser gemeinsames Spiel bereits vorweg: Das begeisterte, spontane „Applaus, muss doch der Applaus einsetzen.“ (s. u.) schwingt in diesem Motiv bereits deutlich spürbar mit. (Diese Ähnlichkeit bzw. Vorwegnahme lässt sich stimmlich wesentlich nachvollziehbarer mitteilen als in der vorliegenden schriftlichen Form). So bewahrt das Spiel des Patienten einerseits seinen eigenen Charakter, weist jedoch andererseits deutliche Entwicklungen und Veränderungen auf. Gleichzeitig gibt es in der Gemeinsamkeit von Klavier- und Xylophonstimme und im gemeinsamen Bezug auf musikalische Ordnungsprinzipien wie Takt und Metrum und schließlich die durch die Unterstimme des Klaviers gestaltete Festlegung auf die Tonart d-moll (und damit Identifizierung des f als Terz) bezüglich der Beziehungsgestaltung einen deutlichen Unterschied zum Beginn der Improvisation: Das langsame Tempo und die Tonart d-moll verändern die Stimmung im Erleben der Hörer von gehetzt-ängstlich zu traurig. So heißt es in einem der Beschreibungstexte: „*Resignation nach verlorenem Kampf, gemeinsame Trauer um die Verlorenen*“. Nach und nach werden Klavier und Xylophon gemeinsam langsamer, die Unterstimme des Klaviers verstummt und die Oberstimme steigt auf in die zweigestrichene Oktave, mit immer langsamer werdenden Viertelnoten, wobei sich das Tempo so sehr verlangsamt und zerdehnt, dass schließlich kein Metrum mehr erkennbar ist. So *fallen* aber auch Klavier- und Xylophonstimme *wieder auseinander* und die Töne des Klaviers erklingen wie zu Beginn der Improvisation zwischen den Tönen des Xylophons, das – sehr langsam und zerdehnt, so dass das Motiv kaum noch seinen fanfarenartigen Charakter aufweist, auch in nun wieder unterschiedlichen

Varianten, aber doch noch deutlich identifizierbar – „sein“ Motiv wiederholt. Das Klavier erinnert zunächst mit mehreren Tonwiederholungen, die wiederum wie ein „Trommelwirbel“ (s. o.) in Zeitlupe wirken, sowie mit zwei aufsteigenden Glissandi an den Beginn der Improvisation, auch die linke Hand steigt noch einmal kurz ins Spiel ein. Trotzdem lässt es sich von den nun wieder kräftiger und schneller werdenden, an das zuvor gefundene Motiv anknüpfende Umspielen des Tones f im Xylophon nicht mehr zu Steigerung und Fortführung des Spiels locken, sondern gestaltet langsamer und leiser werdend und dabei immer höher aufsteigend und ausklingend ganz klar das Ende der Improvisation. So entsteht der Eindruck, am Ende würde jemand „rufen“, erhalte aber „keine Antwort“, wie es in einem der Beschreibungstexte heißt. Das Xylophon gibt schließlich seine Versuche, das Klavier doch noch zu locken, auf und wiederholt mehrmals akzentuiert und beharrlich den Ton g, während das Klavier den Ton f₃ ausklingen lässt – den Ton, auf den sich beide Instrumente als gemeinsamen Bezugston und schließlich als Terz der Tonart d-moll geeinigt hatten. Sich noch einmal mit zwei kurzen Noten vom f abstoßend, bestätigt das Xylophon diesen Ton und wiederholt dann noch viermal das g. Das Klavier folgt, schlägt ebenfalls kurz das g an um es dann erneut an- und schließlich ausklingen zu lassen. Daraufhin gestaltet das Xylophon den Schluss, indem es in das klingende g₃ des Klaviers mit kurzen Notenwerten die Töne g-e-g spielt. Diese Wendung erinnert noch einmal an das fanfarenartige Motiv und die Umspielung des Tones f, wirkt hier jedoch eher fragend und es bleibt unentschieden, ob damit noch einmal der Bezug auf das f bekräftigt oder aber durch die Endung mit g eine neue Einigung erzielt wurde. Im Erleben der Beschreibenden wird vor allem deutlich, dass diese Hinwendung zu einem neuen Bezugston bzw. die Einigung, die Improvisation auf diesem Ton enden zu lassen, und wohl auch der Umstand, dass im Verlassen von Takt und Metrum beide Instrumente eher wieder vereinzelt wirken, dazu führt, dass die zuvor erlangte Gemeinsamkeit infrage gestellt wird: „*Alles nur ein (böser?) Traum?*“ heißt es am Ende der ersten Beschreibung. Und die zweite Hörerin schreibt: „*War das Vorherige ein Traum des Urwaldvogels, der nicht zur Ruhe kommt und gefangen ist im eigenen Dilemma?*“.

Im Erleben des Patienten haben die beschriebenen Momente der Näherung und Gemeinsamkeit innerhalb der Improvisation einen zentralen Stellenwert und wurden von ihm intensiv positiv erlebt: Wie bereits angedeutet, äußert er direkt im Anschluss an die Improvisation spontan: „Applaus, muss doch der Applaus einsetzen, oder? Um den Erfolg, den therapeutischen Erfolg noch etwas zu unterstreichen!“, und da ich seine Hilfe brauche, um zu verstehen, fügt er erklärend hinzu: „Ja, erstmal war ’ne kleine chaotische Phase drin, und dann hat es sich getroffen!!“ Mehr noch, als es der explizite Inhalt seiner Worte auszudrücken vermag, vermittelte mir der zufriedene, glückliche Tonfall und das strahlende Lächeln des Patienten, wie bedeutsam dieses „Treffen“ auch in seinem Erleben war.

Mir vermittelte sich die Bedeutsamkeit dieser Begegnung nicht nur anhand eines schwer zu beschreibenden Gefühls von Freude und Dankbarkeit, das neben einer Befindlichkeit abgrundtiefer Trauer mein Erleben während des Impro-

visierens beherrscht hatte, sondern auch in der Reflexion der mir bekannten Informationen über den Patienten: Als Herr F. drei Jahre alt war, verstarb sein Vater völlig unvorhergesehen infolge eines Sturzes (?) aus dem Fenster. Dass sich, über das beschriebene Verstehen der plötzlichen (Beziehungs-) Abbrüche innerhalb der Improvisation hinaus, hierin auch diese abrupte Trennungserfahrung wieder spiegelt, kann durchaus vermutet werden, zumal sich ähnliche Erfahrungen in den Biografien aller vier Patienten finden, deren Improvisationen maßgeblich durch die beschriebenen musikalischen Formen von (Beziehungs-) Abbruch und Fragmentierung gekennzeichnet sind. Herr F. ist zum Zeitpunkt unseres Erstkontaktes seit ca. 15 Jahren erkrankt. Im Verlaufe dieser Zeit hat er sich mehr und mehr zurückgezogen, seit etwa fünf Jahren pflegt er außer seltenen Kontakten zu Mutter und Bruder keinerlei mitmenschlichen Beziehungen mehr. Auch die in etwa vierwöchigem Abstand geplanten Termine bei seiner Psychiaterin kann er häufig nicht wahrnehmen, da er unter starken Verfolgungsängsten (!) leidet und oft tagelang die Wohnung nicht verlassen kann. Vor der Zudringlichkeit der Dinge konnte er sich schützen, indem er fast all sein Hab und Gut weggeschmissen hat – so auch seine gesamte Schallplattensammlung, die er, selbst (früher?) begeisterter Musiker, einst besessen hat. In seiner fast leeren Wohnung entflieht er der (Über-) Welt(-igung) – der Zudringlichkeit seiner inneren Verfolger kann er nicht entfliehen.

Reflexion

Innerhalb der Beschreibungstexte, die zu der untersuchten Improvisation mit Herrn F. angefertigt wurden, assoziierten die Hörer vor allem mit Angst und Gefahr verbundene Verfolgungs-, Jagd- und/oder Kampfszenen. Dass diese Szenen und damit auch ein „Verfolger“ auftauchen, ist offenbar – so zeigt es der Vergleich mit den anderen untersuchten Improvisationen – gerade *Voraussetzung* dafür, dass bei *dennoch* erfolgter Annäherung eine *Differenz* zur erlebten Bedrohung verspürt werden und die Gefahr als potentielle identifiziert und infrage gestellt werden kann (s. o.). Erst *diese* Differenz scheint (emotionale) Differenzierung bezüglich der gegenseitigen Wahrnehmung zu ermöglichen. In Übereinstimmung mit den Ausführungen Mentzos' und Benedettis zum Verfolgungswahn schizophrener Patienten (vgl. z. B. Benedetti 1991 sowie Mentzos 1993) wurde deutlich, dass das Zustandekommen eines Verhältnisses (und Erlebens?) der Verfolgung innerhalb der Improvisation durchaus als Chance verstanden werden darf: „Die Beziehung zum Verfolger zeichnet sich dadurch aus, dass die Verfolgung trotz der bestehenden intensiven Beziehung die notwendige Distanz schafft“ (Mentzos 1993, S. 66). Vergewärtigen wir uns, dass innerhalb der Improvisationen diese „Verfolgungsszenen“ direkt und aktiv gestaltet und somit aus dem intrapsychischen Binnenraum in die Interaktion transformiert wurden und einen dialogischen Charakter erhielten, wird ersichtlich, welche therapeutischen Möglichkeiten mit dieser Form der Beziehungsgestaltung assoziiert sein *können*. In der Annahme der Rolle (und des Erlebens!) des Verfolgers erweist sich die Therapeutin als durchlässig für die paranoiden Projektionen des Patienten, die, eingebettet in die Therapie, im Gegensatz zu

dem sonstigen autistischen Erleben des Patienten, nun zum Ausdruck des Erlebens *zweier* Partner werden. Selbst paranoide Projektionen, die im vortherapeutischen Zustand nicht existierten, wertet Benedetti unter diesem Gesichtspunkt als konstruktive Anstrengung des Patienten, Voraussetzungen für das Zustandekommen eines Dialoges zu schaffen (vgl. z. B. Benedetti 1979, S. 52ff). Ausschlaggebend für die je individuell (zumeist durchaus nicht bewusst!) zu fallende „Entscheidung“ der Therapeutin, ob es in diesem ganz konkreten Fall und Moment sinnvoll und für den Patienten hilfreich sein könnte, innerhalb der musikalischen Improvisation die Rolle des Verfolgers anzunehmen, kann in der konkreten therapeutischen Situation ausschließlich das durch das (Mit-) Erleben der Therapeutin vermittelte Erleben des Patienten sein: Ein Sich-Ereignen der beschriebenen Momente der Näherung und Gemeinsamkeit bedarf selbstverständlich entsprechender Wünsche und Sehnsüchte seitens des Patienten – wie (selbst-) verborgen sie auch häufig sein mögen! Anhand der untersuchten Improvisationen konnte ein direkter Zusammenhang zwischen der Ermöglichung von Momenten der Näherung und Gemeinsamkeit und dem *Leiden* der Patienten an ihrer Beziehungslosigkeit und Isolation herausgearbeitet werden, wie es in ihrer Selbsteinschätzung anhand der ADS-K (s. o.) sowie im miterlebenden Beschreiben der Hörer zum Ausdruck kam: Herr F. (wie auch die anderen Patienten, innerhalb deren Improvisationen eine ähnliche Beziehungsdynamik herausgearbeitet werden konnte) leidet ganz bewusst an seiner Isolation: Dem ADS(K)-Item „Während der letzten Woche fühlte ich mich einsam“ ordnet er den relativ hohen Wert „2“ zu (die Werte reichen von 0 bis 3) und in seiner Akte lese ich: „Von Beziehungen erhofft er sich mehr Besserung als durch Medikamente“! Den hier spürbar werdenden Wünschen des Patienten steht ein Leben in weitgehender Einsamkeit und Isolation gegenüber, Beziehung wird gleichermaßen ersehnt wie gefürchtet und vermieden. Die über den Patienten bekannten Daten wie auch die innerhalb der Improvisation herausgearbeiteten Beziehungsformen und Interaktionsmuster lassen weniger auf eine „Beziehungsunfähigkeit“ im Sinne einer grundlegenden Defizienz schließen, als vielmehr auf einen aktiven Abwehrvorgang, wie er beispielsweise von Mentzos 1993 (S. 31ff) oder auch von Benedetti beschrieben wurde: „Einzig die autistische Abwehr ermöglicht es ihm, sich von einer ihm feindseligen Welt abzusetzen, die schon deshalb gefährlich wirkt, weil sie ist“ (Benedetti 1994, S. 265). Dennoch: Im Rahmen des musiktherapeutischen Erstkontaktes geht das *Leiden* des Patienten an seiner Beziehungslosigkeit innerhalb der gemeinsamen Improvisation mit deutlichen Anstrengungen und der Mobilisierung vorhandener Ressourcen zur Überwindung dieses Zustandes einher. Eine Improvisation, die sich in der Wiederholung traumatischer Szenen der Verfolgung und Überwältigung *erschöpft*, dürfte – bei allem Abwehr- und Mitteilungscharakter – kaum geeignet sein, als Ausgangspunkt sinnvollen gemeinsamen therapeutischen Arbeitens zu fungieren. Verlauf und Veränderungen bezüglich der Beziehungsgestaltung innerhalb dieser Improvisation verweisen darauf, dass bereits innerhalb der Erstimprovisation mit schizophrenen Patienten eine „Behandlung durch die Grundbeziehung“ (Mentzos 1993, S. 58) stattfinden *kann*,

die u. a. dadurch gekennzeichnet ist, dass die „sich entwickelnde psychotische Beziehung ... durch das Erbringen des faktischen Gegenbeweises ... beantwortet“ (ebd.) wird. Dieser Prozess ist untrennbar mit der Ermöglichung emotionaler Differenzierung vor allem hinsichtlich der gegenseitigen Wahrnehmung und des Erlebens von Gemeinsamkeit und Erreichbarkeit verbunden.

Fallbeispiel 2: „Bemächtigung? Schutz vor Gefahr?“

Frau M. ist 36 Jahre alt und berichtet sofort von ihrem erfolgreichen beruflichen Werdegang im künstlerischen Bereich, ihrer hohen beruflichen Qualifikation und ihren „Stellen auf ziemlich hohem Niveau“. Das klingt stolz, darüber kann sie sich definieren; aber es wirkt auch angespannt und gehetzt. Ihre Ansprüche seien so hoch, da könne sie die Kunsttherapie gar nicht für sich nutzen... Ihr „...aber bei der Musik bin ich völlig unvorbelastet“ lässt uns beide aufatmen und wir nicken uns lächelnd zu.

Es sei ihr unmöglich, über sich zu erzählen, fügt Frau M. hinzu: „Also, mit dem Spontanen ist es nicht so gut, weil, die Medikamente dämpfen das irgendwie bei mir...“. Als sich das Gespräch einem Aspekt ihres Leidens annähert, wehrt sie ab: „Lieber nicht...das is’ ja grad’ das, was, was jetzt so ver-, verheilen soll... Das soll jetzt so bisschen, so verarbeitet werden und nicht aufgearbeitet“. Und dann hinterfragt sie genau und beharrlich meine berufliche Qualifikation...

Die Improvisation mit Frau M. dauert 9 min 35 sek., auch sie verwendet mehrere (neun) verschiedene Instrumente (Xylophon, Metallophon, Schlitztrommel, Baßstäbe, Tempelblocks, Conga, Djembe, großes Xylophon und Pauke).

Auch innerhalb der Improvisation mit Frau M. konnte sich ein „Moment der Näherung“ ereignen. Dieser unterscheidet sich jedoch sowohl hinsichtlich der hierin zum Ausdruck kommenden Beziehungsdynamik und bezüglich der konkreten musikalischen Interaktionsmuster als auch hinsichtlich der Art und Weise der auch hier deutlich werdenden Prozesse emotionaler Differenzierung.

Wie bei dem zuvor dargestellten Fall finden sich innerhalb der Improvisationsbeschreibungen zunächst vor allem Hinweise auf nicht gelingende Beziehung und Gemeinsamkeit, wobei diesbezüglich ganz unterschiedliche Facetten geschildert werden: Einerseits wird auch hier ein aktives Sich-Entziehen seitens der Patientin beschrieben, infolgedessen sich Gemeinsamkeit gar nicht erst ereignen kann: „*Ich bin nicht da, wo ihr mich sucht ... Die Patientin versucht alles, um nicht ‚erwischt‘ zu werden. Sie entwischt immer wieder, lässt sich nicht ‚einfangen‘. Und das Klavier kann alles geben – es gelingt nicht, wirklich gemeinsam zu spielen. Sie ist nicht da, da kann man noch so sehr suchen...*“, heißt es beispielsweise in einem der Texte. Andererseits werden Szenen beschrieben, in denen jemand/etwas verschwindet, Verbindungen/Zusammenhänge(nde) zerreißen, jemand verlassen oder vergessen wird: „*Als es dunkel geworden ist, ist ein kleines Mädchen zurückgeblieben. Hat man es vergessen? ...*“.

Die Übereinstimmung der musikalischen Mittel zur Vermeidung von Kontakt und Beziehung (bzw. zur Darstellung von Beziehungsabbrüchen) innerhalb dieser

Improvisation ist mit denen innerhalb der zuvor untersuchten eben so identisch wie mit allen anderen untersuchten Improvisationen, innerhalb derer sich „Flüchtige Momente der Näherung und Gemeinsamkeit“ ereignen konnten: Auch hier imponieren vor allem fehlende Ordnungs- und Durchformungsprinzipien wie fehlende Festlegungen auf Tonart und Taktart, unklare Dauer der einzelnen Töne im Verhältnis zueinander, schnelles, gehetzt wirkendes Spiel mit kurzen Notenwerten, insgesamt eher lautes Spiel mit hartem Anschlag, kaum Veränderungen der Dynamik, plötzliche Abbrüche begonnener musikalischer Gestaltungen und überraschende Instrumentenwechsel (s. u.). Bereits an dieser Stelle sei vorwegnehmend darauf verwiesen, dass die der *Abwehr* von Kontakt dienenden musikalischen Interaktionsmuster im Rahmen der untersuchten Improvisationen deutlich überindividuelle Züge trugen, die direkt in Beziehung gesetzt werden konnten zu strukturellen intrapsychischen Besonderheiten schizophrener Patienten sowie zu als typisch beschriebenen Formen der Beziehungsgestaltung. Diese Charakteristika waren wesentlich leichter zu identifizieren und zu verallgemeinern als die der *Ermöglichung* von Kontakt und Gemeinsamkeit: Plötzlich erklingt in dem bis dahin freien, chaotischen und ungeformten Spiel der Patientin überraschend ein kurzes Motiv, das ich, indem es mich an das französische Volkslied „Au clair de la lune“ erinnert, zumindest als solches erlebe, obwohl es in der Ungeformtheit des gesamten Spiels kaum hörbar ist, mit zwei kleinen statt großen Sekunden beginnt und auch nicht weitergeführt wird, sondern, dem bisherigen Gestus der musikalischen Gestaltung folgend, sofort wieder abbricht (Abb. 5, 2. System). Dennoch greife ich es auf, indem ich es einerseits auch in seiner Fragmentierung imitiere, andererseits allerdings auch „berichtige“, indem ich zwei große Sekunden intoniere (Abb. 5, 3. System). Kurz danach wird zunächst das Spiel des Klaviers weicher („*Harte Regentropfen fallen in weiches Wasser*“) und leiser und Patientin und Therapeutin finden in ein gemeinsames Metrum (Abb. 5, 4. System): Frau M. wiederholt, nun ebenfalls leiser und weicher im Anschlag, in melodisch insgesamt aufsteigender Bewegungsrichtung abwärts geführte Sekunden vom betonten zum unbetonten Taktteil. Diese „ausdrucksvoll fallende[n] Sekunde[n]“ (Rummenhölter 1983, S. 99) sind in der Musikwissenschaft als „Seufzer“ (ebd.) oder Seufzermotiv bekannt (Ein ergreifendes Beispiel für die Verwendung dieses Motivs findet sich in der „Weihnachts – Historie“ (SWV 435) von Heinrich Schütz innerhalb des dem Intermedium VII folgenden Rezitativs des Evangelisten an der Stelle: „...viel Klagens, Weinens und Heulens. Rahel beweinet ihre Kinder und wollte sich nicht trösten lassen...“).

So wirkt dieser kurze Abschnitt einerseits anrührend und klagend, andererseits mit seinen abspringenden Nebennoten (De la Motte 1985, S. 206ff) und der aufwärts strebenden Melodieführung spielerisch und hoffnungsvoll.

The image displays three systems of musical notation for a piece featuring a large xylophone (gr. Xylophon) and a piano (Klavier). Each system consists of two staves: the upper staff is for the xylophone and the lower staff is for the piano. The piano part is written in a grand staff with treble and bass clefs.

- System 1:** The xylophone part begins with a melodic line. The piano part has a few chords in the right hand and rests in the left hand.
- System 2:** A bracket labeled "Motiv *" spans across the xylophone staff. The piano part continues with chords and a few notes in the bass line.
- System 3:** The xylophone part has a melodic line with an 8va (octave) marking. The piano part features a melodic line in the right hand and a single note in the left hand, marked with *pp* *weich* (pianissimo, soft).

Abb. 5: Notenbeispiel 5

Auch Frau M. entflieht diesem Moment gemeinsamen Spielens recht schnell, hier in einen spannungsfrei – schwebenden pentatonischen Tonraum und nun auch wieder in undefinierbare, für mich im Zusammenspiel und auch später beim Hören nicht mehr mit- bzw. nachvollziehbare metrisch–rhythmische Gestaltungsmuster. In dem Moment, als ich ihr in die Pentatonik *folge*, bricht sie ihr Spiel ab und geht zu einem anderen Instrument. Im Gegensatz zu der Improvisation mit Herrn F. kommt es im weiteren Verlauf nicht mehr zu Sequenzen gemeinsamen Spielens. Die musikalische Gestaltung weist nun mit ihrer erfolgreichen Verhinderung von Kontakt hinsichtlich der musikalischen Formenbildung und auch bezüglich der Interaktionsmuster und Beziehungsformen wiederum die hierfür bereits beschriebenen Charakteristika auf, so dass eine weitere Darstellung an dieser Stelle entbehrlich erscheint.

Auch innerhalb dieses musiktherapeutischen Erstkontaktes gibt es deutliche Unterschiede bezüglich des Gespräches vor und nach der Improvisation: Während Frau M. zu Beginn der Stunde meint, sie könne nicht von sich erzählen (s. o.) und wir beide uns an Fakten und Formalien festhalten, kann sie *nach der gemeinsamen Improvisation* von ihrer Trauer (!) über den Tod ihrer tags zuvor verstorbenen Großmutter erzählen. Jetzt wirkt sie auf mich gar nicht mehr „gedämpft“, sie kann ihre Trauer fühlen, ihr weinend nachspüren und nun auch verbal Ausdruck verleihen. Während des Spielens verspürte ich eine abgrundtiefe Trauer, die seltsam losgelöst ganz (in der) Musik zu sein schien – nun kann ich *sie* spüren: die Patientin, die Trauernde.

Da der folgende Beschreibungstext so viele Parallelen zu den von mir im Anschluss an diesen Erstkontakt notierten Gedanken und zu meinem Erleben der Patientin und unseres gemeinsamen Anwesendseins aufweist, möchte ich zunächst diesen Text und mein darauf bezogenes Verständnis der beschriebenen Szene darlegen.

„Sonntag im Jardin du Luxembourg: Kinder spielen: Wer auf den Strich kommt beim Hüpfen ist ins Wasser gefallen.

Dann kommt eine Gruppe, die mit bunten Bändern einen Tanz aufführt.

Große bunte Seifenblasen: Oh, schön.

Auftritte und Spiele. Ein munteres, buntes Treiben.

Als es dunkel geworden ist, ist ein kleines Mädchen zurück geblieben. Hat man es vergessen? War es eingeschlafen und wird jetzt wieder wach? Es geht umher und genießt, dass es jetzt all die schönen Spielsachen ganz für sich alleine hat. Es tanzt. Dann kommen die Figuren der bunten Buden dazu: Das Feuerwehrauto hat sich aus dem Karussell gelöst und auch der bunte Elefant. Sie fahren und laufen frei umher. Das Feuerwehrauto hupt und der Elefant trötet. Das kleine Mädchen weiß nicht, ob es träumt oder wacht. Aber es erinnert sich an den Großvater, der immer gesagt hat: Nachts werden all die schönen Dinge lebendig. Hatte er doch Recht – nicht die graue Mutter, die immer gesagt hat, das stimmt nicht, setz dem Kind nicht solche Flausen in den Kopf.

Plötzlich kommt die Mutter und schimpft und holt das kleine Mädchen ab.“

Mit Bezug auf die innerhalb dieses Textes von der Hörerin assoziierten Bilder und Szenen sowie vor dem Hintergrund des Umstandes, dass sich der Vater der Patientin suizidierte, als diese drei Jahre alt war und unter Einbeziehung des aktuellen Verlusterlebens der Patientin durch den Tod der Großmutter ermöglicht die beschriebene Entwicklung innerhalb der Improvisation und des gesamten musiktherapeutischen Erstkontaktes ein Erspüren der Patientin als das alleine zurückgelassene Mädchen, das in eine ungeformte, weitgehend spannungsfreie innere Welt „hineingeraten“ ist: In eine Welt primärprozesshaften Erlebens mit aufgehobenen Kausalitäten, eine Welt des Alleinseins, in der Unbelebtes lebendig wird und Träumen oder Wachen nicht unterschieden werden können. Eine bunte, weitgehend spannungsfreie Welt, in der der „graue“ Schmerz des frühen Verlustes des *Vaters* – aktualisiert und verstärkt durch den Verlust der *Großmutter* – nicht verspürt werden muss. Diese innerhalb des Beschreibungstextes wie in einem Traumbild zur „Groß-Vater-Welt“ verdichtete Ebene seelische Erlebens kann in einem Moment *gemeinsamen* Spielens verlassen werden: Das kleine Mädchen wird abgeholt!

Und noch ein in einem anderen Beschreibungstext fokussierter Aspekt gewinnt im weiteren, hier nicht detailliert zu beschreibenden Verlauf der Untersuchung dieses Erstkontaktes an Bedeutung: „*Das Aufkeimende, Eigenständige, Differente soll (?) gleich wieder eingebunden, eingebettet werden. Das Bild einer großen warmen Decke, die über etwas ausgebreitet werden soll. Bemächtigung? Schutz vor Gefahr?*“, heißt es dort. Unter Einbeziehung weiteren Materials vermittelt sich eine Ahnung davon, dass es hier nicht um die Alternative „*Bemächtigung?*“ oder „*Schutz vor Gefahr?*“ geht, sondern um Gleichzeitigkeit und/oder Kippbewegungen, die in schnellem Hin und Her ebenfalls als Gleichzeitigkeit imponieren: Frau M. hat Bemächtigung in Beziehungen erlebt: Im Aufnahmegespräch berichtet sie, dass sie in einem Land, in dem sie vor einiger Zeit lebte, „schlimme masochistische Dinge mit Männern erlebt“ habe, auch sei sie von der Fremdenpolizei verfolgt worden. Später habe sie sich in einen Psychotherapeuten, bei dem sie eine ambulante Gesprächstherapie absolvierte, verliebt. Dieser habe „die Grenzen überschritten“ und dann die Behandlung beendet. Hier begegnet uns nun deutlich eine Verkehrung von Beziehungsformen, die mit „Schutz vor Gefahr“ assoziiert sind (Polizei, Therapeut), stattdessen jedoch Formen drohender oder eingetretener „Bemächtigung“ annehmen. Genaueres ist über diese Vorkommnisse nicht bekannt: Frau M. will (?) darüber nicht weiter berichten, sie ist zum Zeitpunkt des Aufnahmegespräches akut psychotisch, und da sie auch weiterhin als „extrem labil“ erlebt wird und unter „extreme[n] Ängste[n]“ (Angaben aus der Patientenakte) leidet, werden diese Vorkommnisse nicht thematisiert... So bleibt auch die Frage, ob sich diese Geschehnisse *so* in der äußeren Realität abgespielt haben, oder ob die Patientin mit diesen Verlautbarungen auf (nicht weniger reale!) intrapsychische Verarbeitungs- und Erlebensformen hinweist, unbeantwortet – „*Das kleine Mädchen weiß nicht, ob es träumt oder wacht*“ (s. o.)... Eines aber inszeniert sie ganz konkret: Als Frau M. in akut psychotischem Zustand nach Drogenkonsum in die Klinik eingeliefert wird, legt sie sich in ihrer Einsamkeit, wie sie später berichtet, auf den Arzt, der sie

im Krankenwagen begleitet. Diesmal ist die Patientin selbst diejenige, die auf der Suche nach „Schutz vor Gefahr“ zur Bemächtigen wird.

Auf der Station wird Frau M. als „extrem ängstlich und verzweifelt“, hilfesuchend und anklammernd beschrieben – auch hier ist sie in fast bemächtiger Art und Weise auf der Suche nach Schutz vor Gefahr.

Die innerhalb der Improvisation immer wieder inszenierten (Beziehungs-) Abbrüche und Diskontinuitäten können *auch* und *auch in diesem Fall* (s. o.) als Ausdruck erlittener Verluste und Diskontinuität verstanden werden, auf die sich in der Biografie der Patientin zahlreiche Hinweise finden.

Reflexion

Insgesamt ist auch das gemeinsame Spiel mit Frau M. überwiegend durch unterschiedliche Ausgestaltungen von Fragmentierung, Instabilität und Diskontinuität geprägt, was eine musikalische Mitbewegung und ein Sich-Ereignen von Kontakt und Gemeinsamkeit weitgehend verunmöglicht. Die Qualität des dennoch auch innerhalb dieser Improvisation auffindbaren „Momentes der Näherung“ trägt Züge eines Verkehrsverhältnisses, das sich anhand der zusätzlich einbezogenen Daten ebenfalls aufzeigen lässt: Es wird deutlich, dass die Patientin immer wieder Situationen erlebt und/oder inszeniert, in denen Annäherung und „Schutz vor Gefahr“ den Charakter von Überwältigung und „Bemächtigung“ annehmen oder anzunehmen drohen – so, wie der „Moment der Näherung“ im Erleben der Beschreibenden innerhalb der untersuchten Improvisation.

Mit Bezug auf das Gespräch *vor* der untersuchten Improvisation sowie unter Einbezug weiteren Materials lassen sich die geschilderte Beziehungsszene und die Rolle, die ich als mitspielende Therapeutin hierin übernommen habe, als Reaktion auf einen entsprechenden Beziehungswunsch der Patientin verstehen: Wie auf Station, so wirkt Frau M. auch auf mich verunsichert, irritierbar, suchend nach Halt und Sicherheit. So verstehe ich in der konkreten Situation ihre zunächst starke Betonung formaler Aspekte vor allem als Ausdruck dieser Suche nach Sicherheit und Orientierung. Hinweise auf Abbrüche und Fragmentarisches tauchen im Schutz des Berichtens äußerer Umstände auf als Leben und Arbeiten in zahlreichen unterschiedlichen Städten, über die ganze Welt verstreut, verbunden mit der Erzählung, dass sie bereits als Kind seit ihrem dritten Lebensjahr häufig umgezogen sei. Zum Ausbruch der Erkrankung sei es durch Mobbing gekommen – aber davon möchte sie nicht weiter berichten, das solle jetzt „verheilen“...Angst wird spürbar... Auch innerhalb der Skriptbeschreibungen wird immer wieder auf den Aspekt des Suchens nach Sicherheit und Ordnung verwiesen, auch auf die damit verbundene Not und Verkehrung: Von „*viele[n] Nachfragen, Absicherung*“ ist die Rede, von „*Orientierungsfragen*“, die die Beschreibende an „*Verkehrsschilder*“ erinnern, „*die aber ihre warnende oder weisende Funktion verloren haben*“. Noch weiß ich nicht um diese verlorenen Funktionen und befolge die Verbots- und Hinweisschilder, die die Patientin wie einen Schutzschild vor sich und zwischen uns stellt... So bleibe auch ich in unserem Gespräch *vor* dem gemeinsamen Improvisieren in der Welt

der Fakten und Formalien – „...*sich die Angst weg reden und Vermeidung der Beziehungsaufnahme*“, heißt es diesbezüglich in einer der Skriptbeschreibungen, „... *schön ... die Decke drüber lassen...*“ in einer anderen – ein wunderbares Bild für die zunächst stattfindende Verunmöglichung von (auch, aber nicht nur emotionaler) Differenzierung! Auch innerhalb der Improvisationsbeschreibungen taucht „*Das Bild einer großen, warmen Decke, die über etwas ausgebreitet werden soll*“ auf und die Vermutung: „*Das ... Differente soll (?) gleich wieder eingebunden, eingebettet werden*“.

Dennoch ereignet sich innerhalb der gemeinsamen musikalischen Improvisation ein „Moment der Näherung“, der (auch hier) deutlich nachvollziehbar in das nachfolgende Gespräch hineinwirkt und mit Prozessen emotionaler Differenzierung vor allem hinsichtlich des Selbsterlebens und der Selbstwahrnehmung sowie des Selbstausdrucks der Patientin einhergeht und damit natürlich auch ihrem Gegenüber (mir, als mitspielende Therapeutin, aber auch den Beschreibenden) eine differenziertere Wahrnehmung ermöglicht. Wenngleich sich infolgedessen *auch* eine Annäherung von Patientin und Therapeutin ereignen kann, steht dieser Beziehungsaspekt hier nicht im Vordergrund des Geschehens, sondern ermöglicht eine andere Art der (An-)Näherung: Die affektive Befindlichkeit der Patientin im Anschluss an das Improvisieren, die in einem direkten Zusammenhang mit dem innerhalb des kurzen Momentes gemeinsamen Spielens symbolisierten musikalischen Affektausdruck steht, verweist darauf, dass es hier vor allem um eine Annäherung an inneres Erleben geht, an die eigene Geschichte, an erlittene Verluste und die damit verbundene Trauer. Die in diesem Moment gelingende Symbolisierung ermöglicht eine Annäherung an die „graue“ Welt des Klagens und Trauerns, die Realität von Geschehenem und die innere Realität der Trauer und ermöglicht gleichzeitig das Mitteilen und Teilen dieser schmerzlichen Gefühle und damit eben auch wiederum ein Erleben von Kontakt, Teilhabe und Gemeinsamkeit.

Zusammenfassung und Ausblick

Die untersuchten Improvisationen, innerhalb derer sich „Momente der Näherung und Gemeinsamkeit“ ereignen konnten, sind überwiegend durch musikalische Strukturen gekennzeichnet, die instabil, unklar und chaotisch erscheinen. Die musikalische Mitbewegung gestaltete sich schwierig, in seiner weitgehenden Strukturlosigkeit war das Spiel der Patienten kaum antizipierbar; es wirkt beliebig und zufällig. Kontakt wurde so über längere Zeit aktiv verhindert. Dennoch konnten sich die beschriebenen Momente gelingender Beziehungsaufnahme und damit verbunden Prozesse emotionaler Differenzierung ereignen! Sowohl anhand der Beschreibungstexte als auch der musikalischen Analysen der Improvisationen wurden Entwicklungen darstellbar, die – und sei es auch kurzfristig und fragmentarisch – Beziehung und Veränderungen ermöglichten und deutlich auch in das nachfolgende Gespräch hineinwirkten.

Auffallend war im Rahmen der Untersuchung, dass die innerhalb der musikalischen Improvisationen Kontakt und Beziehung *ermöglichenden* Strategien der einzelnen Patienten ein sehr viel höheres Maß an Individualität aufweisen als die wesentlich leichter zu verallgemeinernden und direkt in Zusammenhang mit dem Erkrankungsbild zu bringenden Formen der Kontaktvermeidung. Bezüglich der Ermöglichung von Annäherung und Begegnung finden sich auf der Ebene der musikalischen Formenbildung vor allem Muster, die wie Ansätze einer Strukturbildung wirken (Tonwiederholungen, beruhigende Pendelbewegungen, rhythmische oder melodische Motive, die Patienten wie Therapeutin ein Aufgreifen und Weiterentwickeln ermöglichen) sowie Sequenzen, innerhalb derer die Patienten ihrerseits Motive des Spiels der Therapeutin aufgreifen. Die hier wirksam werdenden Ressourcen zu Strukturbildung, Selbstberuhigung und Intentionalität und die damit möglich werdenden Prozesse emotionaler Differenzierung und sich verändernder (Beziehungs-) Dynamik scheinen eher quer zum Krankheitsgeschehen zu verlaufen und ein je individuelles Können der Betroffenen zu repräsentieren: Ein Können, das wie die entsprechenden Wünsche und Sehnsüchte der Betroffenen angesichts der im Rahmen schizophrener Erkrankungen vorherrschenden Entdifferenzierungsprozesse sowie der zahlreichen Schutz- und Abwehrvorgänge zur Vermeidung von Kontakt und Beziehung all zu leicht überhört und übersehen wird. Die Untersuchung von zwölf Erstimprovisationen mit schizophrenen Patienten bestätigte einerseits die Annahme, „dass der musikalische Ausdruck des Patienten und die musiktherapeutische Interaktion mit dem Therapeuten zu Erkenntnissen über Problematik, Pathologie, grundlegende Beziehungsmuster, gestörte/gesunde Persönlichkeitsanteile führen kann“ (Timmermann 1990, zit. nach Krapf 2007, S. 233). Andererseits – und dies scheint mir wesentlich bedeutsamer und fokussiert den zuletzt genannten Punkt, der im Rahmen dieses Beitrags hervorgehoben werden sollte – wurde deutlich, dass bereits hier, in und mit der ersten gemeinsamen musikalischen Interaktion, Veränderungen und Entwicklungen möglich werden. Die Untersuchung der im gemeinsamen musikalischen Tun etablierten Beziehungsformen und Interaktionsmuster stellte in besonderem Maße heraus, wie sich der Grundkonflikt schizophrener Menschen innerhalb der Improvisationen inszenieren kann und welche Möglichkeiten der Regulation *beiden* Interaktionspartnern zur Verfügung stehen.

Der mit der Aktualisierung des Grundkonfliktes einhergehenden Gefahren sowie unserer daraus resultierenden besonderen Verantwortung müssen wir uns als MusiktherapeutInnen selbstverständlich bewusst sein! Allerdings dürfen wir dies auch hinsichtlich der damit verbundenen therapeutischen Möglichkeiten und Chancen! Wo wir als Musiktherapeuten die Nähe zum schizophrenen Patienten für unmöglich halten (oder fürchten?), wird sich dieser in seiner Erwartung nicht gelingenden Kontaktes bzw. der Gefahr gelingenden Kontaktes und der damit verbundenen Angst bestätigt fühlen – ein Kreislauf, den schizophrene Menschen nur all zu gut kennen! Die vorgestellte Untersuchung mag in der Psychiatrie tätige Musiktherapeuten ermutigen, die oft kleinen, kurzen und doch so unendlich wert-

vollen Momente gelingenden Kontaktes bereits im ersten Zusammenspiel mit ihren schizophrenen Patienten wahr (!) zu nehmen und nicht von vornherein für unmöglich zu halten. In diesem Sinne möchte ich meinen Beitrag mit den Worten einer Betroffenen beenden: „Wo es gewagt wird, den Radius des Denk-, Sag- und Machbaren zu erweitern, da erhält der eigene Lebensraum mehr Spiel. ... Wo die Schwerhörigkeit des Gegenübers schwindet, kommen auch Zwischentöne an“ (Kempker 1991, S. 113).

Literatur

- Amering, M., Schmolke, M. (2007): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- Benedetti, G. (1979): Die Bedeutung und Entwicklung der psychodynamischen Theorie in der Psychiatrie der letzten drei Jahrzehnte. In: Theorie und Praxis der Psychoanalyse. Hrsg.: H. Fischle-Carl, Bons-Verlag, Fellbach
- (1991/1994): Todeslandschaften der Seele. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- (1992): Psychotherapie als existentielle Herausforderung. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- Blankenburg, W. (1971/1991): Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. F.-Enke-Verlag, Stuttgart
- Bock, Th., Deranders, J. E., Esterer, I. (1995): Stimmenreich. Mitteilungen über den Wahnsinn. dtv München
- Bock, Th. (1997): Lichtjahre. Psychosen ohne Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- Buck, D./Zerchin, S. (1999): Auf der Spur des Morgensterns. Econ & List Taschenbuchverlag, München, 2. Auflage
- De Backer, J. (2005): Music and Psychosis. The transition from sensorial play to musical form by psychotic patients in a music therapeutic process. Dissertation submitted for the degree of Doctor of Philosophy, Institute of Music and Music Therapy Aalborg University
- (2007): Die Entwicklung eines psychischen und musikalischen Raumes. Adrian – eine Einzelfallstudie. In: Metzner, S. (Hg.): Nachhall. Musiktherapeutische Fallstudien. Psychosozial-Verlag, Gießen
- De la Motte, D. (1985): Kontrapunkt. Ein Lese- und Arbeitsbuch. Deutscher Verlag für Musik, Leipzig
- Deuter, M. (2007): Beziehungsformen in der musiktherapeutischen Arbeit mit psychotischen Patienten. In: Tüpker, R. (Hg.): Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis und Forschung. Lit. Verlag, Münster, 2. Auflage
- Dümpelmann, M. (2004): Wie lässt sich praktisch anwenden, was psychoanalytische Augen erfassen? Zur Behandlungsorganisation in der stationären Psychotherapie von Psychosen. In: Machleidt/Garlipp/Haltenhof (Hg.): Schizophrenie. Behandlungspraxis zwischen speziellen Methoden und integrativen Konzepten. Schattauer, Stuttgart

- Erlenberger, M. (1984): Der Hunger nach Wahnsinn. Ein Bericht. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Hamburg
- Finzen, A. (2001): Schizophrenie. Die Krankheit verstehen. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- Gindl, B. (2002): Die Resonanz der Seele. Über ein Grundprinzip therapeutischer Beziehung. Junfermann Verlag, Paderborn.
- Hoffmann, P. (2002): „Zur (Wieder-) Entdeckung der Zeit“ Die Bedeutung des Phrasierens in Improvisationen der Musiktherapie – eine Untersuchung an Improvisationen von Patienten der Erwachsenenpsychiatrie. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Grades Doktor rerum medicinalium der Universität Witten/Herdecke im Bereich der Medizin
- Kempker, K. (1991): Teure Verständnislosigkeit. Die Sprache der Verrücktheit und die Entgegnung der Psychiatrie. Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, Berlin
- Krapf, J.-M. (2001): Auf den Schmerz hören. Vergleichende psychologische Untersuchung der musikalischen Erstimprovisationen von chronischen Schmerzpatienten. Unv. Diplomarbeit im Zusatzstudiengang Musiktherapie der WWU Münster
- Mentzos, St. (1993): Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 3. Auflage
- (2007): Das Bipolaritätsmodell und die dilemmatische Struktur der Psychosendynamik. In: Haebler/Müller/Matejek (Hg.): Perspektiven und Ergebnisse der psychoanalytischen Psychosentherapie. Forum der psychoanalytischen Psychosentherapie Band 17, Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- Roggendorf, G., Rief, K. (2006): Schizophrenie – ein Denkausbruch mit Folgen. Verlag G. Roggendorf
- Rummenheller, P. (1983): Die musikalische Vorklassik. DTV Bärenreiter Verlag, München
- Schiller, L. (1995): Wahnsinn im Kopf. Gustav H. Lübke GmbH, Bergisch Gladbach
- Schneider, P. K. (2001): Wahnsinn und Kultur oder die heilige Krankheit. Die Entdeckung eines menschlichen Talents. Verlag Königshausen und Neumann, Würzburg
- Tüpker, R. (1988/1996): Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie. Lit Verlag Münster, 2. Auflage
- Wulff, E. (1995): Wahnsinnslogik. Psychiatrie-Verlag, Bonn

Dr. Sylvia Kunkel, Universitätsklinikum Münster, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Albert-Schweitzer-Str. 11, 48149 Münster, E-Mail: Mthkunkel@aol.com