

Jahrbuch Musiktherapie Music Therapy Annual

Band 5 (2009)
Musiktherapie und
emotionale Differenzierung
Vol. 5 Music Therapy and Emotional
Differentiation

herausgegeben von
Deutsche
Musiktherapeutische
Gesellschaft e. V. (DMtG)

Reichert

Jahrbuch Musiktherapie
Music Therapy Annual

Herausgegeben von/edited by
Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)

Jahrbuch Musiktherapie

Music Therapy Annual

Band 5 / 2009: Musiktherapie und emotionale Differenzierung

Vol. 5 / 2009: Music Therapy and Emotional Differentiation

Bis Band 3 / 2007: Jahrbuch Musiktherapie
herausgegeben vom
Berufsverband der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten
in Deutschland e. V. (BVM) (Hg. / Ed.)

zeitpunkt musik
Reichert Verlag Wiesbaden 2009

Herausgegeben von /edited by
Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)

Redaktion: Prof. Dr. Isabelle Frohne-Hagemann,
Susanne Landsiedel-Anders, Elfriede Landmann, Mary Laqua, Dr. Nicola Nawe,
Hanna Schirmer, Elisabeth Seitz.
e-mail: hanna.schirmer@musiktherapeutinnen.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

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

© zeitpunkt Musik. Forum zeitpunkt
Dr. Ludwig Reichert Verlag Wiesbaden 2009
www.reichert-verlag.de
ISBN: 978-3-89500-733-0 (Print)
eISBN: 978-3-7520-0187-7 (eBook)
DOI: 10.29091/9783752001877

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

Eine kleine Meditation über einen Ton <i>Rolf Klüwer</i>	9
---	---

Vom Umgehen mit dem Unerträglichen in der Psychotherapie – Musiktherapeutische Aneignung und Gestaltung von Zeit <i>Dorothea Oberegelsbacher</i>	13
--	----

Music Influences Listeners' Emotion – A Review on Evidence From Psychological and Physiological Research <i>Hauke Egermann</i>	35
--	----

Affektregulierung als Ziel der musiktherapeutischen Arbeit mit Borderline-Patienten im Rahmen der Dialektisch-Behavioralen Therapie <i>Angela Knoche</i>	59
--	----

Möglichkeiten und Formen emotionaler Differenzierung im musiktherapeutischen Erstkontakt mit schizophrenen Patienten <i>Sylvia Kunkel</i>	99
---	----

J. S. Bach, barocke Affektenlehre und Musiktherapie – Versuch einer Zusammenführung <i>Bettina Weixler</i>	127
--	-----

Emotionale Differenzierungsarbeit in der musiktherapeutischen Behandlung von Bühnenangst <i>Irmtraud Tarr</i>	147
---	-----

Rezensionen zum Jahrbuchthema	175
--	-----

Die Autoren	197
--------------------------	-----

Sachregister	199
---------------------------	-----

Personenregister	201
-------------------------------	-----

Vorwort

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

das vorliegende Buch beschäftigt sich mit emotionaler Differenzierung bzw. mit Differenzierung von Affekten und auch mit Affektregulierung in der Musiktherapie. Wenn man bei Google das Stichwort „Emotionale Differenzierung“ eingibt, erhält man bei den ersten 10 Einträgen zunächst 8 Hinweise auf Produkt-Marketing, dann einen Text über Didaktik, danach einen Ausschnitt aus dem Buch von Ingo Engemann: „Manchmal ein bestimmter Klang“, das ein Kapitel mit dieser Überschrift trägt. Ich freue mich, dass wir unter den rezensierten Büchern, die wir sorgfältig auf das Jahrbuch-Thema bezogen ausgewählt haben, auch dieses Buch besprechen konnten.

Therapeuten richten in der Regel ihr Augenmerk darauf, in welcher Weise sich der emotionale Ausdruck im Laufe einer Therapie verändert, verfeinert – differenziert. Musiktherapeuten haben durch den kontinuierlichen Umgang mit Musik einen besonderen Zugang zu den Affekten des Patienten. Bereits in früheren Jahrhunderten ging man davon aus, dass Freude, Trauer, Schmerz sich durch Musik ausdrücken lassen und durch Musik auch hervorgerufen werden können. Besondere kompositorische Stilmittel wurden eingesetzt, um speziellen Affektausdruck hervorzubringen. Damit wurde schon in der Renaissance experimentiert. In der Barockzeit gab es verschiedene Theoretiker, die eine Affektenlehre festschrieben. So zeigt z. B. Johann Mattheson in „Der vollkommene Capellmeister“ von 1739 etwa 20 verschiedene Gefühlsregungen und deren musikalische Umsetzung auf (vgl. „Das neue Lexikon für Musik“, Bd. 1, 16). In ihrem Artikel: „J. S. Bach, barocke Affektenlehre und Musiktherapie“ versucht Bettina Weixler einen Brückenschlag von barocker Affektenlehre zur heutigen Musiktherapie und bemerkt, dass beide von der Möglichkeit der Affektausdeutung, der -nachahmung, -änderung und des -ausdrucks ausgehen.

Fast wie eine Ergänzung mutet Hauke Egermanns Artikel: „Music Influences Listeners' Emotion – A Review on Evidence From Psychological and Physiological Research“ an. Der Autor gibt einen Überblick über den Stand heutiger Emotionsforschung, die sich mit emotionalen Prozessen, die beim Musikhören entstehen, befasst.

Zur Einstimmung in das Thema dieses Jahrbuchs ist eine persönliche Erfahrung über die tief emotional berührende Wirkung eines Tones von Rolf Klüwer gedacht: „Eine kleine Meditation über einen Ton“. Der Autor vermutet, dass dieser eine Ton schon an einen früheren vorsprachlichen, später verlorengegangenen Reichtum an „Anfühlungen“ heranreicht. Diesen Gedanken folgt die Beschreibung eines Therapieverlaufs „Vom Umgehen mit dem Unerträglichen in der Psychotherapie“ von Dorothea Oberegelsbacher. Es dreht sich auch hier um emotionale Berüh-

rungen, die in ihrer Wirkung allerdings eigentlich abstoßen, die aber durch das „Annehmen“ fast nicht zu (er)tragen sind.

Auch die Artikel von Sylvia Kunkel, Angela Knoche und Irmtraud Tarr sind sehr praxisbezogen und berühren uns auf unterschiedliche Weise. Sylvia Kunkel beschreibt musiktherapeutische Erstkontakte mit Patienten, die an schizophrenen Erkrankungen leiden und fordert: Emotionale Differenzierung tut Not. Dasselbe Ziel und darüber hinaus hat Angela Knoche die Affektregulation im Sinn bei ihrer Arbeit mit Borderline-Patienten. Sie stellt ein spezielles therapeutisches Verfahren für Menschen mit Borderline-Problematik vor in ihrem Artikel: „Affektregulierung als Ziel der musiktherapeutischen Arbeit mit Borderline-Patienten im Rahmen der Dialektisch-Behavioralen Therapie“. Und zu guter Letzt beschreibt Irmtraud Tarr die Entwicklung einer musiktherapeutischer Arbeit mit einem jungen Mann, der unter Bühnenangst leidet: „Emotionale Differenzierungsarbeit in der musiktherapeutischen Behandlung von Bühnenangst“.

Auf eine Neuerung, die ich oben schon angedeutet habe, möchte ich an dieser Stelle nochmals hinweisen: Wir haben uns verständigt, künftig Buchbesprechungen von Büchern zu veröffentlichen, die sich auf das Jahrbuchthema beziehen lassen, unabhängig davon, ob das Buch eine Neuerscheinung oder schon länger auf dem Markt ist. So erhalten unsere Leser die Möglichkeit, sich über die Beiträge hinaus weiter zu informieren und das Thema zu vertiefen.

November 2009

Hanna Schirmer

Literatur

Das neue Lexikon für Musik, Bd. 1 Stuttgart, Weimar (1996).

Beiträge

Eine kleine Meditation über einen Ton*

Rolf Klüwer, Steinbach (Ts.)

Wenn ich gefragt würde, was mir als erstes als charakteristisch für Mario Muck einfiel, dann würde ich sagen: er ist ein Meister des Zuhörens, des Aufnehmens, und als ein solcher von seinen Patienten entsprechend Geschätzter. Ein Zuhörer, der den Sprecher beim Zuhören zu vermitteln vermag, *dass* er zuhört und aufnimmt, so dass das Mitgeteilte gut aufgehoben ist und sich der Mitteilende aufgehoben fühlen kann.

Und weil das bei ihm so ist, wird in meiner kleinen Ansprache das Hören auch im Zentrum stehen.

Kürzlich wurde mir von einem Konzertbesuch berichtet, bei dem sich etwas Ungewöhnliches ereignete. Ein junger, noch kaum bekannter Tenor sang. Er sang gut, und dann erklang in seinem Gesang ein Ton, ein einzelner Ton, der so schön war, dass er dem Erzähler Tränen in die Augen trieb.

Dieses Erlebnis gab mir zu denken. Was hat dieser ungewöhnliche Ton eigentlich berührt? Wie vermag er das? Ich denke, man wird mir zustimmen, wenn ich vermute: Der Ton rührt an eine geheimnisvolle Erinnerung.

Wie ich dem Buch „Echolalien“ von Daniel Heller-Roazen entnehme, hat der Sprachforscher Roman Jakobson herausgefunden, dass Kleinkinder vor der Zeit, zu der sie die ersten erkennbaren Worte bilden, über Artikulationsmöglichkeiten verfügen, die selbst der sprachbegabteste Erwachsene nicht zu erreichen vermag. Darum interessierte er sich für das Geplapper der Kleinkinder. In seinem Buch „Kindersprache, Aphasie und allgemeine Lautgesetze“, das er 1939 bis 1941 im norwegischen Exil schrieb, bemerkte er: „Ein lallendes Kind kann Artikulationen aufhäufen, die sich nie innerhalb einer Sprache oder sogar einer Sprachgruppe zusammenfinden: Konsonanten beliebiger Bildungsstelle, moduliert und gerundet, Zischlaute, Affrikaten (Verschlusslaute mit folgendem Reibelaut wie pf), Schnalze, kompliziertere Vokale, Diphthonge usw.“. Im Anschluss an weitere Forschungen kam Jakobson zu der Erkenntnis, dass den Lautbildungsfähigkeiten des brabbelnden Kindes in der von ihm so genannten „Blüte der Lallperiode“ keine Grenzen gesetzt sind. Im Bereich der Artikulation seien Kleinkinder zu allem fähig. Ohne die geringste Anstrengung vermöchten sie alle in menschlichen Sprachen vorkommenden Laute zu erzeugen. „Wie nun alle Beobachter mit lebhafter Überraschung

* Beitrag anlässlich der Feier zum 80. Geburtstag von Mario Muck am Frankfurter Psychoanalytischen Institut am 2. November 2008

bezeugen“, schreibt Jakobson, „verliert das Kind beim Übergang vom Vorsprachstadium zum ersten Worterwerb, also zur ersten wirklichen Sprachstufe, beinahe sein ganzes Lautvermögen. Offensichtlich ist für den Erwerb irgendeiner Sprache der Preis des Vergessens des grenzenlosen Lautrepertoires zu zahlen. Aber was wird aus der unendlichen Reihe der in der Blütezeit des Lallens produzierten Laute? Der Autor des Buches schreibt, er könne sich nur schwer vorstellen, dass sie für immer verschwunden seien und allenfalls nur eine Rauchspur hinterlassen hätten.

Ich unterstelle nun – und ich denke, man wird mir auch darin folgen – dass das Kleinkind nicht nur über diese Fähigkeit der Lautbildung verfügt, sondern zudem über die Fähigkeit zu emotionaler Erfahrung, kurz, dass die gelallten Laute sich mit so etwas wie Stimmungen verbinden; dass die Laute nicht nur zu hören sind, sondern sich für den Erzeuger auch anfühlen. Im träumerischen Ahnen (Reverie) zwischen Mutter und Baby wird davon vielleicht auch etwas kommunizierbar. Wir wissen ja inzwischen, dass in der Seele des Säugling ungleich mehr vor sich geht, als wir uns das noch vor Kurzem vorstellten. Die Schlussfolgerung liegt also nahe: dass nicht nur die Fähigkeit zu unbegrenzter Lautbildung verloren geht, sondern auch der Reichtum eines unbegrenzten Repertoires von „Anfühlungen“.

So kann ein Ton, vielleicht auch etwas Riechbares oder Sichtbares aufrufen, berühren, das von sonst nichts Bekanntem berührt werden kann, weil es mit nichts Bekanntem verknüpft ist. Alles Bekannte ist schon aus dem Raum der Möglichkeiten entlassen in den der Wirklichkeit, hat damit seine Potenzialität eingebüßt und ist – von dort her gesehen – nur mehr wirklich. Der Ton berührt etwas, das in unfasslicher Ferne, Lichtjahre entfernten und nicht erreichbaren Nichtwelt sein muss, und darum überwältigend wirkt, weil die Berührung eigentlich unmöglich und geheimnisvoll bleibt, ein Zauber der verzaubert, ein Erlöser aus einer in dem Augenblick wie unerlöst erscheinenden Wirklichkeit erscheint. Eine Botschaft aus der Ferne – wie weit entfernt müssen wir uns das vorstellen? – Nähe und Distanz sind hier in eigenartiger Weise unwirklich wirklich, denn verschmelzend nahe und unkenntlich entfernt. Wenn solche Botschaft ankommt, wirkt eine Berührung aus unerreichbarer Ferne. Unverwirklicht geblieben, am Rande einer bekannten und vertrauten Welt. Es gibt wohl irdische und himmlische Töne, wirkliche und mögliche. Das was berührt wird, wäre gerne wirklich geworden und hätte damit doch seinen Ort, der im Augenblick der Berührung wie im Himmel bei den Engeln erscheint, verloren. Darum der überwältigende Eindruck der Schönheit. Das stiftet Verbindung eigener Art und öffnet einen Raum – vielleicht auch den der Liebe.

Dies lässt sich nicht sagen, nur hören. Es ist nur ein Punkt, der sich ins All dehnt wie der Ton der Sonne, der unseren ganzen Weltraum füllt.

Ein Ton kann sehr mächtig sein und viel bewirken: ich denke nicht nur an die Mauern von Jericho, sondern an ganz feine Nuancen: er kann eine Zugehörigkeit ausweisen, wie bei den der Dialekten. So kann der Kölner den Kölner daran erkennen, ob er in der Lage ist, Bloodwoosch zu sagen. Nur die Kölner können dieses lang gezogene „oo“ so sprechen, dass es unverkennbar kölsch ist. In Korea mach-

te ich ebenfalls Erfahrungen sprachlicher Herausforderungen: wenn mich meine Begleiterin morgens vom Hotel abholte und wir uns durch den Verkehr Seouls quälten, hatten wir ausgiebig Zeit zu einem regelmäßigen Sprachunterricht. Bei der Überquerung des breiten Flusses sagte sie: This is han-wan – this is river Han. Ich wiederholte han-wan und konnte dann beim nächsten Mal schon ohne ihr Vorsagen han-wan sagen. Der Wagen vor uns war ein Hundai, und sie sagte: This car is a tschun däh, und ich wiederholte „tschun däh“. No, sagte sie, tschun däh. Ach so, tschun däh. No, tschun däh, und es ging eine Zeit so weiter. Doch ich konnte beim besten Willen den Unterschied nicht hören, musste es schließlich aufgeben und blieb im Stillen für mich bei „Hundai“. So kann ein Ton eine enorme Bedeutung bekommen, wenn er etwa zum Schiboeth wird, ob man als Freund oder Feind vor dem Stadttor steht und in der Nacht um Einlass bittet.

Hier wäre noch einiges Treffliche zu sagen über die Nuance in der Formulierung einer Deutung, die oft darüber entscheidet, ob der andere erreicht wird. Aber – es soll eine kurze Meditation bleiben.

So dürfen also wir vermuten, dass am Anfang unseres Lebens ein unermesslicher Reichtum besteht, der zugunsten von Verwirklichung verarmt. Der zu Tränen rührende Ton berührt demnach eine nicht verwirklichte, aber bereits gefühlte Möglichkeit. Eine unvorstellbare Möglichkeits-Welt; eine Möglichkeit von Erfüllung, repräsentiert durch einen Ton, der eine Erinnerung an ein Etwas ist, das noch keinen Namen, keine Gestalt und keine Form, noch keinen Container hat; keine Worte; das kein Etwas ist, aber das als ein Noch-nicht eine besondere Köstlichkeit hat, die durch kaum etwas Fassbares erreicht wird. Der Ton hat kein Objekt, an das er sich wenden würde. Er ist ganz für sich.

Diesem überwältigenden Eindruck von Schönheit, vermittelt durch den Ton, möchte ich gegenüberstellen den sinnhaften Zugang zur Wirklichkeit, den die englische Sprache so treffend mit common sense ausdrückt: der damit gemeinte gesunde Menschenverstand kommt zustande durch das Zusammenspiel aller Sinne, die dann ein Objekt identifizieren, das hör-, seh-, riechbar ist und sich anfassen lässt. Der unendliche anfängliche Reichtum von Möglichkeiten hat sich transformiert zu einer endlichen Verwirklichung, die zu bezahlen ist mit dem Verlust jenes Reichtums.

Während man unterstellen muss, dass es nicht nur die beglückenden Anführungen, sondern auch die schrecklichen höllischen geben müsste, kommt der Schönheit der unverwirklicht gebliebenen Sinnesempfindungen vielleicht doch ein besonderer Platz zu. So meint Meltzer, das Baby erträgt die Schönheit der Welt, repräsentiert durch das Auge und die Brust der Mutter nicht, und gerät in einen ästhetischen Konflikt, weil es in einer Überwältigung untergehen würde.

Sie werden längst vermuten, dass der Hörer des Tons das Geburtstagskind ist. Dass der Ton überhaupt so gehört werden konnte, das setzt natürlich auch ein Ohr voraus, dass ihn zuhören vermag und ich möchte ihm zu dem Glück gratulieren, über diese Gabe auch in seinem achten Jahrzehnt weiterhin verfügen zu können.

Vom Umgehen mit dem Unerträglichen in der Psychotherapie – Musiktherapeutische Aneignung und Gestaltung von Zeit

Dealing with the Unbearable in Psychotherapy – Grasping and Forming Time in Music Therapy

Dorothea Oberegelsbacher, Wien

Das existenzielle Phänomen der Unerträglichkeit ist untrennbar verbunden mit Affekt, Emotionalität und Krise. Es werden tiefenpsychologische Theorieelemente rund um präsymbolische traumatische Erfahrungen und deren nachträgliche Symbolisierung vorgestellt (Tenbrink, 2000). Im Zentrum steht die 10-jährige Therapie psychodynamischer Prägung mit Ariana, einer psychisch stark auffälligen geistig behinderten Frau, deren Leben von archaischer Angst und emotionalem sowie sozialem Chaos bestimmt war. Die wachsende Tragfähigkeit der Beziehung zwischen Therapeutin und Patientin ermöglichte die Selbstwerdung und Heilung der Frau: Nachreifung der Persönlichkeit, einhergehend mit emotionaler Differenzierung; Wiederherstellung von Zeit- und Raumerleben (Niedecken, 1994) und anderem mehr. Ariana vermied das Spielen auf Musikinstrumenten grundsätzlich, die singende Stimme durfte jedoch sein. Ihre Ressource war eines ansehnlichen Repertoires an Liedern. Beispiele zeigen die Spiegelfunktion des Situationsliedes; die Unterscheidung von innerer und äußerer Realität mittels Refrain; wie Liedtexte zu Metaphern für innerpsychische und zwischenmenschliche Vorgänge werden; wie eine beobachtende, kommentierende Meta-Ebene etabliert wird. Deutung durfte über lange Zeit nur im Lied erfolgen und singend gelang die Anbahnung von einem „Sprechen im interpretierenden Modus“ (Ornstein 2009), welches der Patientin einen Einstieg in Akte der Selbstreflexion ermöglichte, die sie zunehmend autonom nutzen lernte – innerhalb und außerhalb der Therapie. Die Musik war nicht zuletzt auch Halt für die Therapeutin selbst, wenn es um die Aufrechterhaltung des Settings und die Funktion des Containments ging. Dieser Beitrag gründet auf einem gleichnamigen bislang unveröffentlichten, überarbeiteten Vortrag auf dem 3. Weltkongress für Psychotherapie in Wien im Jahre 2002 und schreibt hier diese außergewöhnliche Therapieerfahrung weiter.

The existential phenomenon of the unbearable is inseparably related to affect, emotionality and crisis. Theoretical components from depth psychology are presented, relating to presymbolic traumatic experiences and their subsequent symbolization (Tenbrink, 2000). Focus is placed on ten years of therapy, of psychodynamic character, with Ariana, a mentally handicapped woman with extreme psychological symptomatic, whose life was marked by archaic fear as well as emotional and

social chaos. The growing capacity of the therapist-patient relationship enabled the woman's self-realization and healing: greater maturity, restoration of time- and spacial awareness, (Niedecken, 1994) and much more. Ariana principally avoided playing musical instruments; a singing voice, however, was allowed. Her resource was an impressive song repertoire. Examples demonstrate the mirroring function of situationally developed songs, the differentiation between inner and outer reality through the use of refrain, how song lyrics become metaphors for endopsychic and interpersonal processes, how an observant, commentarial meta-level is established. Interpretation, only allowed in song, occurred over a long period of time while singing lead to the initiation of a „speaking in the interpretive mode“ (Ornstein 2009), rendering the patient's acquisition of self-reflection, which she learned to use with ever increasing autonomy, during and outside of therapy. Music ultimately became a source of support for the therapist herself, in regard to maintenance of setting and functions of containment. The article describes further this extraordinary therapeutic experience and is based on an up to now unpublished and revised speech, with the same title, written for the World Congress of Psychotherapy in Vienna, 2002.

Einführende Gedanken

Der Titel des Beitrages spricht vom Umgehen mit dem Unerträglichen und nicht vom Verstehen des Unerträglichen, denn – das Verstehen kommt später. Zuerst will es ertragen werden. Was ist das Unerträgliche? Ist es das zu Wilde, das Bedrohliche, das dramatisch Hereinbrechende, die sogenannte Affektüberflutung? Ist es das, was psychoanalytisch mit Urszene zu tun hat? Ich zitiere hier Dietmut Niedecken, die große Erforscherin innerseelischer Befindlichkeiten geistig behinderter Menschen:

„Als „Urszene“ bezeichnen wir in der Psychoanalyse die Verarbeitung der Wirklichkeit einer Vereinigung zweier Elternfiguren, von der es ausgeschlossen ist, durch das Kind. Es spielt hierbei keine Rolle, ob Beobachtungen oder lediglich Fantasien zu dieser Auseinandersetzung führen. Das Urszenen-Geschehen dürfen wir uns in diesem Zusammenhang nicht etwa konkretistisch auf den elterlichen Akt eingeschränkt denken; vielmehr kann sich der Aspekt des Ertragens von Ausgeschlossenensein modellhaft auf jegliche Erfahrung übertragen, die Aspekte von großer Erregung und Faszination beinhaltet.“ (Niedecken, Lauschmann, Pötzl 2003, S. 101)

Therapeutisch Tätige werden die Relevanz dieses Gedankens unmittelbar nachvollziehen und wissen, worum es hier gehen könnte.

Eine Falldarstellung widmet sich der Arbeit mit einer geistig behinderten Frau, die in ihrem Verhalten schwerst beeinträchtigt war. Vor allem die verschiedenen Formen des Liedes in musiktherapeutischen Interventionen und Techniken zeigten sich in diesem therapeutischen Prozess als der oft einzig gangbare Weg für die Beziehungsgestaltung und die Herstellung von Realitätsbezug.

Zurück zum Unerträglichen. Das Bedrohliche kann also in einer Triebüberflutung gesehen werden, die den Erfahrungen aus der Urszene nahe steht. Bedrohliches könnte aber auch aus dem Gegenteil herrühren: aus dem Nichts und der Leere, die kompensiert werden müssen. Auch das kann unerträglich sein. Manchmal wird das ständig Wiederkehrende, Einförmige und Langweilige zum Unerträglichen, da es nie enden will.

Für wen ist etwas unerträglich? Für den Patienten, die Patientin, oder mich, die Therapeutin?

Unerträgliches hat mit Toleranzschwellen zu tun, mit traumatischer Sphäre, mit nicht integrierten Erfahrungen, für die es keine Worte und Begriffe gibt. Es hat so jedenfalls auch mit Regression zu tun.

Ungedachtes Wissen und nachträgliche Symbolisierung

Das, was wir definitiv nicht verstehen, ist emotional um vieles Unerträglicher als das, was für uns Sinn ergibt, sei er auch noch so klein oder schmerzhaft. In diesem Zusammenhang ist die Beschäftigung mit dem Gedankengut des Individualpsychologen Dieter Tenbrink sehr aufschlussreich, der in seinem Aufsatz „Musik als Möglichkeit zum Ausdruck und zur Transformation präverbaler Erlebnismuster“ (2000) die traumatische Sphäre und den Möglichkeiten einer nachträglichen Symbolisierung aufzeigt.

„Wenn wir davon ausgehen, dass die Symbolisierungsfähigkeit des Säuglings bzw. des Kleinkindes erst im 2. Lebensjahr eine gewisse Effektivität erlangt und sich damit das Erleben grundlegend verändert (Stern, 1986/Lichtenberg, 1983), können wir ebenfalls davon ausgehen, dass in jedem Menschen – in der Zeit bis zu dieser Grenzlinie, die allerdings unscharf ist – ein schier unermessliches Potential an Erleben auf der Grundlage präsymbolischer Modi der Erfahrungsbildung angesammelt und assimiliert wurde, das also keiner direkten oder unmittelbaren Symbolisierung unterworfen worden ist. (Ogden, 1989). Dieses präsymbolische oder ungedachte Wissen (Bollas 1987) bildet die unerschöpfliche dynamische Grundlage unseres Lebens und Erlebens bis zu unserem Tod. Gleichzeitig stellt sie eine lebenslange Anforderung an unsere sekundär prozesshafte Verarbeitung, die u. a. darin besteht, durch nachträgliche Symbolisierung Teile dieser präsymbolischen Erfahrungsbildung dem bewussten Erleben und Verhalten zugänglich zu machen...“ (Tenbrink, 2000, S. 244f)

Der Autor erwähnt weiters, dass diese präsymbolischen Erfahrungen noch nicht in das phasengemäße Omnipotenzlerleben integriert sind – welches im Sinne Winnicotts (1979, 1994) sozusagen als ein gesunder Entwicklungsverlauf die Aneignung dieser präsymbolischen Erfahrungen vorsieht und sie Teil des Selbst werden lässt. Als Beispiel führt er die abendliche Angst des Kindes beim Einschlafen an: Es fürchtet sich vor der Gestalt eines Gespenstes oder Tieres und verwandelt mit dieser Visualisierung seine große, gegenstandslose Angst – Kennzeichen früher Erlebnismuster – in ein phantasiertes Bild, als Versuch der Angstmilderung (S. 247).

Nicht integrierte präverbale Erlebnismuster, d. h. nicht ausreichend stattgefundene Transformation der Erlebnismuster können nicht zum Aufbau von Selbststruktur genutzt werden. Genau das ist ein Erklärungsansatz, welchen die Musiktherapie mit schwerstgestörten Patienten, mit Ich-schwachen, mit intellektuell Beeinträchtigten oder auch bei anderweitig schweren psychopathologischen Phänomenen berücksichtigen kann.

Auf dem Wege der Katharsis, der sich wiederholenden Katharsis kann eine Transformation dieser Erlebnismuster stattfinden, so Tenbrink, wenngleich er keinen Zweifel daran lässt:

„Nachträgliche Transformationsprozesse können sich m. E. bestenfalls ‚entschärfend‘ auf die Ebene der Grundstörung auswirken, sie aber nicht aufheben. Die Ebene der Grundstörung verbleibt als ein ‚wunder Punkt‘ im Kern des Selbst und kann durch entsprechende Erfahrungen mit massiv traumatisierender Wirkung erneut mobilisiert werden, sofern der Schutz, den die nachträgliche Symbolisierung bietet, nicht ausreicht.“ (ebd., 247)

Sollen diese präsymbolischen Erfahrungen über einen bloßen kathartischen Ausdruck hinausgehen, also transformiert werden, braucht es in Anlehnung an Tenbrink zweierlei:

Zum Einen *das Selbst des Betreffenden, das aktiv an dem Prozess beteiligt ist*. Das ist immer dann der Fall, wo in einer psychodynamischen Psychotherapie oder auch in einer Musiktherapie das Mitwirken des Patienten gefragt und erwünscht ist und auch stattfindet.

Die zweite Bedingung ist, dass dieses Selbst in dem Prozess der aktiven Beteiligung an der Transformation auf eine Weise gehalten wird, die es ihm ermöglicht, präverbale Muster des Erlebens nachträglich in den Bereich des Omnipotenzlerlebens hineinzuholen. Es geht also um ein „*Gehaltensein*“, *wozu auch notwendiger Weise die Präsenz einer therapeutischen Person gehört*, was eine therapeutische Beziehung voraussetzt.

Diese Transformation kann nicht alleine geleistet werden.

Tenbrink erwähnt weiters, dass in diesem Zusammenhang Ausdruck, eben kathartischer Ausdruck wichtig ist, dass aber die Grenzen zwischen Ausdruck und Transformation fließend sind und dass es auch Kombinationen gibt, wo etwas eben nur im Ausdruck verbleibt und noch nicht die Stufe der Transformation erreicht. Ich beende hier die Gedankengänge des Autors und kehre zu meinen anfänglichen Überlegungen zurück

Begleitschutz

Das Unerträgliche ruft nach Begleitschutz. Dieser wäre möglich in Form von Coping. Von Coping aber wissen wir, dass es eine reife Form der Problembewältigung darstellt – im Gegensatz zu den Abwehrmechanismen der Spaltung oder Projektion. Coping setzt reifere Ich-Strukturen voraus, die ein bewusstes, absichtsvolles

Handeln ermöglichen – nicht zuletzt auf der Grundlage ausreichend gut verinnerlichter elterlicher Funktionen. Wenn das noch nicht gegeben ist, bedeutet Begleitschutz demnach, dass ein personaler, unmittelbarer, direkter Begleitschutz durch eine andere Person gebraucht wird, die ihrerseits das Unerträgliche miterfährt, mitbekommt, ein Stück weit teilt und aushält. Als Zeugin ist sie dem Unerträglichen ebenfalls ausgesetzt und das heißt Grenzerfahrung, d. h. real am Abgrund zu stehen. Jegliches „als ob“ geht verloren, somit auch das Gefühl, dass es lediglich so sei, als ob man an einen Abgrund stünde. Nein, man steht tatsächlich an diesem Abgrund. Im Erleben gibt es keine Option mehr zwischen diesem oder jenem und diese Ausweglosigkeit – ein Kennzeichen von Traumatisierung – führt direkt in die Angst (Angst und Panik waren die vorherrschenden Gefühle in der Therapie mit meiner Patientin – lange Zeit wohl auf beiden Seiten).

Die Angst ist damit der Hauptaffekt, der dem Unerträglichen innewohnt und den daraus resultierenden Überlebens-Handlungen (etwa Flucht, Attacke oder Erstarrung) zugrunde liegt. Umgehen mit dem Unerträglichen bedeutet demnach zuallererst eine radikale Konfrontation mit der Angst. Das Ausmaß der Angst wird ahnbar, wenn die Therapeutin, der Therapeut, einen Teil der Gefühle mitfühlt, bereit ist, es in sich zu erleben und in dieses Grauen mit hineingezogen wird. Es ist ein unverzichtbarer Sog, um an dieser Grenze, in diesem Terrain arbeiten zu können. Damit ist es nicht risikolos.

Die Therapeutin braucht ihrerseits selbst einen Begleitschutz. In einer professionellen musiktherapeutischen- psychotherapeutischen Arbeit heißt das, dass die Therapeutin sich diesen Begleitschutz organisieren können muss, innerhalb der Sitzung und zwar häufig auch durch Musik. Die Musik hält nicht nur die Patientin, sondern auch die Therapeutin.

Hoffnung auf das Dritte

Arbeit im Unerträglichen setzt voraus und zielt darauf ab, dass es dereinst eine andere Ebene geben wird: eine neue, eine zusätzliche, von der aus dieser Abgrund aus einer anderen Perspektive betrachtet werden kann. Es geht um die Etablierung einer zusätzlichen Dimension der Erfahrung, die etwas mit Metaebene zu tun hat. Die Mehrdimensionalität bedeutet wieder Wahlmöglichkeit, im Sinne einer Überstiegs-Fähigkeit von hier nach dort und zurück. Von dieser Metaebene aus wird eine distanzierte Betrachtungsweise möglich. Diese muss noch nicht einmal interpretativ sein – wohl aber reflexiv im Sinne von spiegelnd, wiedergebend, echogebend. Von diesem Ort aus kann also auf etwas geblickt werden, von drüben her, von oben herunter, gewissermaßen souverän.

Zuerst ist es meistens nur die Therapeutin, die von diesem Ort aus auf das Szenario des Unerträglichen blickt. Später ist es dann auch die Patientin, die sich mit dem therapeutischen Geschehen auf dem Wege des Vertrauens zur Therapeutin identifizieren kann.

Es stellt sich die Frage, wie dieser Ort einer Metaebene erreicht wird. Meine Erfahrung und auch die der Fachliteratur psychoanalytischer-tiefenpsychologischer Autoren ist die, sie wird über das Vehikel des Dritten erreicht. Das Dritte kann und muss durch die Musik dargeboten werden, innerhalb einer auch präverbal ansetzenden, musiktherapeutischen Therapie.

Während – gewährend

Während das Unerträgliche, wie wir wissen, eigentlich mit Zeit nichts zu tun haben will – ja, der Zeit davon rennen möchte – denn im Erleben des Unerträglichen ist jede Zeit zu lang, auch die kürzeste Zeit – geht es doch um Unbewältigbares, um Unbewältigtes und um erst noch zu Bewältigendes – während also diese Zeit im Wahrnehmungsmodus des Unerträglichen nichts zu melden hat, vielmehr eine Art Feind ist, der zerstört und verleugnet werden muss, gemäß dem primärprozesshaften Erleben, wo ein Nacheinander nicht existieren darf, wo nur die Gleichzeitigkeit, das Alles-jetzt, Alles-sofort existieren darf – während also diese Zeit ein Feind ist, verschafft sich die selbe Zeit im Augenblick der Musik ein leises unaufdringliches Gehör und eine Daseinsberechtigung.

Wir können uns das vorstellen, wohl auch aus der eigenen Erfahrung mit Musik: unaufdringlich, aber höchst präsent, bekundet sie Gegenwart. Ob das ein einzelner Ton ist, der erklingt oder ein ganzes Stück. Eine Gegenwart, die bekundet und markiert wird, ist bereits eine erlebbare Form von Zeit. Von hier heraus, von dieser Gegenwart kann aufgemerkt und aufgelauscht werden. Die Gegenwart also als das einzig Sichere, das da ist, denn die Vergangenheit ist nicht mehr und die Zukunft ist noch nicht.

Es kann angenommen werden, dass, wenn die Gegenwart als das einzig Sichere erlebt werden darf, dass dann auch all das, was in dieser Gegenwart stattfindet, einen höheren Grad an Sicherheit und Verlässlichkeit zugeschrieben bekommt und die Irrealität des Phantasmatischen an bedrohlicher Macht verliert.

Musik als Zeitkunst kann Zeit dehnen, abgesehen davon, dass sie sie auch verkürzen oder anderweitig strukturieren kann. Hier in dieser Geschichte geht es um jene Kapazität der Zeit, die ausdehnen kann und durch die Musik in dieser Dehnung kathartisches Material, Affekte und Emotionen zulässt und (be-)halten kann. Sie wird zu einem Lebensraum für affektiv aufgeladene psychische Inhalte. Wunderbar kann Musik Gegenwart verlängern und damit zu einem Time-out werden, zu einer Auszeit, die aber nicht eine getötete oder eine abgewehrte Zeit ist, sondern lediglich eine angehaltene Zeit, die eben diesen Raum eines dienlichen Moratoriums aufspannt. Hier wird einiges möglich. Was?

Es wird Ausruhen möglich und das heißt: angstfreies Sein. Es wird Hinhören möglich und das heißt: angstfreies von sich selbst einmal Absehen, etwas Anderem sich Zuwenden ohne Sorge, von diesem aufgesogen oder vernichtend in Frage

gestellt zu werden. Es wird möglich, etwas Anderes, etwas Neues zu vernehmen. Die Patientin, um die es hier gehen wird, muss auf stereotype Weise anderen Personen ständig Dinge wegnehmen, an sich nehmen und sich einverleiben. Ihr Verhalten des Nehmens – einschließlich des Stehlens, Entwendens, Erschleichens – weiß noch nichts von einer Haltung des Ver-Nehmens, des empfangenden Hinhörens.

Ariana

Dieser Abschnitt eröffnet eine Falldarstellung, bei welcher die erste musiktherapeutisch-musikalische Form ein „Nonsense –Lied“ ist – gebildet aus gutturalen, sehr aggressiv getönten Zischlauten. Wir werden später aber auch Wiegenlieder als haltende Gebilde finden, ein Jahreszeiten-Lied als Botschaft von wiederkehrender Zeit, Zyklizität und Ganzheit. Es gibt weiters ein fröhliches Reiselied, mit dem die Patientin die Aufbruchsstimmung und die Selbstkontrolle über ihre überschießenden Affekte bekundet und schließlich noch ein Kinderlied, das ein Abbild der therapeutischen Situation darstellt.

Alle diese Lieder wurden von der Patientin eingebracht und nicht von der Therapeutin. Es war das Material, das die Patientin zur Verfügung stellte und damit auch bekundete, damit möchte ich arbeiten.

Krankheit und Lebensgeschichte

Ariana (Name ist geändert) wird durch zwei Statements von ihrem betreuenden Umfeld charakterisiert: „Sie kam, sah und siegte“ sowie „Wilde Henne“. Beides steht in einem eigentümlichen Kontrast zum Defizitkatalog ihrer klinischen Diagnose. Sie ist zum Zeitpunkt des Erstkontakts 28 Jahre alt, leidet an einer schweren *kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen* (ICD- 10: F 92.8) auf dem Hintergrund einer *Schweren Intelligenzminderung mit deutlichen Verhaltensauffälligkeiten zwanghafter Natur, die Behandlung erfordern* (F 72.1). Sie ist getrieben von starker motorischer Unruhe, die stets spürbar den Charakter von Angstabwehr hat: Ariana zischt herum wie eine Furie, muss in meiner Praxis alle Räume öffnen, alles herausreißen, anschauen, haben, zerplücken. Nirgends kann sie lang bleiben.

Sie leidet aber auch – und nicht nur sie, sondern ihre Umgebung mit ihr – unter einer starken Affektlabilität. Diese überschießenden Affekte finden sich sowohl im positiven, sowie auch im negativen Bereich: von hoch euphorisch, hyper-sexualisiert, distanzlos bis hin zu zornig und verzweifelt.

Ein weiteres Merkmal sind ihre reduzierte Impulskontrolle und eine ausgeprägte inkorporative Tendenz: Sie will die Dinge haben. Sie will sie nicht geborgt bekommen, nicht anschauen, nicht darüber reden, nicht damit spielen. Sie will sie haben, einstecken und mit nach Hause nehmen. Sie erweist einen immens ausge-

prägten Spürsinn darin, jene Dinge haben zu wollen, die auch den anderen wertvoll sind und unterscheidet in einer großen Schnelle, welches Buch dem Besitzer eben nicht entbehrlich ist. Welcher Werbefolder eben noch gebraucht wird, welche Kaffeetasse aus der Praxisküche eben nicht hergeschenkt werden kann. Sie muss alle jene Objekte, die ihr sehr wohl überlassen werden können, sofort als nicht wertvoll abtun und wegwerfen. Diese Besitz-Wut, die kein „als ob“ kennt, ist im zwischenmenschlichen Kontakt mit das Belastendste. Es gibt eigentlich keine Kommunikation, vielmehr herrscht ein fast kriegerischer Zustand, in welchem sie sich Beute rafft.

Ich darf anmerken, dass die Therapie zustande gekommen und letztlich gelungen ist, obwohl sie über die ersten zweieinhalb Jahre, das sind etwa 100 Stunden, einen sehr hohen Kraftaufwand für mich bedeutet hat. Später werden die Begegnungen etwas weniger anstrengend, aber es bleibt eine emotional involvierende Arbeit, in welcher sich die musiktherapeutische Haltung als hilfreicher, abführender Kanal und Weg für Persönlichkeitsentwicklung bewährt hat.

Arianas aggressive Ausbrüche im Verbalen und fallweise im Tätlichen (bei Missachtung einiger Punkte) sind ebenfalls da. Fremdaggressionen entstehen, wenn man sie körperlich berührt; reflexartig stößt sie gegen das Schienbein, drischt auf den Kopf des anderen oder auch auf sich selbst ein. In ihrer Vergangenheit findet sich ein Suizidversuch durch Sprung aus dem Fenster, mit der Verletzung ihrer Wirbelsäule und langen Liegezeiten.

Sie legt ein hyper-sexualisiertes Verhalten und an den Tag, auch im Umgang mit sich selbst. Sie setzt masturbatorische Gesten und ist mit anderen distanzlos. In der Vergangenheit verletzt sie ihren Genitalbereich mit spitzen Gegenständen und muss sich oft selbst mit Tüchern und Schals fesseln, bis hin zur Atemnot.

Sie leidet an Enuresis Nocturna und an einer Wasserphobie im Badezimmer: Sie hat Angst vor dem Duschen. Vom hygienischen Standpunkt aus ist das für die geschützte Wohngemeinschaft in der sie lebt, eine ziemliche Herausforderung.

Erwähnt werden muss, dass Ariana seit ihrer Geburt in Heimen aufgewachsen ist und nach der Adoleszenz sehr viele Jahre in einer psychiatrischen Großanstalt verbracht hat. In ihrer Lebensgeschichte gibt es intramurale sexuelle Missbrauchserfahrungen: Sie ist missbraucht worden und hat selbst missbraucht. Diese Ereignisse sind jedoch so gut wie nicht dokumentiert, lediglich mündlich überliefert, wie mir bei der Erhebung der Anamnese mitgeteilt wird. Ihr Verhalten lässt keinen Zweifel daran.

Ariana ist das fünfte Kind einer Prostituierten, das von ihrer Mutter nicht behalten werden kann. Ihr subjektives Lebensgefühl ist durchzogen von Angst und massiver Minderwertigkeit. Ihr Lebensstil weist verschiedenste Sicherheitstendenzen auf, mit denen sie Verlusterfahrungen und vor allem Beziehungsabbrüche verhindern will. Ihre Vergangenheit ist voll davon. Auch die vorangegangene Therapie muss abgebrochen werden, weil die Therapeutin die Therapien nicht mehr bezahlt bekommt. Hierfür wird eine schwierige Interaktion mit dem Sachwalter als Be-

gründung angeben, obwohl die damalige therapeutische Beziehung gut verankert ist und erfolgreich arbeiten kann.

Zuvor gibt es einen anderen Therapie-Abbruch von Seiten einer Therapeutin, die von dieser Problematik offensichtlich überfordert, die Stunden stets ausfallen lässt, für lange Zeiträume verreist und es irgendwann der Patientin frei stellt, ob sie noch fortfahren wolle oder nicht. Die Patientin entscheidet selbst, sie wolle nicht mehr.

Die Kindheit und Jugend in Anstalten und Psychiatrie bringen schwere Defizite in der Erfahrung von frühen positiven und haltgebenden Objektbeziehungen mit sich. Somit sind alle Weichen in Richtung Hospitalisierung und sekundäre Neurotisierung gestellt.

Die Therapieziele, die mit der Bezugsbetreuerin vereinbart werden, tragen dieser Vorgeschichte Rechnung: Ein dyadisches Beziehungsangebot, einmal wöchentlich, in einem stabilen Langzeitsetting von zwei Jahren aufwärts sollen Vertrauen und Selbstsicherheit, aber auch Beziehungsfähigkeit fördern; ihre Frustrationstoleranz und Fähigkeit zu Triebeaufschub vergrößern; eine positive Beziehung zum eigenen Körper und somit zu sich selbst zu bekommen; den Missbrauch und die vielen Verluste ihres Lebens verarbeiten.

Die erste Zeit

Ein paar Charakteristiken der ersten eineinhalb Jahre sind folgende: Es geht eigentlich ausschließlich darum, gemeinsam in diesem Aufeinanderprall von Emotionen, von Abgrenzung, von haben Wollen und nicht geben Können irgendwie zu überleben. Beide müssen wir überleben. Einen Fixrahmen, der in diesem turbulenten Geschehen von mir beharrlich hochgehalten wird, sind ein Begrüßungslied und ein Abschiedslied, das ich – egal welches die Umstände auch sind – spiele. Das Begrüßungslied hat eine sehr einfache Melodie im 6-Tonraum, ähnlich einem Kinderlied (Es ist achttaktig, wird begleitet in C-Dur mit den drei Hauptstufen, hat einem 4/4 Takt). Damit begrüße ich die Patientin, singe ihr, heute sei wieder Donnerstag es sei wieder Therapie. Sie sei wieder hier und ich auch.

Dazwischen herrscht Chaos pur.

Am Stundenende erklingt analog ein Abschiedslied, in welchem ich wiederum singe, wir würden uns nun verabschieden bis zum nächsten Donnerstag, ich wünsche ihr eine gute Woche, ohne Angst.

Das Chaos zwischen diesen beiden Ritual-Liedern, die den Stundenrahmen betonen, ist konstituiert von rasendem Einverleiben und Abstoßen und den zwanghaften Handlungs-Clustern, die sich um diese beiden Pole bilden. Das, was ich ihr gebe – ob es nun eine Klarsicht-Folie, ein Kuvert oder eine Broschüre ist, hat sie vorher sehr begehrt. Sie muss es nun im Moment, da sie es bekommt, zurückweisen und sagen, das wolle sie nicht, sie wolle etwas anderes. Oder sie behält es und for-

dert davon ein zweites und noch mehr. Dieses andere fordert sie mich eindringlich auf zu suchen oder nimmt es sich einfach selbst und steckt es in ihre Tasche.

Warum tut sie das? Sie ist nicht zufrieden zu stellen. Sie versetzt mich ständig in die Situation, mich ausgebeutet, absolut ohnmächtig und unfähig zu fühlen. Darüber hinaus bin ich ihren Zornausbrüchen ausgeliefert, die zu vermeiden mich in Dauerstress versetzt.

Spaltung und Fremdheit

Mit der Zeit fällt auf, dass stets das, was sie bekommt, plötzlich an Wert verliert. So, als würde es in dem Moment, in dem es in ihren Besitz übergeht, schmutzig und unhaltbar werden. Diese Entdeckung, welche hier der Leserin, dem Leser schon gleich ins Auge gesprungen sein mag, gelingt mir erst nach mehreren Monaten Therapie. Ein Beweis, wie wirkmächtig verwirrend und rein aktional das Abwehr-Geschehen bis dahin gewesen sein muss. Für das Verhalten Arianas kann ich bei Dietmut Niedecken zwei Gedanken mit Erklärungswert finden. Ich möchte sie hier nur andeutungshaft und in großer Kürze wiedergeben.

Sie präsentiert zum einen den auf Mario Erdheim (2002) zurückgehenden Begriff der „*Repräsentanz des Fremden*“:

„Damit ist eine innerseelische Konfiguration gemeint ist, die neben den Selbst- und Objektrepräsentanzen ein Drittes darstellt. Sie ist für die Loslösung des Individuums aus dem familialen System, für die Ausbildung einer ‚dritten Position‘ und damit eines Bewusstseins, welches sich selbst betrachten kann, letztlich für alles Lernen, für alle Autonomie des Subjekts ein entscheidender Faktor. Sie kann in der Sozialisation nur ausgebildet werden wenn sich der innerfamiliale Raum ins Außen der Kultur öffnet und damit dem Fremden Einlaß gewährt...(Was)...gerade im Fall von geistiger Behinderung oft übermächtigen Einschränkungen (unterliegt)...“ (Niedecken et al., 2003, S. 98f.)

Für Niedecken ist das Fehlen der triadischen Figur der „*Repräsentanz des Fremden*“ zerstörerisch, da es im Konfliktfalle zu folgender Spaltung kommen muss: Alles Gute ist Innen und alles Böse wird in eine feindliches Außen projiziert, sodass es schließlich zur „*Repräsentanz des Fremden im Spaltungsmodus*“ kommen muss (S. 99).

Ariana ist möglicherweise Opfer einer solchen Spaltung, indem sie das Begehrte aus der (fremden) Außenwelt im Moment des Hereinnehmens als das Böse identifiziert und den Wiederholungszwang des erneuten Begehrens verfällt.

Der zweite Gedanke von Niedecken, den sie bei Valerie Sinason entlehnt (2000), ist der Begriff des „*kindsmörderischen Introjektes*“. Dieser starke, aussagekräftige Begriff – vielen ist er zu provokant und umstritten – erklärt meiner Meinung nach ebenfalls viel von Arianas rätselhaftem Verhalten. Es geht dabei um den Prozess einer sehr frühen Verinnerlichung der unbewussten Schuldgefühle und Tötungsphantasien, welche die Mutter gegenüber ihrem Kind hegt.

„Dies betrifft vor allem aggressive Phantasien gegenüber dem geistig behindert werdenden Kind, die, verstärkt durch den ‚gesellschaftlichen Mordauftrag‘, angesichts der besonderen Wehrlosigkeit des Kindes unerträglich geworden ist. Solche pathologischen Vorgänge im haltenden familialen Umfeld hinterlassen ihre Spuren als Defekt in der inneren Strukturbildung des geistig behindert werdenden Menschen - als das, was ich das ‚kindsmörderische Introjekt‘ nenne. Dieses Introjekt bringt sich dann in allem integrativen Bemühen als Wiederholungszwang zur Geltung.“ (Niedecken et al. 2003, S. 99)

Ich formuliere das nun mit eigenen Worten, wie ich es anderen erklären würde. Im geistig behinderten Menschen wohnt ein Wissen, dass er oder sie nicht lebenswert ist. Dass er oder sie in der frühen Mutter-Kind-Beziehung abgelehnt werden musste, vielleicht sogar mit Tötungswünschen bedacht war. Die Gesellschaft tut das Ihre dazu. Dieses Introjekt wirkt auf die Heranbildung oder eben Nicht-Heranbildung der Selbststrukturen. Ich sehe es so, dass die Erfahrungen rund um den Vorgang des Introjizierens eng mit dem nicht integrierten präverbalen traumatischen Material von dem ich oben sprach, in Verbindung zu bringen sind.

Geistig behinderte Menschen sind sich ihres Anders-Seins bewusst und mit dem eigenen Mangel in weit stärkerem Maße konfrontiert als sogenannte unbehinderte Menschen. Tagtäglich spüren sie die Abhängigkeit von helfenden Personen, erfahren im Vergleich mit anderen, dass sie selbst oft langsamer, weniger verständig, weniger attraktiv, weniger schön sind. Das schafft ein Gefühl der Minderwertigkeit, das häufig neurotisch verarbeitet zu einem Minderwertigkeitskomplex wird. Mit Alfred Adler, dem Begründer der Individualpsychologie ist die Selbstwertproblematik hier mehr als evident.

Ausspucken des Unverträglichen

In der Musiktherapie zeigt Ariana das beschriebene stereotype Verhaltensmuster, das durch ein negatives Selbstbild oder durch das Wirken des „kindsmörderischen Introjektes“ oder durch die „Repräsentanz des Fremden im Spaltungsmodus“ erklärt werden kann – der Leser, die Leserin, entscheide sich hier selbst für ein passendes Konstrukt, mit dem weitergearbeitet werden kann. Fest steht, dass Ariana alles, was sie bekommt, sofort ausspucken muss. Es wird wertlos, denn sie ist ja auch wertlos. In diesem Kontext gibt es das erste Mal eine gemeinsame musikalische Begegnung in Form eines musikalischen Tuns. Wie bereits oben erwähnt, mag die Patientin die Musik-Instrumente nicht und interessiert sich auch nicht für sie – bis auf eine Ausnahme, die später zur Sprache kommen wird. Der gut ausgestattete Therapieraum wird in ihrer Präsenz ein steriler, nichtssagender Raum. Alle meine Versuche, über diese Instrumente Kontaktangebote zu machen, schlagen fehl: Sie rast davon, auf der Suche nach nächsten Objekten, die sie wirklich besitzen könnte. Ein einziges Mal erbittet sie eindringlich eine kleine Flöte mitzunehmen, um sie nächstes Mal wiederzubringen. Ich sehe dieses Instrument seither nie wieder.

Worin besteht die erste gemeinsame Aktion? Einmal bekommt Ariana eine Folie von mir und kann sie doch behalten. Dabei ist sie sehr erregt und voll spürbarer Freude. Plötzlich entfahren ihrem Mund äußerst aggressive Laute, während sie gleichzeitig zufrieden schaukelt, nach vor und zurück. Sie lacht übers ganze Gesicht und macht: „Ku! Tsch! Zzz!- Mpah! Tsch! Kah! Za! Ka! Pa!“. Sie reibt sich die Hände und drückt auch damit ihre Erregung aus. Ich imitiere im Rhythmus ihres Schaukelns und des Händereibens alles mit der Gitarre. Soweit ich mich erinnere, sind Moll-Akkorde unter heftigem Anschlagen der Saiten mit Tremoli dabei, es klingt nach Spanischer Musik. Ich steige in das Lautieren mit ein, beide stoßen wir nun diese hochexplosiven, affektgeladenen Silben aus, die eigentlich nichts besagen, außer dass sie im Rhythmus der Gitarre fortbestehen und so zu einem Ganzen werden. Ich nenne dieses erste gemeinsame Lied das „Nonsense-Lied“, obwohl es alles andere als sinnlos ist. Es wird später noch oft erklingen, als eine Art Refrain, und zwar immer dann, wenn sie ein Objekt behalten kann und nicht zurückweisen muss.

Den tieferen Sinn dieses Liedes finde ich viel später in der Begegnung mit dem Gedankengut des Psychoanalytikers Ivan Fonagy (1993) rund um dessen Sprachforschungen. Er hat entdeckt, dass seine PatientInnen die harten Konsonanten T-K-R-D häufig in aggressiven Formulierungen und in Zusammenhang mit aggressiven Inhalten verwenden. Fonagy unterscheidet in der Therapie zwei Grundemotionen: den Zorn und die Zärtlichkeit. Ersterer geht mit einer erhöhten Muskelanspannung einher, während das Melodische und die Vokale zu Gunsten des Rhythmischen in den Hintergrund treten. Und diese körperlichen Veränderungen gelten auch als Residuen einer urzeitlichen Kampfbereitschaft.

Meiner Patientin wird es somit durch ihre gefauchten Laute das erste Mal möglich, geworden, diesen psychischen Ausstoßungsmechanismus nur kompensatorisch zu vollziehen – sozusagen abgehoben auf einer zwar noch nonverbalen aber doch bereits vokalen Ebene – und das Objekt selbst dafür zu behalten. Das Mitgehen der Therapeutin im Nonsense-Lied bekräftigt diesen Akt.

Containment 1: Plastiksäckchen später

Es folgt ein weiteres Fixum, das von der Patientin erwünscht und für sie erträglich wird: Zu Ende jeder Stunde wünscht sie stets ein kleines Plastiksäckchen mitzunehmen; irgendeine Tasche aus einem Supermarkt, in der sie die Objekte die sie mitnimmt, nach Hause trägt. Diese Plastiktasche ist mit einer großen Verlässlichkeit jede Woche da, weil die Therapeutin sie bereit stellt. Während dieses Säckchen überreicht und von ihr begutachtet wird, gibt es eine „Säckchenmusik“, die alles bespielt. Ich brauche nicht zu erwähnen, dass sie diese Tüte immer schon zu Beginn der Stunde fordert – so an die 15 Male in diesen 50 Minuten das Säckchen „schon jetzt und sofort“ haben will, dass sie es aber akzeptiert, wenn ich sage: „Nein, das Säckchen gibt es zum Schluss.“ Sie hört von mir auch, dass ich ganz

sicher das Säckchen bereit habe und dass sie es ganz sicher bekommen würde, weil ich sie ja kenne und für sie vorbereitet hätte. Wenn sie es dann in Händen hält, anschaut und anstrahlt, begleitet von Gitarrenklängen, möchte sie stets wissen, warum dieses Säckchen da ist. Wo ich es her habe und warum ich es denn gebracht habe. Sie hört sich die Geschichte von diesem Säckchen, das für sie gebracht worden ist, sichtlich zufrieden an. Beschädigungen an dieser Tüte toleriert sie aber keine. Ich darf es auch nach der Überreichung nicht mehr anfassen – es ist in ihren Besitz übergegangen.

Containment 2: Antizipieren und Mentalisieren

Weitere Meilensteine in der Therapie sind, dass ich als spielende Therapeutin das Tönende verkörpere, mit dem auch etwas betont (im Sinne von markiert) werden kann. Immer wieder einmal singe ich, besinge das, was sie gerade tut: dass sie aufsteht und herumgeht, dass sie wieder dringend etwas suchen muss. Und dass sie etwas finden will, weil das für sie so wichtig sei... Während sie herumstürmt und wie eine Furie alles auf den Kopf stellt, hört sie im Hintergrund oft die Stimme der Therapeutin, die – zumindest eine gewisse Zeit – auf ihrem Platz bleibt und einfach singt, was Ariana jetzt dringend suchen muss und zu finden hofft. Die Therapeutin besingt in gleicher Weise aber auch, was noch nicht ist: dass Ariana jetzt bald etwas finden wird und es wird haben wollen. Dass die Therapeutin dann „nein“ sagen wird. Oder: dass Ariana jetzt wohl bald etwas bekommen wird, aber es dann wird wegwerfen müssen, weil sie es in dem Moment nicht mehr wollen wird...

Dieses beschreibende Reden ist nicht nur ein Vorwegnehmen, sondern ist auch Teil eines empathischen Einfühlens und versuchenden Verstehens. Dieses „tentative Verstehen“, bei welchem die Therapeutin mitteilt, was sie verstanden hat und nicht so sehr vorgefertigte dogmatische Deutungen gibt, gilt in der Selbstpsychologie bei Ornstein (2009, S. 119f) als Teil des „Sprechens im interpretierenden Modus“ und ...„erfüllt wichtige therapeutische Aufgaben: Es dient als Einladung, das Verständnis der Analytikerin zu korrigieren oder die eigenen Assoziationen weiter auszuführen. Vor allem setzt das Formulieren unseres tentativen Verstehens den Patienten darüber in Kenntnis, *wie* seine Analytikerin ihn gehört hat und *was* sie von seiner Kommunikation verstanden hat.“ (2009, S. 120)

Ariana hört ES gesungen. Gleichzeitig gibt es zwischen uns auch die gesprochene Verbalsprache. Es wird deutlich, dass zu diesem Zeitpunkt bereits zwei Ebenen des wortgebundenen Kommunizierens da sind. Während das gesprochene Wort für die alltagssprachlich üblichen Belange steht, ist das gesungene und emotional einprägsamere Wort für jene anderen Dinge vorbehalten. Diese klingende, singende Stimme darf auch unangenehme Dinge berühren – aber nicht zu viel, sonst wird Ariana böse, beschimpft die Therapeutin mit obszönen Begriffen und droht ihr Schlimmes an. Es ist ein sehr delikater Grenzgang, der hier zu bewältigen ist.

Containment 3: Kuvert

Inzwischen ist eine Zeit gekommen, in der Ariana in ihrer Stunde, da es eigentlich ums nichts geht, außer um Aufgewühltes, eine Art Büro installiert. Am Tischchen sitzen wir vis-à-vis. Sie verlangt Schreibmaterial, kritzelt, schiebt Karten in Kuverts, klebt zu. Ich darf das besingen. Gelingt es ihr aber nicht, ein Papier zu falten, und ich besinge, dass es jetzt schwer sei, das Papier zu falten und dass es nicht ins Kuvert hinein wolle, so ist ihre Frustrationstoleranz rasch am Ende. Es kann vorkommen, dass sie mich anbrüllt, ich solle doch mit diesem Blödsinn endlich aufhören; ich solle sofort still sein. Ich tue dies anfänglich nicht und singe wohlmeinend weiter – was sich als kontraproduktiv erweist. Ariana kann diese negative Wahrheit noch nicht vertragen, es zerstört ihre fragile emotionale Balance, anstatt Positives zu spiegeln und ein Containment aufrechtzuerhalten.

Bei der Psychoanalytikerin Sinason habe ich gefunden, dass es Sinn gibt, sich vom Patienten benützen zu lassen, da dieser das Manipulieren für den Aufbau seiner Selbststrukturen nutzen kann. Sinason sagt in solchen Momenten zu ihrer Patientin, „Ja natürlich höre ich sofort auf, denn das ärgert Sie ja.“. Diese neue Haltung bringt mich auch bei Ariana weiter. Ich verzichte auf das unselektierte musikalische Spiegeln von allem, was sie am Bürotisch tut. Sie braucht etwas Anderes und hat es mir zeigen können. Unsere Beziehung wird entspannter.

Einmal entsteht in dieser Zeit ein Moment der Stille, in welchem Ariana erstmals ganz ruhig sein kann und nichts will. Dieser Moment ist eigentümlich leer, nichtssagend und enttäuschend für mich. Ich kann es nicht fassen. Jetzt hat dieses ganze monatelange Erdbeben, all die Turbulenz aufgehört – und was kommt zum Vorschein? ...Gar nichts! Ich begreife in diesem Moment, dass es das gewesen ist, was sie verbergen hat müssen. Dass es das ist, was ihr Angst macht: dieses absolute Nichts. Das Nichtssein und das Nichtshaben: eine unglaubliche Armut. Ich erinnere mich später an jene Stunde, und daran, dass in mir eine unbeschreibliche Traurigkeit aufgestiegen ist, in mein Gemüt gekrochen ist bis fast zum Weinen.

Dies ist ein Wendepunkt im Verstehen von Arianas Innenwelt und ihren Schutzmechanismen.

Containment 4: Kängurus im Stall von Bethlehem

Eine neue Phase kündigt sich an, Ariana bringt Plüschtiere mit, in jeder Stunde ein anderes. Sie hält und streichelt es und summt dabei ein Lied. Viele von uns kennen das Lied „Es wird scho glei dumper“. Es ist ein Weihnachts- und Wiegenlied zugleich. Es verkörpert die Angst des Kindes und Geborgenheit. Hier geht es um das geliebte, getröstete und Heilige Kind in der Krippe – also um das Gegenteil des weggelegten und verfolgten Kindes.

Es wird scho glei dumper (dämmerig), es wird scho glei Nacht.
Drum komm i zu dir her, mein Heiland auf'd Wacht.

Will singen a Liadl, dem Liebling, dem klein'
 Du magst ja nit schlafn, i hör di ja woan (weinen).
 Hei hei, hei hei. Schlaf süß herzliabs Kind.

Vergiß jetzt, o Kinderl, dein Kummer, dein Load (Leid)
 Dass du da muaßt liegn, im Stall auf der Hoad (Heide).
 Es ziern ja die Engerln, dei Liegerstatt aus:
 möchte schöner nit sein drin, im König sein Haus.
 Hei hei, hei hei, schlaf süß herzliabs Kind.

Ariana brummt zufrieden mit, schaukelt und streichelt ihr Plüschtier, während ich auf dem anderen Sessel die Gitarre umarme und ihr Schaukeln imitiere. Ich passe die Tonhöhe der tiefen Stimmlage meiner Patientin an, dass sie von einem möglichen Mitsingen nicht ausgeschlossen wird. Sie ist dabei, in diesem Gesamt von Musik und von Gehaltensein eine Art Mutterschaft für sich selbst zu entdecken. Es sind sehr berührende und innige Momente, besonders, als das nächste mitgebrachte Plüschtier ein Känguru ist – mit einem kleinen Känguru im Bauchsack. (Das seidengefütterte Kuvert aus dem Bürospiel durchwandert eine Metamorphose hin zur guten, sicheren Schutzhülle eines Warmblütlers. Wussten Sie, dass in der japanischen Schrift für die Worte „einpacken“, „einwickeln“, das stilisierte Zeichen einer schwangeren Frau verwendet wird? Das englische Wort für Kuvert lautet „envelope“ = einhüllen...)

Einige dieser Plüschtiere müssen bei mir übernachten. Es kommt auch immer wieder vor, dass sie ihre Handtasche in meiner Praxis lassen möchte und sie partout nicht mitnimmt. Sie verlangt, dass das hier bleiben kann. Einmal entfährt es ihr: „Los, trag die Tasche in mein anderes Zimmer hinüber.“ Mir wird spätestens an dieser Äußerung klar, dass Ariana bereits bei mir „wohnt“. Klar wird mir auch, dass ich aus diesem Mietverhältnis jetzt auf keinen Fall aussteigen darf und ihre Taschen, die sie bei mir deponiert, mittlerweile noch ein bisschen ertragen muss.

Containment 5: Große Gitarre und kleine Mandoline

Es kommt, dass auch sie zu einem Instrument greift. Während ich die Gitarre spiele, ist sie eines Tages bereit, sich von mir eine Mandoline in die Hand geben zu lassen. Diese Mandoline ist umgestimmt auf einen harmonischen Akkord mit Bordunklang, der zum G-Dur Akkord der Gitarre passt. Auf diese Weise ergibt sich beim Anschlagen der leeren Mandolinensaiten dennoch ein Wohlklang. Das Weihnachts-Wiegenlied wird erstmals gemeinsam gespielt. Manchmal wird es sogar möglich, das Abschiedslied auch noch mit diesen zwei Instrumenten zu spielen. Ariana erträgt die Nähe und Schönheit. Es ist spätestens jetzt klar, dass sie sich auf einem Weg befindet, bei dem Identifikationsprozesse mit mir Mut machen, Neues auszuprobieren und so das Wissen um sich selbst tiefgreifend verändert wird.

Containment 6: Tauschen

Irgendwann entdeckt Ariana die Lust am Tauschen. Sie muss die Objekte nicht mehr ausschließlich besitzen, sondern nimmt einen Kugelschreiber von mir, den sie auf dem Fensterbrett gefunden hat, und sagt: „Gib mir das Heft, dann bekommst du meinen Kugelschreiber!“ Obwohl es ja mein Kugelschreiber ist, vollzieht sie bereits die Tauschbewegung. Dieses Tauschen wird irgendwann noch realer, indem sie eine alte Zeitung mit bringt und anbietet. Ich erinnere mich noch deutlich an jenen Donnerstag, an welchem sie von mir ein Kuvert und eine Broschüre bekommt und mir dafür ihre Zeitung da lässt. Die erste Tauschhandlung hat sich vollzogen. In dieser Zeit ist es musikalisch möglich, diesen Tausch zu besingen: im Sinne eines singenden Nacherzählens.

Ein spontanes Lied von ihr taucht auf, und zwar „Es war eine Mutter“. Es verkörpert in unserer Begegnung Zyklizität, Verlässlichkeit durch Wiederkehr, natürliche Ordnung der Jahreszeiten. Wie beim Tauschen, kommt auch hier etwas weg und dafür etwas anderes her, diesmal im großen Kreislauf der Natur.

Es war eine Mutter, die hatte vier Kinder:
den Frühling, den Sommer, den Herbst und den Winter.
Der Frühling bringt Blumen, der Sommer bringt Klee,
der Herbst, der bringt Trauben, der Winter den Schnee.

Wir singen dieses Lied zusammen, während sie ihre Objekte sortiert, in die Plastiktüte gibt, einiges wieder herausnehmen muss, weil ich es ihr nicht erlauben kann. Sie schwindelt stets etwas hinein, was sie nicht bekommen hat. Sie schwindelt grundsätzlich die doppelte Menge von dem, was ich ihr erlaubt habe, in die Tasche... und dazwischen wird dieses Lied gesungen, das wohl nicht nur ein harmlosen Kinderlied ist. Vielleicht spielt es auch auf biografisches Material von Ariana an, das in diesem Liedvorschlag von ihr szenisch gebunden ist: Vier Jahreszeiten, vier Kinder – sie aber ist das fünfte Kind. Es gibt keine fünfte Jahreszeit, die ist im Kalender der Norm nicht vorgesehen. (Wenngleich es den Gedanken der fünften Jahreszeit bei Kurt Tucholsky und im Volksmund als etwas sehr Positives sehr wohl gibt). Hat Ariana ein Wissen über ihr unerwünscht Sein und dass es keinen Platz für sie gegeben hat – früher?

Wir singen also von den Früchten der jeweiligen Jahreszeit und in der dritten Strophe personalisiere ich den Text: „Es war Ariana, die hatte vier Dinge, das Büchlein, den Schreiber, den Gummi, das Sackerl.“ Sie singt sehr engagiert mit, das stimmt alles. Wir wissen es beide und sind darin gleich. Es ist unbedrohlich. Wieder ist hier ein Lied ein Angebot, sich als Mutter dieser (Selbst-)Objekte zu sehen. Der dahinter liegende Gedanke ist, dass sie diese Objekte, die jetzt ihr gehören – als Mutter, d. h. Trägerin von Verantwortung, betreut und damit irgendwie auch einmal sich selbst eine Mutter werden könnte – zumindest in der Zeit, die dieses Lied dauert.

Containment 7: Taschen

Die Tauschobjekte stehen für eine lange Zeit hoch im Kurs, fallweise begleitet durch Plüschtiere. Ariana bringt nun vermehrt Kosmetik in die Stunde: Haarspangen, kleine Bürsten, Lackhandtäschchen. Sie verfügt über ein gewisses Budget an Taschengeld und ist eine wütende Einkäuferin geworden. Ich sehe jede Woche neue strahlende, moderne, hübsche Objekte. Manchmal sind es kleinkindhafte Kirschen-Haarspangen, manchmal sind es die Lippenstifte eines Vamps.

Wir singen unsere Lieder und sie gibt sich währenddessen die Haarspangen auf den Kopf oder betrachtet sich in einem Spiegel, öffnet das Handtäschchen und streichelt es mit einem verliebten Blick. Es sind jene Momente, wo ich sicher sein kann, dass sie auch sich selbst zu mögen beginnt – ihr Selbst also libidinös besetzt. Sie will auch meine Handtasche sehen. Wir vergleichen die Handtaschen, sie will wissen, wo ich meine gekauft habe und immer wieder stellt sie die Frage: „Was kostet es? Wie viel ist es wert?“ Der Vorgang des Vergleichens scheint hier, oberflächlich gesehen, der ödipalen Sphäre mit ihren konkurrierenden Momenten anzugehören. Im Gefühl jedoch war es etwas Anderes: Komplizenschaft, lernen wollen von einer anderen Frau, wie es sein könnte, eine Frau zu sein. (Die mögliche symbolische Bedeutung, welche eine Handtasche für Ariana haben kann – auf dem Hintergrund ihrer Missbrauchsproblematik – braucht hier nicht eigens erwähnt zu werden).

Immer wieder wird auch in verbalsprachlichen Sequenzen ihre Erfahrung von Sexualität und die damit einhergehende paranoide Verletzungsangst und Hoherregung bearbeitet, auch wenn sie hier nicht ausgiebig zur Darstellung gelangt. Das gilt auch für einige andere Themenbereiche.

Triebdurchbrüche – auch innerhalb der Therapie – sind immer noch da, aber kürzer und seltener. Die Patientin singt in einer Stunde ein Lied – nach etwa ein- einhalb Jahren Therapie – das ich von ihr noch nie gehört habe. Es geschieht in einem Moment der Zufriedenheit, in welchem sie spontan anstimmt: „Hoch auf dem gelben Wagen

„Hoch auf dem gelben Wagen sitz ich beim Schwager vorn.
Hurtig die Rosse traben, lustig schmettert das Horn.
Felder, Wiesen und Auen, leuchtendes im Ähregold!
Ich möchte ja so gerne noch schauen, aber der Wagen, der rollt.
Ich möchte ja so gerne noch schauen, aber der Wagen, der rollt.“

Manche Textfragmente sind ihr nicht verfügbar, dort singe ich mit und fülle die Lücken für sie stellvertretend aus. Sie ist nun nicht mehr ihren Emotionen und Trieben haltlos ausgeliefert. Sie sitzt bereits vorne am Kutschbock und hat die Zügel in der Hand. Sie sitzt dort nicht allein. Sie ist unterwegs, beherrscht eine Metaperspektive, die sich laufend ändert, kann Loslassen und Abschied nehmen. Die Metapher des Pferdes als ungestüme Triebhaftigkeit ist nicht nur bei Sigmund Freud von Bedeutung. Das in diesem Lied apostrophierte Lebensgefühl kann Ariana in den darauffolgenden Jahren noch festigen (davon später).

Containment 8: Die kleine Sext

Das letzte Lied, über das ich berichten will, ist: „Spannenlanger Hansel nudeldicke Dirn“, wo zwei Leute, die sehr unterschiedlich sind, im Garten Früchte sammeln.

1. Spannenlanger Hansel, nudeldicke Dirn,
gehen wir in den Garten, schütteln wir die Birn.
Schüttle ich die großen, schüttelst du die klein`.
Wenn das Säcklein voll ist, gehn wir wieder heim.
Lauf doch nicht so närrisch, spannenlanger Hanse!
Ich verlier die Birnen, und die Schuh noch ganz.
Trägst ja nur die kleinen, nudeldicke Dirn,
und ich schlepp den schweren Sack mit großen Birn.

Die ganze Therapiestunde mit Ariana ist wie ein Sammeln von Früchten. Sie packt aus, sie hält mich auf Trab sie lässt mich etwas verstehen und deuten, nimmt etwas davon mit. Am Ende packt sie wieder alles ein und nimmt es mit nach Hause. Es sind die Therapiestunde wie auch der Garten ein gemeinsamer Ort des Sammelns, der Arbeit, des Durcharbeitens. Sie nimmt emotional und mental etwas mit. Zum Beispiel das Bewusstsein dass sie eine ist, die etwas hat, etwas bekommt und auch etwas behalten kann. Sie nimmt mit, dass diese Lieder eine Ebene des Erlebens ausdrücken und immer auch sagen, was gerade geschieht und welcher Realität es angehört. Ariana verlangt: „Gib mir das Buch!“ Ich erkläre ihr, das gehe nicht. Sie verlangt, dass ich singen solle, dass sie das Buch bekommt und beharrt eindringlich darauf. So singe ich denn: „Ariana kriegt das Buch, das schöne, große schwere Buch“. Dazu begleitete ich mich im 2/4 Takt mit einem zerlegten G-Dur-Akkord auf der Gitarre. Als der Satz gesungen ist, singe ich genauso entschlossen eine kleine Sexte höher (von manchen als Sehnsuchtsintervall bezeichnet) und um einiges lauter auf einen Moll Akkord gestützt mein Rezitativ: „Das ist ein Wunsch, ein schöner, großer Wunsch!“. Ich wiederhole das Lied noch einmal und bemerke, wie Ariana währenddessen entspannter wird. Am Ende des Liedes kann es vorkommen, dass das Buch seine Wichtigkeit verloren hat, oder dass es Ariana selbst wieder in das Regal zurückstellt. Diese Kompromissfähigkeit wird immer öfter sichtbar. Sie wird von mir ernst genommen und erhält die Wahrheit auf eine zumutbare Weise vermittelt. Sie kann auf ästhetischem Wege hören, dass es eine äußere Wirklichkeit gibt und eine innere, und dass in der Musik – sprich: im emotionalen Erleben – beide gleichberechtigt sind. In diesem Zwischenfeld ist innerpsychischer Strukturaufbau möglich.

Containment 9: Der schlechte Müller

Arianas Bezugsbetreuerin, eine ausgebildete Heilpädagogin, erzählt mir bei dem einmal jährlich stattfindenden Gespräch von einem eigentümlichen Vorfall. Ariana führe manchmal eigenartige Selbstgespräche. Nach einem Ausflug ins Grüne mit

ihren Kolleginnen aus der Wohngruppe murmelt sie auf der Heimfahrt in der U-Bahn immerzu: „Ich bin ein schlechter Müller, ich bin ein schlechter Müller“. Die Betreuerin denkt anfangs, es handle sich um psychotisches Reden. Dann erinnert sie sich daran, was sie von mir über die Arbeitsweise der Musiktherapie gehörte hat, und dass ich auch mit Liedern zu arbeiten pflege. Sie hat das Aha-Erlebnis: Ariana ist vor dem Ausflug, der als eine kleine Wanderung mit anschließendem Kaffeehausbesuch geplant ist, für eine Programmänderung eingetreten. Sie betreibt erfolgreich Lobbying und erreicht, dass die ganze Gruppe zuerst in das Kaffeehaus geht, Kuchen isst, und dann erst spazieren geht. Da es alsbald zu regnen beginnt, ist dies nicht mehr gut möglich. Alle kehrten verfrüht heim.

Die Betreuerin kann einen Zusammenhang herstellen zwischen dem was geschehen war, und dem Selbstgespräch Arianas. Es geht dabei wohl um das Lied „Das Wandern ist des Müllers Lust“.

Das Wandern ist des Müllers Lust, das Wandern ist des Müllers Lust, das Wa-an-der-n.
Das muß ein schlechter Müller sein, dem niemals fiel das Wandern ein, dem niemals fiel das Wandern ein, das Wa-an-der-n!

Ariana hat demnach rudimentäre Schuldgefühle darüber, dass sie die eigentliche Wanderung durch den vorherigen Kaffeehausbesuch vereitelt hat. Sie hat ein schlechtes Gewissen und dies in der U-Bahn abgehandelt: in jenem Innenraum, wo sie Bilder und Analogien findet, die ihr ein rudimentäres Reflektieren ermöglichen. So kann sie über ihr Handeln nachdenken und es verarbeiten. Dass dabei ein Liedfragment im Text als Vehikel benutzt wird, zeigt, dass Ariana diese Art der Selbstwahrnehmung und Kritikfähigkeit in der Musiktherapie erworben haben muss.

Die letzte Zeit

Heute kommt Ariana nur mehr in 14-tägigen, manchmal 3-wöchigen Abständen. Diese niedere Frequenz ist möglich geworden, weil viele ihrer eingangs geschilderten Symptome verschwunden bzw. stark vermindert sind und ihre emotionale Stabilität zugenommen hat. Trotz der hohen Personal-Fluktuation in der WG kommt sie in keine bedrohlichen Krisen. Die Betreuerinnen haben mit ihr eine Biografiearbeit gemacht und schriftlich rekonstruiert. Sie erhält eine sexualpädagogische Begleitung, die sie gewinnbringend nutzen kann. Ihre Ängste verschwinden – bei einer bleibenden Grund-Unsicherheit. Sie genießt den wöchentlichen Einzel-Begleitdienst einer Frau mit Hund: zu dritt bummeln sie durch die Straßen.

In der Therapie erfährt das Setting im Laufe dieser zehn Jahre eine allmähliche Metamorphose: Seit einigen Jahren ist die Unruhe während der Therapiestunden einer als normal zu bezeichnenden neugierigen Gespanntheit auf beiden Seiten gewichen. Ariana verlangt in ihrer Stunde eine Tasse Kaffee und bekommt ihn auch, wie ich. Es ist der intimste Moment der Sitzung, ich darf sie fragen, wie es ihr gehe und sie erzählt in einfachsten Sätzen. Manchmal ist es sehr wenig, manchmal mehr

– immer jedoch ist es das, was sie beschäftigt: ihre Gesundheit, die Vorkommnisse in der Werkstatt, die bevorstehenden Urlaube, die Ärgernisse, der letzte Einkaufsbummel beim Discounter.

Wir reden über ihre Gefühle. War es anfangs die Dichotomie brav – schlimm, so ist es jetzt der Reichtum von: Heute bin ich nervös. Ich bin ein wenig müde. Das kann passieren. Ariana kennt die Bedeutungen der Worte Freude; Vorfreude; Enttäuschung; Anspannung; Neugier; Langeweile; Stress; Ärger; Angst, Neid...

Auch ihr Behindertsein kann manchmal thematisiert werden. Dazu gehört, dass sie eben nicht kochen kann, schlecht sieht, oft schwindlig ist, nicht lesen kann, immer Begleitung braucht usw. Ich kann ihr einmal, als sie wieder ein Buch fordert, erklären, dass sie meine Fähigkeit zu schreiben und zu lesen bewundere und all mein Wissen, das in den Büchern sei. Sie könne aber nicht lesen und schreiben. Sie wolle mein Wissen auch haben und deswegen begehre sie meine Bücher. „Ja, genau!“ antwortet Ariana. Sie erträgt die Deutung. Es ist eine richtige Deutung, und Ariana arbeitet damit weiter:

Ich traue meinen Augen nicht, als sie nächstes Mal eine abgegriffene Zeitung bringt, wie so oft, und mich auffordert, darin zu lesen. Ich erkenne, dass es eine serbische oder slawische Zeitschrift sein muss – in fremden Schriftzeichen – und muss passen: „Das kann ich leider nicht lesen!“. Sie ist sichtlich zufrieden, als ich an die letzte Stunde anknüpfe und ergänze, dass sie nicht lesen und schreiben könne und ich nicht Serbisch verstehe und daher nicht lesen könne.

Vor einem halben Jahr tritt ein großes Ereignis in das Leben von Ariana. Die leibliche Mutter hat sich nach mehreren Jahrzehnten aktiv auf die Suche nach ihren Kindern gemacht und möchte nun auch sie kennen lernen. Diese Therapie ist Helferin in der Vorbereitung auf das erste und alle weiteren Treffen. Mir wird die Ehre zuteil, mit meiner Patientin im Vorfeld die Bedeutung auszuloten, den Moment zu imaginieren und sie zu unterstützen, das erste Treffen aktiv mitzugestalten. Ariana wünscht sich von ihrer Mutter ein Geschenk und sie will sie fragen: „Warum bist du nicht da (gewesen)“. Es gelingt. Sie trifft ihre Mutter jetzt regelmäßig.

Und die Musik?

Begrüßungs- und Abschiedsmusik sind geblieben, jetzt jedoch in der musikalischen Form viel freier. Oft ist es eine kleine freie Improvisation, die ich für Ariana spiele. Nicht immer singe ich dazu, in der Gegenübertragung fühle ich mich zu eindringlich, auch im Piano. Ich möchte meine Stimme zurücknehmen. Sie hat sehr oft Lust, Musik zu hören und bittet mich, eine CD einzulegen, die wir gemeinsam anhören. Derzeit liebt sie Chormusik und Weihnachtslieder. „Ach, ist das schön. Das mag ich eben so gern.“

Ariana hat ihre Sucht zu Nehmen in eine Freude am Vernehmen wandeln können.

Literatur

- Bollas, C. (1987). *The shadow of the object*. New York: Columbia Univ. Press
- Erdheim, M. (2002). *Verzerrungen des Fremden in der psychoanalytischen Perspektive*. In: Gutjahr, O. (Hrsg.): *Freiburger literaturpsychologische Gespräche*. Fremde. Bd.21, Würzburg 2002, 21–46
- Fonagy, I. (1993). *Il significato dello stile vocale. Il verri*, annata 1993, fasc. 1–2
- Lichtenberg, J. D. (1983). *Psychoanalyse und Säuglingsforschung*. Berlin: Springer Verlag 1991
- Niedecken, D. (1994). *Rekonstruktion von Zeit und Raum. Musiktherapie mit einer Gruppe schwer geistig behinderter Erwachsener*. *Erziehung heute* 2/1994, 16–22
- Niedecken, D., Lauschmann, I., Pötzl, M. (2003). *Psychoanalytische Reflexion in der pädagogischen Praxis. Innere und äußere Integration von Menschen mit Behinderung*. Weinheim, Basel, Berlin: Beltz Verlag
- Oberegelsbacher D. (2002). *Vom Umgehen mit dem Unerträglichen in der Psychotherapie – musiktherapeutische Aneignung und Gestaltung von Zeit*. *Keynote-Lecture beim 3. Weltkongress für Psychotherapie in Wien vom 14.–18. Juli 2002*. Wien: 18.7.2002
- Oberegelsbacher, D. (2007). „... eine Psychotherapie wie jede andere auch“. *Einblicke in die psychodynamische Musiktherapie*. In: Caritas der Erzdiözese Wien (Hrsg.). *Die Institution geistige Behinderung aus psychotherapeutischer Sicht*. *Tagungsbericht* (41–53). Im Eigenverlag 1160 Wien, Albrechtskreithgasse 19–21
- Ogden, T. H. (1989). *Frühe Formen des Erlebens*. Wien, New York: Springer Verlag 1995
- Ornstein, A. D. (2009). *Was soll man sagen?... Wie soll man es sagen?... Wann soll man es sagen? Überlegungen zu Veränderungen in der klinischen Theorie der psychoanalytischen Selbstpsychologie*. *Psychotherapie Forum*, 17. Jahrgang, Heft 3, 118–124
- Sinason, V. (2000). *Geistige Behinderung und die Grundlagen menschlichen Seins*. Berlin: Luchterhand
- Stern, D. (1986). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta 1992
- Tenbrink, D. (2000). *Musik als Möglichkeit zum Ausdruck und zur Transformation präverbaler Erlebnismuster*. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, Heft 3, 243–254.
- Winnicott, D. W. (1971). *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag 1979
- Winnicott, D. W. (1988). *Die Menschliche Natur*. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag 1994

Dorothea Oberegelsbacher, Trubelgasse 20/6, A-1030 Wien,
E-Mail: oberegelsbacher@mdw.ac.at

Music Influences Listeners' Emotion – A Review on Evidence From Psychological and Physiological Research

Hauke Egermann, Hannover

The paper presents a review on emotional processes involved in music listening. First a theoretical perspective on emotion is introduced, the appraisal-centered approach. Next to that, detailed account to theories explaining emotion in music is given. There, the following topics are addressed: differences between emotion felt and perceived, strong emotions evoked by music (so-called Chills), and social influences on emotion. Also different models explaining various mechanisms involved in musically induced emotion are discussed. Finally the review presents an overview on the different methods included in emotional research on music. There, evidence from studies using psychological and physiological measurements of emotion will be outlined.

Der Artikel präsentiert eine Literaturübersicht zu emotionalen Prozessen, die im Zusammenhang mit dem Musikhören stehen. Als Erstes wird eine appraisal-zentrierte Emotionstheorie vorgestellt. Im Anschluss daran werden ausführlich Theorien erläutert die emotionale Reaktionen auf Musik erklären. Dabei werden die folgenden Themen betrachtet: Unterschiede zwischen in der Musik erkannten und gefühlten Emotionen, starke durch Musik evozierte Emotionen (sogenannte Chills) und soziale Einflüsse auf Emotionen. Dabei werden auch Modelle diskutiert, die verschiedene an der Entstehung von Emotionen im Zusammenhang mit Musik beteiligte Mechanismen erklären. Schließlich präsentiert der Artikel einen Überblick zu den unterschiedlichen Methoden, die zur Emotionsforschung hinsichtlich von Musik verwendet werden. Dabei wird Evidenz von Studien, die psychologische und physiologische Messungen des emotionalen Erlebens verwendeten, betrachtet.

Introduction

When the stadium clock read 9:37 Paul Drew introduced ‚The Beatles‘ who suddenly appeared from the third base dug out and sprinted to the stage. The crowd erupted into one continuous earth-shaking scream and the stands lit up with camera flashes that sparkled like fireworks. A Beatles stadium concert didn't need a light show or special effects; instead there was the awe-inspiring spectacle of their fervent audience. The Beatles plugged in and launched into their hit ‚Twist and Shout‘ followed immediately by ‚She's A Woman‘. As Paul began to introduce their third number, he stopped apparently amazed that he could hear his own

voice and commented ‚It’s loud isn’t it? ...Great!’ Over the last two years of Beatle mania, the band had grown accustomed to being drowned out by their audience and could rarely hear their own music.

Description of the 1965 Beatles concert in Atlanta Stadium on their nine-city North American tour (Thompson, 2003), 10

This quotation impressively illustrates how the fans of the Beatles were moved during their concerts: Sometimes they were screaming so loudly that the musicians couldn’t hear themselves. Screaming is the vocal expression of a very intense emotion (Peretz, 2001). You scream when you are surprised, you fear something, or even sometimes when you want to express enthusiasm. But why were the audiences of the Beatles’ concerts so emotionally affected that their screams were „earth-shaking“?

On the one hand, they were very close to their idols and couldn’t wait to see them live. But on the other hand, it might also have been the music performed, which led them to these ecstatic responses. Emotional responses to music are a very common phenomenon because music surrounds us everywhere: at home, at work, in cars, in restaurants, at shopping centers – or when making music ourselves. Juslin, Liljeström, Västfjäll, Barradas, and Silva (2008) confirmed this omnipresence of music in everyday life by using the experience sampling method: In 37% of all examined episodes, participants listened to music. One of the most important reasons for listening to music is its effect on emotions. In 64% of the music episodes investigated by Juslin et al., participants reported that the music influenced how they felt. But how can it be that such a stimulus is so effective in influencing our feelings? How can it be that music is emotional?

To answer these questions, many different experimental studies have been conducted. Music has repeatedly been shown to induce pleasurable emotional responses, including ecstatic *chill* and *thrill* experiences, which are accompanied by shivers down the spine or goose bumps (Goldstein, 1980; Sloboda, 1991; Panksepp, 1995). Explanations for these emotional effects were often related to the qualities of the music (such as the compositional structures, performance features, and acoustic parameters) or to the listener himself.

However, past studies primarily concentrated on the experience of socially isolated individuals; the interpersonal influences on emotional induction through music were not in the focus of previous research – despite the many social aspects of music in everyday life (North & Hargreaves, 2008). The neglect of the interpersonal influences on emotion is consistent with the general psychological theory of emotion: Emotions are generally regarded as consequences of a cognitive appraisal process (Scherer, 2004; Scherer, 2005), and social influences on this appraisal have been rarely investigated (Manstead, 2005). It seems very plausible, however, that the emotional expressions emitted by the Beatles’ audiences might have been the result of an interaction of social and music factors. Social relations existed between the fans and the musicians who were communicating emotional expressions in their

music and among the fans themselves who were possibly emotionally contagioned by each other due to reacting emotionally to the music.

The following review will try to give an overview on theories and research related to music and emotion. Doing so, different approaches to this topic will be presented, including the difference between felt and perceived emotions, strong emotions, the influence of emotions on memory for music, and finally research on social influences. Additionally different methods for emotion research on music will be discussed, including implications for future research.

Theoretical Perspectives on Emotion

The term *emotion* originates from the Latin *e-movere*, which can be translated as *move out and away* or *interrupt* (Sokolowski, 2002). Unfortunately, the disciplines involved in the investigation of emotions have not been able to agree up to now on a uniform definition of emotions. Sloboda and Juslin (2005, p. 770) comment on this fact with a citation of Fehr and Russell (1982): „Everybody knows what an emotion is, until asked to give a definition.“ Here Sloboda and Juslin allude to the fact that emotion is both an everyday phenomenon and a scientific construct. Everyday theories of emotion often combine different phenomena, which should be carefully distinguished (Scherer, 2005): For example, emotions are different from moods due to their shorter duration, distinct object focus, and higher intensity. There are also ongoing controversies related to the question of what affective feelings and emotions induced by music really are (for a review see Juslin & Västfjäll, 2008). Thus for scientific research, a precise definition is needed.

In the studies from my research group, emotion is used according to the *component process model* presented by Scherer (2004; 2005). According to this model, an emotional episode is triggered by a cognitive evaluation process (appraisal component) and consists of coordinated changes in four major reaction components: physiological arousal, motivational component, motor expression, and subjective feelings. Table 1 shows the different functions of all components and localizes their organismic substrata. Changes in these components may be highly synchronized to adapt optimally to the eliciting circumstances. Furthermore, Scherer distinguishes between *utilitarian* and *aesthetic* emotions, which differ in appraisal concerning goal relevance. The absence of direct personal relevance in aesthetic emotions leads to rather diffuse, reactive physiological, and behavioral changes in contrast to distinct and proactive changes in the case of utilitarian emotions, including so-called *basic emotions* (Ekman & Davidson, 1994; Scherer, 2004).

Emotion function	Organismic subsystem and major substrata	Emotion component
Evaluation of objects and events	Information processing (CNS)	Cognitive component (appraisal)
System regulation	Support (CNS, NES, ANS)	Neurophysiological component (bodily symptoms)
Preparation and directions of action	Executive (CNS)	Motivational component (action tendencies)
Communication of reaction and behavioral intention	Action (SNS)	Motor expression component (facial and vocal expression)
Monitoring of internal state and organism-environment interaction	Monitor (CNS)	Subjective feeling component (emotional experience)

Table 1. Relationships Between Organismic Subsystems and the Functions and Components of Emotion (Scherer, 2005). (Note. CNS = central nervous system; NES = neuro-endocrine system; ANS = autonomic nervous system; SNS = somatic nervous system.)

Physiological Bases of Emotion

According to Iversen, Kupfermann, and Kandel (2000), emotions are the result of an interplay of higher (e. g. the cingulate or orbitofrontal cortex) and lower brain centers, such as the sub-cortical regions hypothalamus and amygdala. Together these structures form the *limbic system* (Panksepp, 1998). The sub-cortical centers integrate autonomic and endocrine responses. Thus autonomic activations can be indicators of emotional reactions. They prepare the body for adaptive behaviors – for example, the *fight-or-flight* response. The peripheral vegetative nervous system can be separated into two parts (Jänig, 2000): The sympathetic part is active during arousal, suspense, and stress. The opposite, parasympathetic part is active during relaxation and prepares for food intake and digestion. Besides other functions, sympathetic arousal leads to increased blood pressure, heart rate, and blood circulation in the muscles. In the skin the sympathetic nervous system also innervates the sweat glands and the piloerector muscles (Iversen et al., 2000), leading to an erection of the skin's hair. This phenomenon is also often described as „goose bumps,“ occurring during the sensation of coldness or very intense emotional reactions. The parasympathetic nervous system antagonizes the sympathetic nervous system by decreasing heart rate and increasing the blood flow in digestion organs, for example.

Music and Emotion

Music has often been shown to affect mood and emotion (Scherer & Zentner, 2001; Juslin & Västfjäll, 2008). Effects on mood are characterized as rather long-lasting tonic affective states, while the emotions that originate in connection with music are perceived as brief episodic changes of these states (Sloboda & Juslin, 2001). For example, a study of Schramm (2005) examined how music is used in daily life to regulate moods. He was able to show that listening to music is sometimes used to strengthen certain moods and sometimes to compensate others. Some music listeners try in such a way to attenuate negative moods; others want to maintain them (e. g., a melancholy) by listening to music. In certain music styles, rather short changing emotion episodes are in the foreground. These can change from moment to moment. It is also possible that within a piece of music, conflict-like and contrary emotional expressions coincide (Sloboda & Juslin, 2005). This can lead to the experience of music as an emotional roller coaster. Memory for music was also shown to be better for emotional music compared to less emotional music. In an experimental study investigating episodic memory for 40 excerpts of film music, it was shown that music rated as very positive was better recognized compared to music that was rated as less positive (Eschrich, Münte, & Altenmüller, 2008).

Differences between emotion felt and perceived

According to Gabrielsson (2002), there is a difference between perceived and felt emotions in music. Music is able to express a certain emotional expression. But this emotional expression is not also induced in every listener automatically. For example, a sad song does not always make every listener feel sad, even if the listener perceives and recognizes the sad emotional expression in the piece. Gabrielsson describes four different relations between the types of emotion in music:

- In a positive relation, the emotion expressed is also felt by the listener. For example, a piece is composed and performed as „happy“ and also elicits a „happy“ response in the listener.
- The negative relation describes the opposite phenomenon. The piece's contrary emotion is induced in the listener. For example a piece composed and performed as „happy“ elicits a „sad“ response in the listener.
- In a non-systematic relation, the emotion expressed elicits either no emotion in the listener or a different emotion from the one expressed.
- When there is no relationship, an emotion is induced in the listener although there was no emotional expression in the music.

Kallinen and Ravaja (2006) investigated empirically the relations between emotion felt and perceived in music listening. Thirty-two participants rated emotions induced and perceived in 12 pieces of classical music. Their main result was that in general, emotion perceived was rated higher compared to induced emotions. For positive emotions a positive relationship was observed, but for negative emotions a negative relationship occurred. The authors also reported that individual differences

in the relations between felt and perceived emotions could be partially explained by different personality traits. Thus it is important to distinguish between the two different types of emotion in music. In experimental research, participants should always be clearly instructed to rate the one or the other.

Theories explaining musically induced emotion

Scherer and Zentner (2001) presented a hypothetical formalization of the process by which music generates emotion. They formulated a multiplicative function consisting of several factors, thereby distinguishing between several input variables and one output variable (the experienced emotion):

Experienced emotion = Structural features x Performance features x Listener features x Contextual features, where

Structural features = W1 (Segmental features) x W2 (Suprasegmental features),

Performance features = W3 (Performer skills) x W4 (Performer state),

Listener features = W5 (Musical expertise) x W6 (Stable dispositions) x W7 (Current motivational/mood state), and

Contextual features = W8 (Location) x W9 (Event). (p. 365)

They chose a multiplicative rather than an additive function because they assumed that any of the factors in the absence of the other factors could lead to reliable emotional reactions. Additionally, they noted that the factors interact with each other (e. g., listener features might interact with structural features), and supposed that the factors carry different weights (W1 to W9).

Segmental structural features consist of the single tones' acoustic characteristics, such as duration, amplitude, pitch, and spectral composition of the complex wave (timbre). Suprasegmental features are described as „changes in sound sequences over time“ (p. 364). They include melody, tempo, rhythm, harmony, and other formal and structural features. The authors assume that here emotional information is expressed via *iconic coding* (depicting external non-musical objects) and *symbolic coding* (cultural learned meanings of musical expressions). Performance features might have an emotional impact via the performers' skills, appearance, reputation, and expression as well as interpretation, concentration, and mood (states). Scherer and Zentner categorize musical expertise (knowledge of musical systems), personality, listening habits, and also motivational and mood states as listener features. Finally, contextual features consist of the location of music listening and the occasion of listening (e. g., wedding, funeral, celebration).

In addition to these features, Scherer and Zentner (2001) describe different *production rules*, explaining the emotion induction mechanisms behind such variables. Juslin and Västfjäll (2008) also present a similar list of mechanisms and discuss empirical evidence for each one of them:

1. Cognitive appraisal: This mechanism elicits emotion by appraisal of the music with regard to the goals of a music listener (also described by Scherer & Zentner, 2001).

2. Brain stem reflexes: According to the authors, brainstem reflexes occur when, for example, a sudden increase in loudness in the music provokes a startle response in the listener.
3. Visual imagery: Furthermore, visual imagery induces emotion during music listening when mental images are evoked by the music.
4. Evaluative conditioning: This mechanism refers to an unconditioned positive or negative stimulus that is paired with the music and affects the emotional response to it.
5. Musical expectancy: Music is also able to affect emotions by violating or confirming listeners' expectations – a mechanism described by Meyer already in 1956.
6. Episodic memory: This mechanism is active when past emotional events are remembered along with the music (also described by Scherer & Zentner, 2001).
7. Emotional contagion: Here, emotion is induced by internally mimicking the emotional expression of the music (also described by Scherer & Zentner, 2001).

Juslin and Västfjäll (2008) and Scherer and Zentner (2001) agree on the fact that music induces emotions. But they disagree on whether music induces real world emotions experienced in every day life. Scherer (2004) argues that compared to other stimuli, music has no meaning for survival and thus only induces aesthetic emotions, with which not all emotion components are always synchronized. Also Konečni (2008) disputes that music induces real emotions, he rather proposes new feeling concepts, like *being moved* or *aesthetic awe* induced by music. In contrast, Juslin and Västfjäll cite different studies each proving that music affects one of the different emotion components. For a complete proof of the hypothesis that music induces real basic emotions with synchronized emotion components, multiple components would have to be measured synchronously.

Strong emotions induced by music

There has been much research dedicated to the understanding of strong emotions in music. Gabrielsson and Lindström Wik (1993; 2003) investigated *strong experiences with music* (SEM) by conducting qualitative interviews and asking for very emotional events that occurred while listening to music. One of the most pleasurable emotional events that can be experienced is a chill (Sloboda, 1991; Panksepp, 1995) or thrill (Goldstein, 1980). These reactions are frequently accompanied by measurable physiological reactions, such as changes in skin conductance and in heart and breathing rate (Grewé, Nagel, Kopiez, & Altenmüller, in press). Goldstein (1980) studied the effect of an opiate antagonist on the duration, frequency, and intensity of thrills and found that thrills may be attenuated by naloxone. Not all participants were susceptible to thrills: 10% of the music students, 20% of the medical students, and 47% of the employees of a research center responded that they had never experienced thrills. Sloboda (1991) investigated this phenomenon by using questionnaires to collect reports of participants' strongest emotional reactions to music over the five years prior to the study. The questionnaires included items

about physiological reactions (such as chills, tears, laughter, etc.) and examined the relationship between the occurrence of such experiences and musical parameters. His analyses showed that there do seem to be musical events related to these experiences; for example, chills appear to coincide with new and/or unprepared harmonies as well as with sudden dynamic or textural changes.

Does this imply that those pleasurable chills people experience when listening to music are only a physiological reaction to a certain abrupt change in the acoustic stimulus? If so, everyone should experience chills when listening to music that contains the musical events necessary to stimulate chills. Yet this is not the case – music preference is highly individual (Blood & Zatorre, 2001). The results of Grewe, Nagel, Kopiez, and Altenmüller (2007b) support the claim that chills are not automatic reflex-like responses; there were no musical structures that induced chills across most participants. Rather, it seems likely that „a cognitive, implicit evaluation triggered by attention-raising structures leads to an emotional process and a chill occurs in the context of this process“ (Grewe et al., 2007b, p. 312). One of the songs in Grewe et al.’s study („Making love out of nothing at all“ by Air Supply) was also played in Panksepp’s (1995) experiment but with differing results. Grewe et al. found a much lower occurrence of chills during this piece, a finding for which there could be many reasons: for instance, a different generation of music listeners in the latter study or – more importantly – the fact that Panksepp tested his participants sitting together in a room. Hence they might have been socially influenced during music listening.

Individual differences in musically induced emotion

Grewe et al. (2007b) examined whether different personality characters are related to the experience of chills. It was observed that high chill-responders score lower on the personality trait sensation seeking (Litle & Zuckermann, 1986). In addition, the high chill-responders were stronger reward-dependent (Cloninger, Przybeck, Svrakic, & Wetzell, 1999) compared with the participants experiencing fewer chills. Kreutz, Ott, Teichmann, Osawa, and Vaitl (2008) also showed that individual differences in induced emotions by classical music relate to a personality trait. Music listeners scoring high on absorption rated the music to be more activating and emotionally intense. Another parameter influencing the intensity as well as arousal and valence ratings was the preference for classical music. Contrary to the authors’ hypotheses, participants with more musical skills had no stronger emotions during music listening compared with those less skilled – except in activation ratings.

Social Influences on Musically Induced Emotion

Scherer and Zentner (2001) noted that musically induced emotions might be influenced by the audience in a concert setting:

We submit that all these features can have an influence on the acoustics, the ambiance of the location, or the behavior of the audience, which in turn may lead to different emotional effects due to objective features of the situation or subjective perceptions of the listeners (p. 365).

It seems plausible for them to conclude that the location of the concert affects the behavior of people and this, in turn, affects emotion. Other researchers have also discussed social aspects of emotion. According to Manstead (2005), emotions are social for three reasons: First, emotions refer to objects that can often be social; one example of objects is music as a „social and cultural artifact“ (p. 485). Second, many emotions are functionally social, such as love, shame, embarrassment, or sympathy, and their predominant function is to increase social coherence. Third, Manstead emphasizes the human capacity and need for social sharing of experienced emotion. This is most powerfully reflected in the many instances when we feel empathy.

Many of the mechanisms described by Juslin and Västfjäll (2008) could be socially influenced. In evaluative conditioning, the unconditioned stimulus can be social – for example the good friend, with whom one repeatedly goes to concerts. Thus the conditioned response (the music in the concert) will be socially affected. Emotional contagion also has a social dimension. Often the emotional expression is attributed to a musician or composer, and the music itself has voice-like perceptual characteristics (the *super expressive voice theory* of Juslin & Västfjäll, 2008). But also observing somebody else’s emotional reactions to music can lead to emotional contagion on the side of the listener. Episodic memory can be related to social aspects as well when a past social event, such as the loss of a loved one, is remembered with the music. Furthermore, cognitive appraisal might be socially affected. The social dimension of this aspect will be discussed in the next section.

Theoretical perspectives on social aspects of emotion

The above-mentioned appraisal theory of emotion states that emotions emerge from a cognitive evaluation of the emotion inducing events on the dimensions novelty, urgency, coping potential, norm compatibility, and goal congruence (Juslin & Västfjäll, 2008). I assume that this evaluation process can be influenced by social feedback because norms are socially determined, and being socially accepted is one very important human goal (Brehm, Kassin, & Fein, 1999). For example, Fischer, Rotteveel, Every, and Manstead (2004) showed that participants are affected by the emotions of others, confirming the emotional assimilation hypothesis. Manstead and Fischer (2001) suggested that appraisals are often influenced by social experiences, a phenomenon they call *social appraisal*. This happens in two different ways: In one, another person is part of the emotional event appraised (e. g., being insulted

by someone leads to social appraisal, because the insult from another person is appraised); in the other, social appraisal occurs when we observe another person's reactions to an emotional event. In this case, the person is not part of the emotional event, but still has an influence on our appraisal. This type of social appraisal shapes one's perception of emotional situations, making it possible for other people to be involved in the construction of appraisal. Such a process is exemplified by a male watching a sexist comedy in the company of a female friend; her presence might influence the male's amusement, leading to different emotions than if he had been watching the film with other males or alone (Manstead & Fischer, 2001).

Another theory that includes social aspects in the explanation of emotion is the *social facilitation theory*, which predicts that the mere presence of others leads to increased arousal (Zajonc, 1965). Because of this increased arousal, dominant (already-learned) responses occur more frequently, and the learning of new responses is impaired. Zajonc explains this connection through the attainment of an optimal or too-high arousal level, which in turn depends on the task that participants are requested to complete. Causes of this group-induced arousal can be (a) generally increased attention; (b) the fear of being evaluated by others; or (c) a distraction by the group (Aronson, Wilson, & Akert, 2004). However, social situations do not always lead to social facilitation; rather, the opposite phenomenon, *social loafing*, has been observed. The latter refers to the situation in which group members cannot accurately evaluate the performance of their peers (Aronson et al., 2004). Under such circumstances, individuals have no fear of being evaluated and relax, leading to a state of decreased arousal, which in turn improves performance on difficult tasks. In sum, social situations could lead to increased or decreased arousal during music listening, depending on the amount of social control the music listeners have over each other.

Social feedback can produce a tendency towards social conformity. Two forms of conformity are described in the literature (Brehm et al., 1999; Cialdini & Goldstein, 2004): *informational influence* describes conforming to others due to having insufficient information about an object to evaluate and thus having to rely on others' judgments. Already in 1936, Sherif showed that the movement rating of a light point (that objectively didn't move at all but, because of the autokinetic effect, seemed to) is affected by social feedback. The informational influence described by Sherif can also lead to private acceptance, meaning that one privately believes in the other's feedback one is conforming to. The other form is called *normative influence*, occurring when people follow group norms in order to be included in the group. Some of the most prominent studies on normative conformity were the experiments by Asch (1955). He showed that participants were affected by normative social feedback when asked to judge the length of simple lines, leading them to give wrong answers. This form of social influence often leads to public compliance only, without changing one's attitude or perception. It has also been shown that individual differences in social conformity exist. Klein (1972) presented data confirming that older people show more conformity than younger, especially

when tasks are difficult. He could find no gender differences, although in other studies it was often reported that females behave more socially conformal than males (Aronson et al., 2004).

Research on social influences on music

Due to the dearth of research on the effect of social influences in music-related topics (for a review see Crozier, 1997; North & Hargreaves, 2008) social facilitation and other influences have rarely been investigated in this context (North & Hargreaves, 2008). But Davidson (1997) acknowledges that social facilitation might occur often: For example, for performers through the presence of an audience at a concert. She reports an anecdote about the famous singer Caruso who claimed he could only sing his top C convincingly if he had an audience.

In a Web-based study, Salganik, Dodds, and Watts (2006) asked participants to choose songs to download. In the experimental condition, feedback regarding the frequency of peer downloads was varied. As a result, popular songs (as indicated by feedback) were downloaded more often than less popular songs, suggesting that music listeners tend to base their aesthetic choices not only on the quality of music, but also on the behavior of others.

Radocy (1975) used confederates to ascertain whether other people could influence participants' perception judgments. The participating students were asked to match pairs of simple tones differing in loudness or pitch, and complied with the confederates in 30 % (pitch ratings) and 49 % (loudness ratings) of trials when incorrect social feedback was given. He also reported that greater conformity was observed in the loudness-discrimination task when the discrepancy between the confederates' judgments and the correct response was small. Thus plausible feedback manipulations were more effective than implausible.

Like Aebischer, Hewstone, and Henderson (1984), Furman and Duke (1988) investigated preferences of music listeners and found that ratings of unfamiliar orchestral music were affected by social feedback, but this did not occur with familiar pop music. Furman and Duke also explored whether music majors would diverge from non-majors and reported that no differences between those two groups were found in the socially biased condition. In summary, the results of previous research suggest that both music listening and emotion are subject to social influences.

In a Web-based study, Egermann, Grewe, Kopiez and Altenmüller (2009) tried to combine two areas of research: social influences on music listening and emotion rating. They investigated whether the emotional effects of music could be manipulated by social feedback. More than 5,000 participants listened to 5 randomly chosen music excerpts (out of a total of 23 excerpts). After each excerpt, they rated induced emotions according to arousal and valence dimensions. Participants were randomly assigned to two groups. In contrast to group 1 (control group), participants in group 2 (experimental group) received feedback allegedly based on the emotional ratings of preceding participants. In actual fact, the feedback presented to participants was based on the upper or lower quartiles of a pretest

rating. Based on this feedback manipulation, some excerpts were classified as higher in arousal and valence, and some excerpts were classified as lower on those dimensions compared with the ratings of the unbiased control group. Results show that the manipulated feedback significantly influenced participants' ratings in group 2 in the direction manipulated compared with those in group 1 without feedback. It was concluded that musically induced emotions might be socially influenced. Another study investigated whether listening to music in a group setting influences the emotion felt by listeners (Sutherland, Grewe, Egermann, Nagel, Kopiez & Altenmüller, 2009). The emotional reactions to 10 musical excerpts were measured both psychologically (button presses indicated the experience of a chill) and physiologically (skin conductance response) using a new, innovative multi-channel measuring device. The 14 participants (7 male, 7 female; mean age 29 years) came in for two testing sessions: once alone, and once as a group. Results indicated that the number of chills did not differ significantly between the 2 conditions (alone and group), but that there was a trend for experiencing more chills in the alone listening session. This and other results suggested that music listening was more arousing alone, possibly due to the lack of social feedback in the group setting.

Methods to Measure Musically Induced Emotion

The emotional experience during music listening can be determined in many different ways. In previous research every single emotion component was measured (Juslin & Västfjäll, 2008). Physiological processes can be recorded from the peripheral autonomous and the central nervous system. Emotional behavior has also been recorded while participants listened to music. The subjective experience (subjective feeling) was investigated using different emotion models and rating methods. Different methods to quantify all three emotion components will now be described in detail.

Emotion models for the subjective feeling component

To measure the subjective feeling component of emotion, three different approaches were developed: adjective lists, categorical emotion models, and dimensional emotion models.

Adjective lists. With the help of different adjectives that verbally label emotional feelings, the subjective component has been examined. For example, Krumhansl (1997) used 13 adjectives to grasp participants' experiences during music listening. Hevner (1936) also assembled an adjective list in order to catch the rich diversity of emotional feelings. But while such a method of providing adjective lists has advantages, it also has one major disadvantage, namely, the researcher's self-defined emotional labels inhibits the comparability of different studies using different lists. The reliability of every new list used might further be reduced.

Categorical emotion models. According to the categorical approach, emotions are experienced as distinguishable categories (Sloboda & Juslin, 2005). These categories form so-called fundamental basic emotions, which are innate and universal and had a behavior adapting function in the evolution of humans. Most emotion researchers agree on the fact that at least five basic emotions exist: happiness, sadness, anger, fear and disgust (Sloboda & Juslin, 2001). The facial expressions of those emotions were shown to be culturally independent (Ekman & Davidson, 1994). Some theorists disagree that music induces basic emotions, such as anger and fear, which are similar to everyday life emotions (Scherer, 2004).

Dimensional emotion models. Already in 1897 Wundt maintained that the different states of feeling consist of three bipolar partial feelings (Sloboda & Juslin, 2001; Sokolowski, 2002). According to Wundt, these three bipolar partial feelings are called desire/listlessness, excitement/relaxation, and tension/solution (Sokolowski, 2002). Feeling dimensions were also derived by Russell (1980) with the help of factor analyses and multidimensional scalings from different emotional terms. Russell identified a small number of dimensions as valence and arousal. With the help of these two dimensions, all terms examined by Russell could be projected onto a circle structure model with two orthogonal axes (see Figure 1). The bipolar dimension valence was placed along the horizontal axis, from negative = unpleasant (on the left) to positive = pleasant (on the right). Russell drew the dimension arousal vertically from low = calming (on the bottom) to high = arousing (on the top).

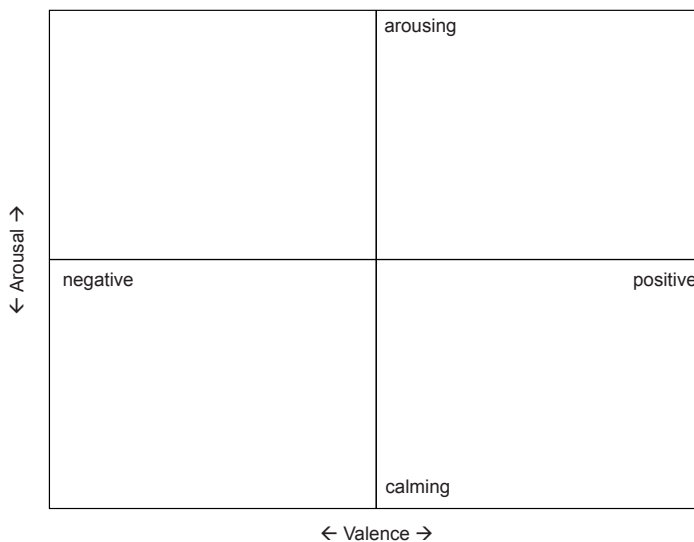


Figure 1. The emotions space based on the circumplex model of affects (Russell, 1980). The dimension valence is presented on the horizontal axis and the dimension arousal on the vertical axis.

Other emotion researchers described also a third dimension called *potence* going from strong to weak. The attempts at defining dimensions have been criticized because these models distinguish some feelings insufficiently: Emotions like fear and anger correlate within the two-dimensional model highly with each other and are positioned on the same place in the co-ordinate system. In any case, for musically induced emotions similar dimensions were found using factor analyses and multidimensional scalings (Krumhansl, 1997; Bigand, Vieillard, Madurell, Marozeau, & Dacquet, 2005). Both the categorical and dimensional attempts at classifying emotions are considered by many researchers to be mutual supplements, and both approaches are supported by neurophysiological data (Sloboda & Juslin, 2005).

Continuous vs. retrospectively ratings

Ratings of subjective feelings during music listening can be provided continuously during music listening or retrospectively after music listening:

Continuous ratings have the advantage that the dynamics of emotions in music listening can be measured, because for every point in the time course of the stimulus, ratings are recorded. Additionally, this method requires less memory performance from the participants, because emotions felt during listening don't have to be memorized during listening and afterwards reported. The disadvantages of this method are that only a maximum of two dimensions can be measured at the same time and that the rating apparatus might require too much technical effort. Already in 1936 Hevner examined discretely (at different time points) the emotional effect of certain compositional structures (e. g. major vs. minor) while participants listened to selected pieces. With the help of adjectives, participants had to rate the music's effect on them during the breaks between single parts of a composition. In addition, musical stimuli were re-arranged to achieve a variation of conditions for single parameters to be examined. The study is of historical value because it was the first attempt to measure emotion in music continuously. Other music researchers have used newly developed computer methods that allowed simultaneous and continuous report of the dynamics of emotional processes during music listening. Schubert (1998; 1999, 2001, 2004) used the two-dimensional emotion space, which is based on the dimensional emotion model of Russell (1980). The participants had to indicate the emotions expressed in the music by mouse movements on the arousal and valence dimensions in the emotion space. Thus ratings on two dimensions could be performed simultaneously. In this way, Schubert wanted to investigate the temporal-dynamic processes of musically emotional events. It was of interest how structural and acoustic patterns influence the perception of emotions in music across time. With different re-test studies and the fulfillment of various criteria, Schubert (1999) showed that the emotion space is a reliable and valid instrument. Nagel, Kopiez, Grewe, and Altenmüller (2007) proposed a new method for recording and measuring continuously self-reported emotions. In order to grasp the subjective experience of motions, Nagel et al. measured the two-dimensional emotion space based on Schubert (1999) using the *EMuJoy* software. But with the

mouse movements in Nagel et al.'s study, the participants were not to indicate the affect expressed in the music, but rather the dynamics of their own emotional state. Therefore, they used the dimensions valence and arousal and could indicate chills by clicking the mouse button. Thus participants provided an emotional self-report of three parameters in parallel.

In contrast to continuous ratings, retrospective ratings also have advantages: First, many different rating dimensions can be sampled from the participants. Also, the technical effort needed to realize this measurement is smaller compared with continuous ratings. Simple paper-and-pencil questionnaires suffice. But the disadvantages are that dynamic processes cannot be measured with them and that they also rely on the participants' memory capacity.

The decision whether to use continuous or retrospective ratings should be based on the focus of interest. If the focus is on the temporal aspects of emotion in complete music pieces, one should refer to continuous measurements. If it is rather on effects of single music excerpts, retrospective ratings are adequate. Using only music excerpts yields also the advantage that the stimulus set of a study can be much bigger than when using whole pieces.

Physiological and behavioral measurements of emotion

Physiological activations can be indicators of emotional experiences, and there are several parameters of the peripheral nervous system that can be measured. The *Electro Dermal Activity* (EDA) is being divided into two signals: The *Skin Conductance Level* (SCL) is primarily based on sweating reactions and changes in blood flow (Boucsein, 2001). These reactions have been widely used as indicators of psychological reactivity, especially as indicators of arousal, orienting responses, and startle responses. *Skin Conductance Response* (SCR) reflects the changes in SCL over a short period, and is therefore adapted to measure reactions to affective musical events. The *Heart Rate* (HR) can also be measured and indicates, similar to the *Breathing Rate* (BR), physiological excitement.

In addition to recording subjective experiences using the EMuJoy software, Grewe et al. (2007b) measured different physiological parameters while hearing music. By doing so, the researchers tried to measure musically induced emotional reactions at different components simultaneously. Both signals of skin conductance, BR and the HR, were recorded in parallel. Using this set-up, they could observe relations between chills and the HR's variability as well as SCR. But their results reveal that it was not possible to differentiate between certain experienced emotions with physiological measurements. Therefore, with this method it is only possible to validate the psychological self-report about the subjective experience. Nevertheless, measuring chills seems to be a promising approach to measure musically induced emotion, because chills combine reactions in two emotion components (the subjective feeling and the physiological component, Grewe et al., in press).

Behavioral changes by emotions in connection with music were also examined by Grewe et al. (2007b), who monitored activations of certain facial muscles using

Electromyography (EMG). These were associated with certain expressions of basic emotions (Ekman & Davidson, 1994). Grewe et al. supposed that different muscles stand in connection with different valence and arousal states. However, no statistically significant muscle reactions connected with emotional experiences could be found.

Also, the central nervous system was investigated in relation to music and emotion. Investigations of cerebral activations of emotions during music listening were carried out with different methods, such as Electroencephalography (EEG), the functional Magnetic Resonance Imaging (fMRI), or the Positron Emission Tomography (PET).

Altenmüller, Schürmann, Lim, and Parlitz (2002) showed that positive emotions expressed by music pieces lead to a higher activation in the left hemisphere compared with a higher activation in the right hemisphere caused by negative valenced music (using EEG). These findings support the valence hypothesis of emotion, stating that differences in valence are reflected by different cortical lateralization patterns (Peretz, 2001). Goydke, Altenmüller, Müller, and Münte (2004) also investigated emotion employing EEG, but they used only single tones, differing in timbre, reflecting differences in emotional expression. They could show that a mismatch negativity is evoked by changes in this emotional expression. Another investigation reported the activation of deep sub-cortical brain structures while participants listened to very pleasant and emotional intensifying music (Blood & Zatorre, 2001). Here PET was used, and participants brought their own music to the experiment in order to increase the occurrence of strong emotions. Kreutz, Russ, Bongard, and Lanfermann (2003) did research on cerebral correlates of music listening, but they used fMRI. In their study it was shown that happy classical music leads to distinct cortical activations, compared with sad music. The contrast happy vs. sad showed a bilateral significant cluster in the temporal poles.

Online Web experiments for music and emotion research

In measuring the subjective feeling component of emotion, Web experiments might be a promising way to advance Nagel et al.'s (2007) method. According to Reips (2002), Web experiments have many useful advantages over conventional lab studies: A high number of participants can be reached because of easy access to the experiment (i.e., by bringing the experiment to the participants rather than the participants to the experiment). A large sample meets requirements of rating the very subjective and individually varying emotional feelings during music listening (Grewe, Nagel, Kopiez, & Altenmüller, 2007a). There are no time constraints for participation and they permit the implementation of a high standardization. There are no direct social interactions and because of this there is less researcher bias affecting participants. For instance, it could be that due to demand effects (e. g. the researcher's expectations to have emotions), participants in a lab setting rate intensity of emotions higher than they would in a Web-based setting. Participation takes place in a more natural environment (thus enabling a bigger external validity, also

due to a higher realistic variance in many parameters on the side of the participants, Honing & Ladinig, 2008; Honing & Reips, 2008). A familiar, non-artificial setting could be important for measuring subjective experiences of emotions. They allow an open research process in which external people can control others' methods. Reips also mentioned some disadvantages of Web experiments: They offer less control than do lab experiments and technical problems may arise on the participant's end. However, Reips (2002) also gave some hints as to how to eliminate these potential problems. For instance, he suggested using the high hurdle technique to control the dropout rate and motivational problems. This can be accomplished by including a warm-up section, which participants have to pass in order to reach the main section. Thus insufficiently motivated participants will drop out in the warm-up and not in the main section, leaving only motivated participants in the dataset.

To my knowledge, only three of the studies using Web-based methods have been published in journals (Marcell & Falls, 2001; Honing, 2006; Salganik et al., 2006). The small number of studies shows that the method of the Web experimenting has not yet been fully established in music psychology and related disciplines up to now, even though modern computer users are equipped with broadband Internet access and high-quality sound cards. These technical prerequisites generate many interesting applications of this new method. The following citation by Musch and Reips (2000) illustrates the considerable potential of Internet research: „Although computerized experiments have become the method of choice in conducting psychological research, there are many signs that another revolution is now beginning. It is associated with the recent exponential growth of the Internet“ (p. 62).

The aim of the study of Egermann, Nagel, Kopiez and Altenmüller (in revision) was to explore the possibilities of an innovative Internet-based method for the measurement of emotional music experiences. Eighty-three participants listened to different music pieces. At the same time they gave a continuous self-report about their emotional state by moving their computer-mouse in a two-dimensional emotion space and indicating chills (strong emotions accompanied by shivers down the spine or goose pimples) by clicking the mouse button. The emotional dimensions assessed were arousal and valence. Participants reported that the music pieces caused different emotional reactions that were not significantly different from a lab study using the same stimuli. Thus the validity of this Internet-based method could be confirmed. In general, nearly all participants evaluated positively most aspects of the study – with the exception of the participation time. None of the technical parameters investigated at the participants' computers significantly affected the emotional self-report, but an influence of the self-rated concentration on arousal and chill ratings was observed. The results show that experiments in the Web offer a promising way for emotion research.

Conclusions and Implications

For the measurement of emotional responses to music, the following conclusions can be drawn from the studies discussed in this review:

The results of Sutherland, et al. (2009) indicated that there were no significant differences in the subjective feeling component between two conditions (listening alone and in a group). To measure this emotion component, an adjective list was taken, similar to that of Krumhansl (1997). In Sutherland et al.'s study, many of the emotion-related adjectives seemed not to appear at all during the two conditions. It is possible that in this list emotions not inducible by music were included, and thus no differences between the subjective feelings for the two conditions were measured. The individual medians were very low, especially for all negative emotions. This raises the questions, which emotions can be induced by music at all, and how they might be measured.

These questions are not easy to answer, since there is no commonly accepted definition of emotion (Sloboda & Juslin, 2001). For instance, Panksepp (1998) describes the neuronal bases of different basic emotions and defines *seeking* as one of them, because it has been identified as a distinct neuronal emotion system. This contradicts other lists of basic emotions, which exclude seeking (Sokolowski, 2002). Scherer (2005) describes emotions as synchronized responses to cognitive appraisal processes, and others regard them as psychobehavioral tendencies to respond to environmental challenges in the mammalian brain (Panksepp, 1998). Thus every theorist has a different perspective on emotion. Scherer focuses on higher and more complex human emotions, whereas Panksepp explains the emotional phenomena that are less complex and also found in other species. In other words, the two researchers use the same word for two different things. The differentiation between higher and lower emotional processing was also confirmed by the research of LeDoux (Sokolowski, 2002). It was shown that there are two ways of emotion induction. The low road runs subcortical from the thalamus directly to the amygdala. This center computes a fast and simple stimulus evaluation that can lead to endocrine, visceral, and behavioral responses: The freezing or startle response to threatening stimuli is realized like this. The high road runs from the thalamus via the orbitofrontal cortex to the amygdala. This mechanism is slower than the low road, but more precise in analyzing the stimulus. In this way, higher appraisals concerning goal congruency and coping potential are included in the emotional processing.

Finding the ideal method to measure emotional responses to music is also difficult because there is no generally accepted model to measure the subjective feeling component of musically induced emotion. Some scholars do not accept basic emotional models, because they claim that music does not induce basic emotions, but rather aesthetic emotions that are not always accompanied by physiological responses (Scherer, 2004). The dimensional models have also been criticized because they do not differentiate some emotions (e. g., anger and fear). The bipolarity of the valence dimension has been questioned as well. Hunter, Schellenberg, and

Schimmack (2008) showed that music with contradicting emotional cues was able to elicit happy and sad feelings at the same time (mixed feelings). To solve these controversies regarding the measurement of musically induced emotion, Zentner, Grandjean, and Scherer (2008) developed a new emotion model for measuring music specific emotions. The *Geneva Emotional Music Scale* was derived in four experiments by surveying participants about verbal labels of musically induced feelings. By doing so, the authors identified a nine-factorial structure mapping emotional responses specific to music. The authors admitted that their model might only be applied to the effects of music styles used in their studies, and some feelings might still be missing. Nevertheless, using this method might be an appropriate way to grasp the subjective experiences during music listening.

Another promising approach to measure fully synchronized emotional responses to music could be the chill reaction. Recent research (Grewe et al., in press) has shown the chill reaction to be accompanied by measurable physiological correlates (SCRs). Ideally, this measurement of the autonomous nervous system could be an objective measure of emotion. It would not be affected by answering biases and could measure real emotions, activating all components. But it is not possible to draw conclusions about emotional processes only from physiological data (Grewe et al., 2007b). The autonomous nervous system is not only activated during emotional events, but also during orienting responses or controlling visceral functions. As follows, autonomous reactions always have to be validated by the measurement of subjective feelings. But are chills really such an ideal parameter to measure emotional responses to music? They might not be because in Sutherland et al.'s study (2009) they were very rare. One participant didn't report any chills at all. Also the chill rate in Grewe et al.'s (2007b) was very small, similar to Goldstein's (1980) experiment. Thus chills might be used as indicators of strong emotions, but always additional measures should be included to measure emotional reactions to music. Using Zentner et al.'s (2008) emotion model could be appropriate for retrospective emotion ratings, and the dimensional model of Russell (1980) could be used for continuous ratings. The problem concerning mixed feelings like melancholy could then be solved, by defining valence as unpleasant vs. pleasant – and not as sad vs. happy. A melancholic, sad feeling could then be rated as positive and pleasant.

The two emotion models (Zentner et al.'s and Russell's) could also be used in Web-based settings. This would allow continuous or retrospective measurement of musically induced emotions by thousands of participants. This increases the generalizability of the results and possibly clarifies some of the theoretical discourses that have just been discussed. However, the studies of Egermann et al. (in revision, 2009) are some of the first to explore the opportunities of this new method. Their results convincingly indicate that the Internet-based approach was valid in measuring the phenomena investigated. To counteract the experimenter's lack of control over the data collection situation, strict quality criteria had to be fulfilled by the participants. They had to pass a comprehension test, were asked how seriously they were planning to participate, and had to rate their concentration

at the end. It can't be completely ruled out that a few participants gave untruthful answers, but because of the big sample size, this would not influence the data systematically. Despite the many advantages of Web experimenting,

This method is still not fully accepted in music related research. It is seldom used and also seldom discussed in the methodological literature. By offering insights into its many possible applications, these studies might be a first step to establish this new method. Using this and other methods enables to explain many of the emotional phenomena experienced when listening to music in every day life, offering at the same time a deeper understanding of the human mind in general.

References

- Aebischer, V., Hewstone, M., & Henderson, M. (1984). Minority influence and musical preference: Innovation by conversion not coercion. *European Journal of Social Psychology*, *14*(1), 23–33.
- Altenmüller, E., Schürmann, K., Lim, V. K., & Parlitz, D. (2002). Hits to the left, flops to the right: Different emotions during listening to music are reflected in cortical lateralisation patterns. *Neuropsychologia*, *40*, 2242–2256.
- Aronson, E., Wilson, T., & Akert, R. (2004). *Sozialpsychologie* (4th Ed. ed.). München: Pearson Studium.
- Asch, S. E. (1955). Opinions and social pressure. *Scientific American*, *193*(5), 31–35.
- Bigand, E., Vieillard, S., Madurell, F., Marozeau, J., & Dacquet, A. (2005). Multidimensional scaling of emotional responses to music: The effect of musical expertise and of the duration of the excerpts. *Cognition and Emotion*, *19*(8), 1113–1139.
- Blood, A., & Zatorre, R. (2001). Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *98*(20), 11818–11823.
- Boucsein, W. (2001). Physiologische Grundlagen und Messmethoden der dermalen Aktivität. In F. Rösler (Ed.), *Enzyklopädie der Psychologie, Bereich Psychophysiologie* (Vol. 1, p. 551–623). Göttingen: Hogrefe.
- Cialdini, R. B., & Goldstein, N. J. (2004). Social influence: Compliance and conformity. In S. T. Fiske, D. L. Schacter, & C. Zahn-Waxler (Eds.), *Annual review of psychology* (Vol. 55, 591–621). Annual Reviews, Inc.
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M., & Wetzel, R. O. (1999). *Das Temperament und Charakter-Inventar – TCI – Manual*. Frankfurt: Swets Test Services.
- Crozier, W. R. (1997). Music and social influence. In D. J. Hargreaves & A. C. North (Eds.), *The social psychology of music* (p. 67–83). Oxford: Oxford University Press.
- Davidson, J. W. (1997). The social in musical performance. In D. J. Hargreaves & A. C. North (Eds.), *The social psychology of music* (209–28). Oxford: Oxford University Press.

- Egermann, H., Nagel, F., Kopiez, R., & Altenmüller, E. (in revision). Continuous Measurement of Musically-Induced Emotion – An Exploratory Web Experiment. *International Journal of Internet Science*.
- Egermann, H., Grewe, O., Kopiez, R., Altenmüller, E. (2009). Social Feedback Influences Musically Induced Emotions. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1169(1), 346–350.
- Ekman, P., & Davidson, R. J. (Eds.). (1994). *The nature of emotion*. Oxford: Oxford University Press.
- Eschrich, S., Münte, T. F., & Altenmüller, E. (2008). Unforgettable film music: The role of emotion in episodic long-term memory for music. *BMC Neuroscience*, 9 (48).
- Fischer, A. H., Rotteveel, M., Every, C., & Manstead, A. S. R. (2004). Emotional assimilation: How we are influenced by others' emotions. *Cahiers de Psychologie Cognitive*, 22(2), 223–245.
- Furman, C. E., & Duke, R. A. (1988). Effect of majority consensus on preferences for recorded orchestral and popular music. *Journal of Research in Music Education*, 36(4), 220–231.
- Gabriellsson, A. (2002). Emotion perceived and emotion felt same or different? *Musicae Scientiae (Special Issue 2001–2002)*, 123–147.
- Gabriellsson, A., & Lindström, S. (1993). On strong experiences of music. *Musik Psychologie*, 10, 118–139.
- Gabriellsson, A., & Lindström Wik, S. (2003). Strong experiences related to music: A descriptive system. *Musicae Scientiae*, 7(2), 157–217.
- Goldstein, A. (1980). Thrills in response to music and other stimuli. *Physiological Psychology*, 8(1), 126–129.
- Goydke, K. N., Altenmüller, E., Müller, J., & Münte, T. (2004). Changes in emotional tone and instrumental timbre are reflected by the mismatch negativity. *Cognitive Brain Research*, 21(3), 351–359.
- Grewe, O., Nagel, F., Kopiez, R., & Altenmüller, E. (2007a). Emotions over time: Synchronicity and development of subjective, physiological, and facial affective reactions to music. *Emotion*, 7(4), 774–788.
- Grewe, O., Nagel, F., Kopiez, R., & Altenmüller, E. (2007b). Listening to music as a re-creative process: Physiological, psychological, and psychoacoustical correlates of chills and strong emotions. *Music Perception*, 24(3), 297–314.
- Grewe, O., Nagel, F., Kopiez, R., & Altenmüller, E. (in press). The chill parameter: Goose bumps and shivers as promising measures in emotion research. *Music Perception*.
- Hevner, K. (1936). Experimental study of the elements of expression in music. *American Journal of Psychology*, 48, 246–286.
- Honing, H. (2006). Evidence for tempo-specific timing in music using a web-based experimental setup. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 32(3), 780–786.

- Honing, H., & Ladinig, O. (2008). The potential of the Internet for music perception research: A comment on lab-based versus Web-based studies. *Empirical Musicology Review*, 3(1), 4–7.
- Honing, H., & Reips, U. D. (2008). Web-based versus lab-based studies: A response to Kendall (2008). *Empirical Musicology Review*, 3(2), 73–77.
- Hunter, P. G., Schellenberg, G. E., & Schimmack, U. (2008). Mixed affective responses to music with conflicting cues. *Cognition and Emotion*, 22(2), 1–26.
- Iversen, S., Kupfermann, I., & Kandel, E. R. (2000). Emotional states and feelings. In E. R. Kandel, J. H. Schwartz, & T. M. Jessell (Eds.), *Principles of neural science* (982–997). New York: McGraw-Hill Medical.
- Jänig, W. (2000). Vegetatives Nervensystem. In R. F. Schmidt & H.-G. Schaible (Eds.), *Neuro- und Sinnesphysiologie* (151–202). Berlin: Springer.
- Justlin, P. N., Liljeström, S., Västfjäll, D., Barradas, G., & Silva, A. (2008). An experience sampling study of emotional reactions to music: Listener, music, and situation. *Emotion*, 8(5), 668–683.
- Justlin, P. N., & Västfjäll, D. (2008). Emotional responses to music: The need to consider underlying mechanisms. *Behavioral and Brain Sciences*, 31(05), 559–575.
- Kallinen, K., & Ravaja, N. (2006). Emotion perceived and emotion felt: Same and different. *Musicae Scientiae*, 10(2), 191.
- Klein, R. L. (1972). Age, sex, and task difficulty as predictors of social conformity. *Journal of Gerontology*, 27(2), 229–236.
- Konečni, V. J., Brown, A., & Wanic, R. A. (2008). Comparative effects of music and recalled life-events on emotional state. *Psychology of Music*, 36, 289–308.
- Kreutz, G., Ott, U., Teichmann, D., Osawa, P., & Vaitl, D. (2008). Using music to induce emotions: Influences of musical preference and absorption. *Psychology of Music*, 36(1), 101–126.
- Kreutz, G., Russ, M., Bongard, S., & Lanfermann, H. (2003). Zerebrale Korrelate des Musikhörens. Eine fMRT-Studie zur Wirkung „fröhlicher“ und „trauriger“ klassischer Musik. *Nervenheilkunde*, 3(56), 150–156.
- Krumhansl, C. L. (1997). An exploratory study of musical emotions and psychophysiology. *Canadian Journal of Experimental Psychology*, 51(4), 336–353.
- Litle, P., & Zuckermann, M. (1986). Sensation seeking and music preferences. *Personality and Individual Differences*, 7(4), 575–578.
- Manstead, A. S. R. (2005). The social dimension of emotion. *Psychologist*, 18(8), 484–487.
- Manstead, A. S. R., & Fischer, A. H. (2001). Social appraisal: The social world as object of and influence on appraisal processes. In K. R. Scherer, A. Schorr, & T. Johnstone (Eds.), *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research* (221–232). New York: Oxford University Press.
- Marcell, M. M., & Falls, A. L. (2001). Online data collection with special populations over the World Wide Web. *Down Syndrome Research and Practice*, 7(3), 106–123.

- Meyer, L. B. (1956). *Emotion and meaning in music*. Chicago: The University Of Chicago Press.
- Musch, J., & Reips, U.-D. (2000). A brief history of Web experimenting. In M. H. Brinbaum (Ed.), *Psychological experiments on the Internet*. San Diego, London: Academic Press.
- Nagel, F., Kopiez, R., Grewe, O., & Altenmüller, E. (2007). EMuJoy: Software for continuous measurement of perceived emotions in music. *Behavior Research Methods*, 39(2), 283–290.
- North, A. C., & Hargreaves, D. J. (2008). *The social and applied psychology of music*. Oxford: Oxford University Press.
- Panksepp, J. (1995). The emotional sources of chills induced by music. *Music Perception*, 13(2), 171–207.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience – The foundations of human and animal emotions*. Oxford: Oxford University Press.
- Peretz, I. (2001). Listen to the brain: A biological perspective on music emotions. In P. N. Juslin & J. A. Sloboda (Eds.), *Music and emotion: Theory and research* (105–134). Oxford: Oxford University Press.
- Radocy, R. E. (1975). A naive minority of one and deliberate majority mismatches of tonal stimuli. *Journal of Research in Music Education*, 23, 120–133.
- Reips, U.-D. (2002). Standards for Internet-Based Experimenting. *Experimental Psychology*, 49(4), 243–256.
- Russell, J. A. (1980). A Circumplex Model of Affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(6), 1161–1178.
- Salganik, M. J., Dodds, P. S., & Watts, D. J. (2006). Experimental study of inequality and unpredictability in an artificial cultural market. *Science*, 311, 854–856.
- Scherer, K. R. (2004). Which emotions can be induced by music? What are the underlying mechanisms? And how can we measure them? *Journal of New Music Research*, 33(3), 239–251.
- Scherer, K. R. (2005). What are Emotions? And how can they be measured? *Social Science Information*, 44(4), 695–729.
- Scherer, K. R., & Zentner, M. R. (2001). Emotional effects of music: Production rules. In P. N. Juslin & J. A. Sloboda (Eds.), *Music and emotion: Theory and research* (362–392). Oxford: Oxford University Press.
- Schramm, H. (2005). *Mood Management durch Musik: die alltägliche Nutzung von Musik zur Regulierung von Stimmungen*. Köln: Halem.
- Schubert, E. (1998). Time Series Analysis of Emotion in Music. In *Proceedings of the Fifth International Conference on Music Perception and Music Cognition, Seoul, Korea, August 26–30, 1998* (257–263).
- Schubert, E. (1999). Measuring emotion continuously: Validity and reliability of the two-dimensional emotion-space. *Australian Journal of Psychology*, 51(3), 154–165.

- Schubert, E. (2001). Continuous measurement of self-report emotional response to music. In P. N. Juslin & J. A. Sloboda (Eds.), *Music and emotion: Theory and research* (393–414). Oxford: Oxford University Press.
- Schubert, E. (2004). Research in expressing continuous emotional response to music as a function of its psychoacoustic parameters: Current and future directions. In *ICA*.
- Sherif, M. (1936). *The psychology of social norms*. New York: Harper.
- Sloboda, J. A. (1991). Music structure and emotional response: Some empirical findings. *Psychology of Music*, 19, 110–120.
- Sloboda, J. A., & Juslin, P. N. (2001). Psychological perspectives on music and emotion. In P. N. Juslin & J. A. Sloboda (Eds.), *Music and Emotion: Theory and Research*. Oxford: Oxford University Press.
- Sloboda, J. A., & Juslin, P. N. (2005). Affektive Prozesse: Emotionale und ästhetische Aspekte musikalischen Verhaltens (translated by Thomas H. Stoffer). In T. H. Stoffer & R. Oerter (Eds.), *Allgemeine Musikpsychologie* (767–843). Göttingen: Hogrefe – Verlag für Psychologie.
- Sokolowski, K. (2002). Emotion. In J. Mösseler & W. Prinz (Eds.), *Lehrbuch Allgemeine Psychologie* (337–384). Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Sutherland, M., Grewe, Egermann, H., Nagel, F., Kopiez, R., Altenmüller, E. (2009). The Influence of Social Situations on Music Listening. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1169(1), 363–367.
- Thompson, D. (2003, October). A hard day's night in dixie – a 38th anniversary look at the Beatles concert at Atlanta stadium. *Ear Candy Magazine*.
- Zajonc, R. B. (1965). Social facilitation. *Science*, 149(3681), 269–274.
- Zentner, M., Grandjean, D., & Scherer, K. R. (2008). Emotions evoked by the sound of music: Characterization, classification, and measurement. *Emotion*, 8(4), 494–521.

Hauke Egermann, M. A., Institut für Musikphysiologie und Musikermedizin,
Hochschule für Musik und Theater Hannover, Hohenzollernstraße 47,
30161 Hannover,
E-mail: hauke@egermann.net

Affektregulierung als Ziel der musiktherapeutischen Arbeit mit Borderline-Patienten im Rahmen der Dialektisch-Behavioralen Therapie*

Emotion Regulation in Music Therapy with Borderline Patients in the Context of the Dialectical Behavioral Therapy

Angela Knoche, Klingenmünster

Dieser Artikel taucht tief in die Welt der Verhaltenstherapie ein. Im Spannungsfeld zwischen tiefenpsychologisch orientierter Musiktherapieausbildung und den Rahmenbedingungen einer störungsspezifischen, manualisierten Psychotherapie auf verhaltenstherapeutischer Basis versucht er, den Leser auf einem Stück ungewöhnlichen Weges musiktherapeutischer Identitätssuche zu begleiten. Dabei werden konzeptionelle Probleme relevant, die sich sowohl aus dem Krankheitsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung, als auch aus der zugrunde liegenden Therapieform ergeben. Einerseits erfordern die besonderen Bedürfnisse der als emotional instabil bezeichneten Patienten auch besondere Bedingungen für ihre Therapie. Andererseits basiert die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) im Vergleich mit der traditionell tiefenpsychologischen bzw. humanistisch-integrativen Ausrichtung der Musiktherapie auf weitgehend konträren Sichtweisen, was Genese und Behandlung dieser Persönlichkeitsstörung betrifft.

Die Autorin hat die Erfahrung gemacht, dass eine intensive Beschäftigung mit den Theorien der DBT zwar eine durchaus anstrengende intellektuelle Herausforderung sein kann, dabei aber eine enorme Bereicherung darstellt.

Anhand der hier vorgestellten, speziellen Thematik, der Arbeit an der problematischen Affektregulation der Borderline-Patienten mit musiktherapeutischen Methoden, zeigt sie, wie Musiktherapie auch unter einem anderen als dem tiefenpsychologischen Paradigma funktionieren kann. Dabei wird manche herkömmliche, musiktherapeutische Maxime vor dem Hintergrund dieses ganz speziellen Arbeitsgebiets in Frage gestellt, wobei auch eine gewisse Polarisierung nicht immer vermieden werden kann. Schließlich lässt sich der immer noch virulente Schulenstreit zwischen Tiefenpsychologie und Verhaltenstherapie auch aus der Musiktherapie nicht gänzlich heraushalten.

Als optimale Herangehensweise an den folgenden Artikel empfiehlt die Autorin jedenfalls eine innere Haltung ganz im Sinne der DBT: objektiv und – zumindest zunächst – frei von Bewertungen.

* In dieser Arbeit wurde aus Gründen der besseren Lesbarkeit für die Borderline-Patienten die feminine Form gewählt, da es sich bei der besprochenen Klientel in der Mehrzahl um weibliche Patientinnen handelt. Die männliche Form ist dabei stets mitgedacht worden.

This article closely examines the world of behavior therapy. Set between the contrasting areas of music therapy training based on depth psychology and disorder-specific, manual-based behaviorally founded psychotherapy, an attempt is made to accompany the reader on a unique path in search of music therapy identity. Conceptual problems are presented, relevant to both the overall view of borderline personality disorder as well as the specific type of therapy presented here. On the one hand, the particular needs of these so-called „emotionally instable“ patients require therapeutic conditions that are also particular in nature. On the other hand, dialectical behavioral therapy (DBT) is based upon views contrary to those found within traditional psychotherapeutic and humanistic oriented music therapy approaches, especially with regard to the origin and treatment of this personality disorder.

The author personally experienced how intense occupation with DBT theories is, in effect, a difficult intellectual challenge while, at the same time, enormously rewarding. By applying music therapy methods when working with the problematic affect regulation of borderline patients, the author demonstrates how music therapy can also function under a paradigm differing from depth psychology. Several traditional music therapy maxims are questioned before the background of this specific area of field work, in the course of which a certain degree of polarisation cannot be entirely avoided. Consequently, the still ongoing virulent dispute between psychoanalysis and behavior therapy extends its influence on music therapy.

As an optimal approach to the following article, the author recommends a non-judgemental attitude, similar to that found in DBT.

Keywords: Dialektisch Behaviorale Therapie – Borderline-Persönlichkeitsstörung – Affektregulation – Achtsamkeit – Emotionsidentifikation

„In einer Gruppe soll ich sagen, wie ich mich fühle. Ich sage, dass ich das nicht weiß, und spüre das Unverständnis der anderen. Ich versuche, es zu erklären, aber ich werde dabei immer konfuser und komme mir dann selbst völlig ungläubwürdig vor.

Ich zweifle oft an meiner Wahrnehmung und weiß nicht, ob es wirklich stimmt, dass ich mich sehr schlecht fühle. Auch wenn ich körperliche Schmerzen habe, denke ich manchmal, dass ich sie mir vielleicht nur einbilde.“ (Anders 1999, S. 59)

Der Zustand, den Berit Anders in ihrem berührenden Bericht *Ich heiße Berit und habe eine Borderline Störung* hier beschreibt, könnte stellvertretend für das Gefühl der Ohnmacht unzähliger Borderline-Patientinnen stehen, die in ihrer Therapie aufgefordert werden, über sich selbst und ihre Emotionen zu sprechen. Gerade die Heftigkeit der aversiven Emotionen und die schnell wechselnden, extremen Stimmungslagen der Borderline-Betroffenen mit ihren oft gefährlichen Konsequenzen machen aber therapeutische Bemühungen gerade auf diesem schwierigen Gebiet unumgänglich. Nur, wie mit Gefühlen arbeiten, wenn das Sprechen darüber unmöglich erscheint? Wenn das Empfinden dieses Unvermögens sogar erneut schwerwiegende Insuffizienzgefühle und Versagensängste auslöst, die dann

wiederum zu dissoziativen Zuständen von Sprachlosigkeit oder impulsgeleiteten Therapieabbrüchen führen können?

Bietet sich die Nutzung der sogenannten nonverbalen Methoden in der Therapie hier nicht geradezu an, um diesen Teufelskreis zu durchbrechen? Besonders die Anwendung der Musiktherapie, die ja für sich den Anspruch erhebt, mit ihrem besonderen Medium Musik eine „Sprache vor der Sprache“ (Frohne-Hagemann 2006, S. 288) zur Verfügung zu haben, die gerade Patienten mit Persönlichkeitsstörungen besser erreichen könne? Schließlich knüpfe sie an frühe, nonverbale Kommunikationsformen zwischen Mutter und Kind an und komme insofern Patienten mit frühen Störungen, also auch den Borderline-Patientinnen mehr entgegen als die eigentliche Sprache.

Auch in der alltäglichen Praxis machen Musiktherapeuten in multiprofessionellen Teams die Erfahrung, Patienten mit der pauschalen Indikation „Schwierigkeiten im Gefühlsbereich“ überwiesen zu bekommen: „Patient X kommt an seine Gefühle nicht heran“, „Patientin Y muss ihre Wut herauslassen“ sind typische klinische „Arbeitsaufträge“ an Musiktherapeuten im klinischen Setting, zunächst ungeachtet der jeweiligen Diagnose.

Dass auch Borderline-Patientinnen in psychiatrischen Kliniken in der Musiktherapie behandelt werden, zeigte bereits eine Umfrage von Engelmann (1995). Sie würden allerdings hauptsächlich in kleineren Kliniken im Gegensatz zu den großen psychiatrischen Akutkrankenhäusern an der Musiktherapie teilnehmen. Es lässt sich dieser Studie allerdings keine spezielle Indikation entnehmen, die u. a. im problematischen Umgang dieser Patientinnen mit ihren Gefühlen bestehen könnte. Man könnte es als naheliegend ansehen, diese affektilabilen Menschen besonders häufig in die Musiktherapie zu überweisen, da Musik und Gefühle auch im Alltagsverständnis der meisten Menschen miteinander in Verbindung gebracht werden.

Aber wie könnte eine solche Behandlung in der musiktherapeutischen Praxis aussehen? Was genau kann die Musiktherapie auf dem hochkomplexen Gebiet der Arbeit an den Emotionen in der Borderline-Therapie wirklich beitragen? Was ist bisher zu diesem Thema bereits untersucht und geschrieben worden?

Um Fragen wie diese wird es in dem vorliegenden Artikel gehen. Bei dieser zentralen Thematik, der musiktherapeutischen Arbeit mit den borderlinetypischen Emotionen, wird allerdings die Frage nach einer möglichen Integration der Musiktherapie in das störungsspezifische Therapieverfahren der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) im Mittelpunkt stehen. Dieses von der US-amerikanischen Psychotherapeutin Marsha Linehan erarbeitete Therapiemanual für die Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung basiert hauptsächlich auf verhaltenstherapeutischen Konzepten und erscheint somit für die meist tiefenpsychologisch orientierten ausgebildeten Musiktherapeuten zunächst einmal als „wesensfremd“. Dennoch wird in der hier vorliegenden Arbeit die Hypothese aufgestellt, dass die Musiktherapie auch die grundsätzlich verhaltenstherapeutisch orientierte Arbeit an der Affektregulierung bei Borderline-Patientinnen unterstützen kann.

Die hier angestellten Überlegungen basieren auf Erfahrungen, die ich als Musiktherapeutin während meiner nun dreijährigen Tätigkeit auf einer auf die Borderline-Behandlung nach dem DBT-Modell spezialisierten Station eines psychiatrischen Klinikums machen konnte. Es handelte sich damals um ein zunächst versuchsweise eingerichtetes Projekt: *Musiktherapie als Zusatz zur DBT*. Mir wurde zu Beginn meiner Arbeit vorgeschlagen, ein musiktherapeutisches Konzept in Anlehnung an die DBT zu erarbeiten, das sich selbstredend im Laufe der Zeit verändert und verfeinert hat. Die Thematik des vorliegenden Jahrbuchs nehme ich nun zum Anlass, die Bedeutung der Musiktherapie in diesem Behandlungssetting zu reflektieren. Das Projekt ist aufgrund der noch kurzen Laufzeit und mangels empirischer Messungen von Ergebnissen noch weit davon entfernt, eine signifikante und valide Aussage zur Effizienz der Musiktherapie im Sinne der Therapieforschung machen zu können. Die bisherigen Erfahrungen mit der musiktherapeutischen, emotionsbezogenen Arbeit auf der DBT-Station erlauben aber erste positive Rückschlüsse und haben mich zur Veröffentlichung angeregt.

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung

Zunächst soll hier für die später folgende Diskussion möglicher musiktherapeutischer Ansätze bei der Arbeit mit den borderlinetypischen Emotionen eine Basis für das Verständnis der Rolle gerade dieser Emotionen im Zusammenhang mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) gelegt werden.

Die besondere Bedeutung emotionaler Faktoren bei der BPS zeigt sich in den Theorien für deren Entstehung, Aufrechterhaltung und psychotherapeutische Behandlung.

Bei den Erklärungsmodellen der für die DBT relevanten wissenschaftlichen Arbeitsgruppen steht, im Gegensatz zu psychoanalytisch orientierten Autoren, eine *Affektregulationsstörung* im Zentrum (siehe z. B. Bohus 2002, Bohus, Stieglitz, Fiedler et al. 2004, Sendera und Sendera 2005). Alle weiteren klinischen Auffälligkeiten der BPS, wie sie beispielsweise als diagnostische Kriterien im DSM-IV niedergelegt sind, seien lediglich als Sekundärmerkmale dieser Fehlfunktionen zu sehen. Linehan selbst postulierte zunächst eine biosoziale Theorie der Persönlichkeitsorganisation, wonach die Fehlregulierung des emotionalen Systems „... als Folge biologischer Unregelmäßigkeiten in Kombination mit bestimmten dysfunktionalen Umweltbedingungen sowie deren Interaktion und Transaktion im Laufe der Zeit“ gesehen werde (Linehan 1996, S. 32). Die gestörte Affektregulation basiere auf einer gesteigerten emotionalen Verwundbarkeit, aber auch auf der ungenügend entwickelten Fähigkeit, Gefühle zu steuern. Emotionale Stimuli würden aufgrund der angeborenen, hohen Sensitivität der Betroffenen als besonders heftig wahrgenommen und mit überschießenden Gefühlen beantwortet. Danach werde wiederum außergewöhnlich viel Zeit benötigt, um zu einem ausgeglichenen emotionalen Niveau zurückzukehren.

Die psychosozialen Einflüsse, die im Zusammenspiel mit dieser emotionalen Vulnerabilität die Entstehung einer BPS begünstigen, wurden von Linehan in einem sogenannten *invalidierenden* familiären Klima für das heranwachsende Kind gesehen: Eltern bzw. primäre Bezugspersonen behandeln hier emotionale Äußerungen des Kindes nicht adäquat: „In einer entwertenden Umgebung wird auf das Mitteilen von persönlichen Erfahrungen und Gefühlen in unangemessener, sprunghafter und extremer Weise reagiert. Das Mitteilen persönlicher Erfahrungen wird demnach also nicht ernst genommen, sondern stattdessen häufig bestraft und/oder trivialisiert. Das Erleben schmerzlicher Gefühle sowie die Faktoren, die die betroffene Person für die Ursachen dieser Gefühle hält, werden ignoriert. Die Interpretationen des eigenen Verhaltens, die wahrgenommenen Absichten und Motive für das eigene Verhalten werden als falsch zurückgewiesen.“ (Linehan 1996, S. 38) Diese Invalidierung des Kindes habe weitreichende Folgen: das Kind könne unter diesen Umständen nicht lernen, seine an sich authentischen Gefühle zu erkennen und benennen, da sie als „falsch“ zurückgewiesen würden. Fatal ist, dass Linehan zufolge auch positive Empfindungen, Gefühlsäußerungen, Überzeugungen und Pläne beispielsweise als naiv oder unreif abgewertet werden könnten. Das betroffene Kind werde so kein Vertrauen in seine eigenen Empfindungen und sich selbst entwickeln können. Daneben werde es aber auch nicht in der Lage sein, hohe affektive Erregungszustände in angemessener Weise herunterzuregulieren, da in seinem Umfeld niemand willens sei, ihm bei der Kontrolle von aversiven Gefühlszuständen behilflich zu sein. Stattdessen würde aber absolute Kontrolle und Selbstbeherrschung einfach verlangt. Das mit seinen Gefühlen so alleingelassene Kind habe nun die Wahl zwischen der Verleugnung seiner eigenen emotionalen Wahrnehmung und Unterdrückung der Gefühle, oder aber einer Herausbildung extremer Gefühlszustände und Verhaltensweisen, die zumindest die erwünschte Aufmerksamkeit zur Folge haben. „Das Kind schwankt somit zwischen den borderline-typischen Extremen der Gefühlshemmung oder des extremen Emotionsausdrucks.“ (Veselinovic, Louis, Himmerich 2008, S. 468) Aus lerntheoretischer Sicht dient die so provozierte Aufmerksamkeit der Bezugspersonen als negativer Verstärker. Auf dem Boden nötiger Kompensationsversuche für die defizitäre emotionale Entwicklung könnten so pathologische Verhaltensmuster wie impulsives, selbstschädigendes und auch suizidales Verhalten entstehen. Ebenso sei die natürliche Identitätsentwicklung gestört, die ein beständiges und emotional authentisches Gegenüber benötigt. Auch das Erlernen funktionaler zwischenmenschlicher Verhaltensweisen und der Aufbau stabiler Beziehungen sind stark beeinträchtigt.

An diesem Punkt wird der Unterschied der biosozialen Theorie Linehans zum psychoanalytischen Entstehungsmodell beispielsweise Kernbergs mehr als offensichtlich: nach Bohus (1996) stehe dort die Beziehungsstörung von Borderline-Patientinnen im Vordergrund, während in der DBT diese „nur“ als dysfunktionaler Kompensationsversuch der primären Affektregulationsstörung definiert werde. Bohus beruft sich dabei auf die empirisch fundierte Emotionsforschung und den in diesem Zusammenhang immer wieder zitierten Autor Lazarus (1991), dessen Kon-

zepten zufolge Emotionen die Basis für intrapsychische und interaktive Regulationsprozesse darstellten: „Während im Säuglingsalter die Äußerung von Affekten zur lebensnotwendigen Steuerung des Verhaltens der Mutter dient, gewinnen im späteren Lebensalter Emotionen eine zentrale Bedeutung für die Handlungssteuerung des Individuums im sozialen Umfeld.“ (Bohus und Berger 1996, S. 913)

In den letzten Jahren wurde die biosoziale Theorie Linehans weiter ergänzt und differenziert. Bohus konnte die zunächst rein auf klinischen Beobachtungen basierende Theorie auch empirisch-wissenschaftlich untermauern: die Studien seiner Arbeitsgruppe zeigen, dass „... Patientinnen mit BPS im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen signifikant häufiger, länger und intensiver aversive Anspannung erleben, jedoch Schwierigkeiten haben, dabei Emotionen zu differenzieren.“ (Bohus 2002, S. 14)

Extreme Fälle psychosozialer Faktoren, die für die Entstehung einer BPS relevant sein können, stellen körperliche und/oder sexuelle Gewalterfahrungen dar. Linehan bezeichnet sexuellen Missbrauch, den ein Großteil der späteren Borderline-Patientinnen erlitten haben, als deutlichstes Beispiel für Invalidierung. Bei Traumatisierungen werden die Opfer Erfahrungen außerordentlicher Bedrohung und völliger Ohnmacht ausgesetzt. Gleichzeitig haben die missbrauchstypischen emotionalen Folgen von Trivialisierung und Geheimhaltung der Tat und der damit verbundenen Gefühle für das Opfer verheerende Konsequenzen für die Entwicklung einer differenzierten Affektwahrnehmung und -regulierung. Die auch physiologisch nachweisbaren Folgen von Hochstresssituationen auf Morphologie und Funktionen der emotionalen Zentren des Gehirns haben die neurobiologisch orientierten Arbeiten der Traumaforschung eindrücklich gezeigt (s. z. B. Flatten 2003, Grawe 2004, Rüegg 2003). Trotz der klinisch auffälligen, hohen Anzahl sexuell traumatisierter BPS-Patientinnen könne laut Bohus, Stieglitz, Fiedler et al. (2004) ein direkter kausaler Zusammenhang zwischen Missbrauch und der Entstehung einer BPS nicht nachgewiesen werden. Weder sind alle Patienten mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung auch (sexuell) traumatisiert, noch entwickeln im Umkehrschluss alle von Gewalterfahrung Betroffenen später eine Borderline-Störung. Sexuelle und/oder körperliche Gewalt seien dagegen empirisch gesicherte Risikofaktoren für die weitere pathologische Entwicklung (siehe hierzu auch Dulz und Jensen 2000).

Bohus und Berger führen in diesem Zusammenhang einen weiteren Punkt der offensichtlichen Divergenz psychoanalytischer und DBT-orientierter Sichtweisen auf die Genese einer BPS an: Sie beschreiben die komplizierte emotionale Beziehung zwischen Opfer und Täter, die meist aus dem gleichen sozialen Umfeld stammen. Das Opfer richte aufgrund vielfältiger Abhängigkeiten vom Täter Gefühle wie Ekel, Wut, Scham und Hass gegen sich selbst, was sich im weiteren Verlauf in beispielsweise selbstverletzendem Verhalten niederschlagen könne. „Mit Hilfe von Negation und Verkehrung der eigenen Gefühle kann das Opfer sich auch eine Erklärung für die Taten liefern: nimmt es sich selbst als böse, ekelregend und schuldig wahr, so erhält der Mißbrauch seine subjektive Berechtigung.“ (Herman zit. in Bohus und Berger 1996, S. 914) Wieder werden also auch in diesen extremen Fällen berechtigte,

heftige Emotionen umgedeutet, die Betroffene invalidiert sich quasi selbst. Diese Prozesse und Verhaltensweisen würden dagegen in psychoanalytischen Fachkreisen meist als „unreife Abwehrmechanismen“, z. B. projektive Identifizierung und Spaltung gewertet. Gemäß der Theorie Linehans handele es sich vielmehr um essentielle Überlebensstrategien des Opfers zur Zeit der Traumatisierung, die allerdings später die Entwicklung gesunder Mechanismen zur Spannungs- und Stresstoleranz verhinderten. Auch der ursprünglich an der klassischen Psychoanalyse orientierte heutige Experte für Traumatherapie Ulrich Sachsse wendet sich gegen eine Sichtweise, die die BPS als „... Fixierung auf der Stufe eines normalen Entwicklungsschritts der Kleinkindentwicklung, nämlich der Wiederannäherungsphase mit seinem Persistieren der seelischen Organisation durch Spaltungsmechanismen“ definiert. „Borderlinepatienten wären demnach seelisch Retardierte.“ (Sachsse 1995, S. 51) Man werde dieser Patientengruppe viel eher gerecht, wenn man sie vor dem Hintergrund traumatischer Erfahrungen behandle, mit den nötigen Konsequenzen für therapeutische Methodik und Haltung.

Zusammengefasst lässt sich also Folgendes festhalten: Autoren aus dem wissenschaftlichen Umfeld der dialektisch-behavioralen Therapie, allen voran Martin Bohus als ihr Pionier in Deutschland, betrachten die emotional instabile Persönlichkeitsstörung auf der Basis eines neurobehavioralen Entstehungsmodells: danach ist eine Kombination aus neurobiologischer Prädisposition und psychosozialen Erfahrungen für die Entstehung der als zentral angesehenen Affektregulationsstörung verantwortlich. Gesteigerte emotionale Vulnerabilität trifft hierbei auf eine invalidierende Umgebung, (emotionale) Vernachlässigung und möglicherweise traumatische Erfahrungen von körperlicher und/oder sexueller Gewalt. Als Konsequenz sind Wahrnehmung, Differenzierung und Steuerung von Affekten gestört, was wiederum weitere wichtige Bereiche der Persönlichkeitsentwicklung entscheidend beeinträchtigt und zur Herausbildung der Borderline-Symptomatik führt.

Die besondere Rolle, die die gestörte Gefühlswelt von Borderline-Betroffenen aus dem Blickwinkel der DBT für Ätiologie und Aufrechterhaltung der BPS spielt, dürfte hiermit deutlich geworden sein.

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

Für das weitere Verständnis ist die Darstellung der wesentlichsten Aspekte der DBT vonnöten.

Nachdem Borderline-Patienten lange Zeit als psychotherapeutisch unbehandelbar betrachtet wurden, entwickelten sich in den 90er Jahren im angloamerikanischen Raum störungsspezifische Verfahren in manualisierter Form sowohl auf verhaltenstherapeutischer (DBT) als auch auf psychodynamischer Grundlage (Übertragungsfokussierte Therapie nach Kernberg, TFP). Schauenburg und Broda (2007) zeichnen anschaulich die weitere Entwicklung in der psychotherapeutischen Szene

nach und sprechen von einer „kreativen Explosion“, ausgelöst durch die Auseinandersetzung der verschiedensten Therapieschulen mit diesen Manualen. Mittlerweile könnten bereits die Erfolge dieser Entwicklung abgeschätzt und Differenzierungen integriert werden. Die Grundlagen allerdings sind seit der ersten Veröffentlichung des englischen Originals Marsha Linehans (*Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, 1993, New York) unverändert. Wie in der Bezeichnung bereits ersichtlich, basiert sie auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Konzepten und Methoden, allerdings erweitert durch Prinzipien der Dialektik als ursprünglich philosophischem Konzept und unterstützt durch Methoden der Achtsamkeitsmeditation aus den spirituellen Traditionen des Buddhismus. Dialektische Gedankengänge ziehen sich wie ein roter Faden durch das Konzept der DBT:

Einerseits helfen sie, die spezifische Erlebensweise von BPS-Patientinnen zu verstehen. Demnach erfahren die Betroffenen ihre Umgebung als von Gegensätzen beherrscht und entwickeln ein rigides, aber für die BPS typisches Schwarz-Weiß-Denken. Eine Veränderung dieser eingeschränkten Wahrnehmung der Umgebung und von sich selbst erscheint ihnen zunächst unvorstellbar. Diese Dichotomie, entsprechend den dialektischen Begriffen „These“ und „Antithese“ zu überwinden und zu einer „Synthese“ oder auch Integration zu gelangen, ist ein Ziel der DBT. Andererseits muss aber auch die therapeutische Haltung von Dialektik geprägt sein: Therapeutinnen müssen eine Balance zwischen mitfühlendem Verständnis der Probleme ihrer Patientinnen und dem Einfordern von Veränderungswillen und -strategien finden. Für letztere stehen verhaltenstherapeutische Standardmethoden wie kognitive Umstrukturierung, Kontingenzmanagement und das Training neuer Fertigkeiten zur Verfügung.

Eine Metapher Linehans zur Dialektik wird oft zitiert:

„Die Patientin und ich stehen auf einer Wippe einander gegenüber; die Fläche der Wippe verbindet uns miteinander. Die Therapie ist wie das Auf und Ab der Wippe, bei dem die Patientin und ich ständig vor und zurück rutschen und versuchen, die Balance zu halten, um gemeinsam zur Mitte zu gelangen und sozusagen auf eine höhere Ebene klettern zu können. Dort beginnt derselbe Ablauf von vorne: wir sind auf einer neuen Wippe und versuchen erneut, in die Mitte zu gelangen und auf die nächste Ebene aufzusteigen und so weiter. Während die Patientin auf der Wippe vor und zurückrutscht, vom Ende in die Mitte und von der Mitte an das Ende, bewege ich mich ebenfalls, um die Balance zu halten.“ (Linehan 1996, S. 23)

Ein wichtiger Aspekt dieser therapeutischen Haltung und Strategie wird von Linehan *Validierung* genannt und befindet sich auf der akzeptierenden und verständnisvollen Seite der „Wippe“. Damit wendet sich Linehan von einer rein defizit-orientierten Sichtweise der BPS ab, indem sie auch in den dysfunktionalen Verhaltensweisen und Einstellungen einen funktionalen Kern entdecken kann, und diesen nicht nur in der Vergangenheit vermutet, sondern auch in der jetzigen Situation: „Anstatt die Berechtigung für das aktuelle Verhalten der Patientin in ihrer Lerngeschichte zu suchen, begann ich, sie in der Gegenwart zu suchen, und auch zu finden. Die Vorstellung führte also zu weit mehr als bloßem Verständnis für die Patientin;

Validierung (also eine Bestätigung der Berechtigung der Gefühle und Gedanken der Patientin) ist heute zentraler Bestandteil der DBT. Dieselbe Idee führte mich zu dem Konstrukt des ‚*wise mind*‘ (etwa: innere Weisheit), bei dem der Schwerpunkt auf der intuitiven Weisheit der Patientinnen liegt. Die DBT geht davon aus, daß jede Person Weisheit in Bezug auf ihr eigenes Leben besitzt, wenn diese Fähigkeit auch nicht immer offensichtlich oder zugänglich ist.“ (Linehan 1996, S. 25)

Die Haltung, die der Therapeut in der DBT einnimmt, ähnelt insgesamt der eines Coaches, der die Patientin positiv unterstützt und wohlwollend fordert. „Cheerleading“ nennt Linehan entsprechende Ansporn-Strategien. Einen wichtigen Unterschied zur psychodynamischen Sichtweise beschreiben Senders und Senders (2005): intrapsychische Konflikte und deren Deutung stellten nicht den Kern der therapeutischen Interventionen dar, woraus folge, dass auftretende Konflikte in der therapeutischen Beziehung zwar angesprochen, aber nicht gedeutet würden.

DBT-spezifisch ist wiederum die Hierarchisierung der Therapieziele: an oberster Stelle steht immer die Reduzierung suizidalen und selbstverletzenden Verhaltens. Dies bedeutet, dass alle anderen Therapieziele im Falle sich andeutender Suizidalität zurückgestellt werden. Zweites Ziel in der Hierarchie ist die Reduktion therapiegefährdender Verhaltensweisen, gefolgt von der Reduktion von Verhalten, das die Lebensqualität einschränkt. Im Rahmen dieser vorgegebenen Struktur werden die einzelnen Ziele von Patientin und Bezugstherapeuten gemeinsam erarbeitet und individuell formuliert.

Das ursprüngliche Manual (Linehan 1996a) bezieht sich auf eine einjährige ambulante Behandlung und beinhaltet wöchentliche Einzeltherapie, ein sogenanntes Skills-Training in der Gruppe, telefonische Beratung in Krisenfällen und Supervisionsgruppen für das behandelnde Team. Abwandlungen dieses Settings für eine DBT unter stationären Bedingungen werden vor allem in Deutschland umgesetzt, da sich bisher noch zu wenig ambulante Netzwerke ausgebildeter DBT-Therapeuten bilden konnten und derart intensive Behandlungsformen mit Kombinationen aus Einzel- und Gruppentherapien von den Kostenträgern nicht erstattet werden. Die stationäre DBT, wie sie nun in meinem eigenen Arbeitsbereich angewendet wird, musste entsprechend modifiziert werden und orientiert sich an dem in Freiburg von der Arbeitsgruppe um Martin Bohus erarbeiteten Modell. Auch hier steht die regelmäßige psychotherapeutische Einzelsitzung mit dem Bezugstherapeuten im Zentrum. Begleitet wird sie von verschiedenen, wöchentlich stattfindenden Gruppentherapien mit psychoedukativer Zielsetzung bzw. Trainingscharakter. Die Patientinnen werden zu „Expertinnen“ ihres Störungsbildes gemacht, was sich eindeutig positiv auf die Motivation für die oft schwer durchzuhaltende Therapie auswirkt.

Besonders hervorzuheben ist dabei die sogenannte „Skillsgruppe“, in der neue Fertigkeiten (Skills) für ein funktionales Verhalten gelehrt und geübt werden. Sie basiert auf vier Modulen, dem Achtsamkeitstraining, der Erarbeitung von Skills für eine verbesserte Stresstoleranz bzw. Emotionsregulation und dem sozialen Kompetenztraining.

Die Therapiedauer beträgt im Regelfall zwölf Wochen und unterteilt sich in drei Phasen: in Phase I steht noch die Diagnostik im Mittelpunkt sowie die Erarbeitung von Übersichten der individuellen Symptomatik. Erste Verhaltensanalysen werden von der Patientin angefertigt und Ziele erarbeitet. Am Ende dieser zwei- bis dreiwöchigen Phase stellt die Patientin eine Liste ihres Problemverhaltens, die Therapieziele und eine Verhaltensanalyse dem Team vor. Dabei wird eine gemeinsame Entscheidung über den Eintritt der Patientin in die nächste Phase getroffen.

Der Therapieplan verdichtet sich in Phase II, in der die Patientinnen in die Skillsgruppe eingegliedert werden.

Der Übergang in die zwei- bis dreiwöchige dritte Phase erfolgt fließend: hier steht die Planung und Vorbereitung der Entlassung im Vordergrund. Das Umsetzen des Erlernten im heimischen Umfeld und die Krisenvorsorge werden auch in Belastungserprobungen bereits geübt. Die ambulante therapeutische Weiterversorgung wird geklärt, wobei einige Patientinnen auch von dem Angebot Gebrauch machen, den Besuch der Skillsgruppe ambulant fortzusetzen.

Die ersten Wirksamkeitsstudien für die DBT beziehen sich noch auf das ambulante Setting in den USA. Bohus und Höschel (2006) geben eine Übersicht über neun wissenschaftliche Arbeiten, die allesamt die Effektivität dieser intensiven Behandlungsform und ihre Überlegenheit über Standardtherapieverfahren oder borderlinespezifische Methoden anderer Therapieschulen nachweisen. Auch erste Wirksamkeitsnachweise über die stationäre DBT liegen bereits vor. Bohus (2007) erwähnt u. a. zwei Studien seiner Freiburger Arbeitsgruppe, die in ihrer Effizienz der ambulanten Therapieform Linehans nicht nachstünden.

Nach dieser zwangsläufig knappen Einführung in das Konzept der DBT wird nun die zentrale Frage nach einer sinnvollen Integration der Musiktherapie diskutiert werden, vor allem was ihre besonderen Möglichkeiten der Arbeit mit der borderlinespezifischen Affektregulationsstörung angeht.

Musiktherapie und Dialektisch-Behaviorale Therapie

Meine ersten Monate auf der Borderline-Station waren gekennzeichnet von Hospitation in den DBT-Gruppen, Literaturstudium und Gesprächen mit den für das Konzept verantwortlichen Mitarbeitern. Als Musiktherapeutin mit tiefenpsychologisch geprägter Ausbildung tauchte ich in eine faszinierende Welt ein, die aber mit den bekannten musiktherapeutischen Theoriegebäuden kaum zu vereinbaren schien. Gleichwohl beeindruckte mich anfangs allein schon die sachliche und konstruktive Arbeitsatmosphäre in den Gruppen. Das Ringen der Patientinnen um Veränderungen offenbarte dabei eine Tiefe der Auseinandersetzung mit den persönlichen Themen, die nicht mit den gängigen Vorurteilen gegenüber der vermeintlich oberflächlichen Verhaltenstherapie unter einen Hut zu bringen war. Das klar

strukturierte, integrative Therapiekonzept überzeugte mich schnell angesichts der sichtbaren therapeutischen Erfolge bei diesen als so „schwierig“ bekannten Patientinnen und veranlasste mich zu intensivem Suchen nach immer neuen Anpassungsmöglichkeiten der musiktherapeutischen Methodik.

Die Patientinnen, die die DBT durchlaufen, haben in der Regel bereits zahlreiche, unterschiedliche Therapieversuche und stationäre Kriseninterventionen hinter sich. Ihre soziale Situation ist häufig desolat: Arbeitslosigkeit, Hartz IV, abgebrochene Ausbildungen, soziale Isolation und komplizierteste private Beziehungsverhältnisse dominieren das Leben der meist noch jungen Patientinnen. Permanente Suizidalität und Selbstverletzungen bestimmen dabei oft den Alltag. In diesem Sinne sind die primären therapeutischen Ziele der stationären DBT für diese Patienten zunächst an Lebenserhaltung und psychischer Stabilisierung orientiert, um eine Basis für eine langfristige Verbesserung ihrer sozialen Integration mit Berufstätigkeit oder -ausbildung legen zu können. Die Befähigung zu einem Leben außerhalb der Klinik und damit auch zur ambulanten Weiterführung der Psychotherapie soll erlangt werden. Neben den essentiellen Stresstoleranz-Skills und einer generellen Stärkung des Überlebenswillens wird dabei das Erlernen eines neuen Umgangs mit ihrer Emotionalität für die BPS-Patientinnen unerlässlich.

Bei der Entwicklung eines Musiktherapiekonzeptes, das hier unterstützend ansetzen könnte, habe ich mich von der

Hypothese leiten lassen, dass die Musiktherapie durch ihre Handlungs- und Erlebnisorientierung wertvolle Möglichkeiten zur Vertiefung des Therapiematerials schaffen könne. Dass eine grundsätzlich „aufdeckende“ und „konfliktzentrierte“ musiktherapeutische Arbeit im herkömmlichen, also tiefenpsychologischen Sinn in der DBT keinen Platz haben könnte, erschien mir im Zuge der Auseinandersetzung mit diesem Konzept schnell ersichtlich. Dagegen habe ich mich strikt an die Vorgaben der einzelnen Module des DBT-Manuals gehalten und musiktherapeutische Methoden entsprechend angepasst, wo dies möglich und erfolgversprechend wirkte. Heute kann ich rückblickend sagen, dass sich der thematische Schwerpunkt meiner Arbeit deutlich verschoben hat: Zunächst hatte ich den Fokus auf eine noch der Tiefenpsychologie geschuldeten Beziehungsorientierung gelegt und mich dabei an das Modul „Zwischenmenschliche Fertigkeiten“ angelehnt. Mittlerweile konzentriere ich mich eindeutig auf die Arbeit an der Emotionsregulation in Verbindung mit dem Modul Achtsamkeit. Dies hat mich schließlich auch zum hier vorliegenden Artikel angeregt.

Rahmenbedingungen, Struktur und therapeutische Haltung

Bisher findet die Musiktherapie als reine Einzeltherapie statt. Pro Woche erhalten die Patientinnen zweimal die Gelegenheit zu einem Termin, der in der Regel ca. eine halbe Stunde in Anspruch nimmt. Die Patientinnen nehmen diese zeitliche

Planung erfahrungsgemäß gerne an und registrieren mit einer gewissen Erleichterung, dass sie alleine kommen können und nicht zu lange bleiben müssen. Anspannungsphänomene, die gerade bei neuen und schwer einschätzbaren Situationen typischerweise besonders stark auftreten, sind so besser steuerbar. Auch bildet sich durch das zweimalige, wenn auch kürzere Treffen relativ schnell eine stabile therapeutische Beziehung.

Hat sich die Patientin nach Vorgespräch und Probestunde für eine Teilnahme an der Musiktherapie entschieden, ist der Besuch der Stunde wie der aller anderen angesetzten Therapien verpflichtend. Werden Termine beispielsweise vergessen oder ohne Entschuldigung aus anderen Gründen nicht wahrgenommen, wird nach einem festgelegten Prozedere verfahren. In einer schriftlichen Verhaltensanalyse arbeitet die Patientin die Gründe für dieses sogenannte therapieschädigende Verhalten auf und sucht nach sinnvolleren Verhaltensweisen. Diese Verbindlichkeit hält Therapieausfälle auch in der Musiktherapie äußerst gering.

In der Regel werden die Patientinnen in etwa zum Zeitpunkt ihres Übergangs in die zweite Therapiephase in die Musiktherapie überwiesen. Sie können bereits erste, mit den Bezugstherapeuten erarbeitete Listen mit Symptomen, Problemverhaltensweisen und Therapiezielen vorlegen. Auch sind bereits erste Versuche unternommen worden, dissoziative Phänomene und Selbstverletzungstendenzen durch Einsatz von Skills in den Griff zu bekommen.

Diese Grundlagen kann ich selbstverständlich auch in der Musiktherapie nutzen. In einem obligatorischen Vorgespräch kann ich mir die Listen zeigen lassen, mich über möglicherweise hilfreiche Skills für Notfälle, die sich schließlich auch in der Musiktherapie ereignen können, und die individuellen Therapieziele informieren. Gemeinsam können die Patientinnen und ich besprechen, welche Ziele sich auch für die Musiktherapie eignen und wo wir einen Startpunkt setzen wollen. „Besserer Umgang mit meinen Gefühlen“ steht so gut wie immer in der einen oder anderen Variation auf der Zielliste der Patientinnen.

In dieser klaren Zielorientierung offenbart sich bereits wieder ein grundlegender Unterschied zur psychoanalytisch geprägten Arbeitsweise, bei der sich innerhalb der therapeutischen Beziehung und bei einer dem Prozess gegenüber offenen Haltung die jeweiligen Themen erst allmählich zeigen. Im Kontext der DBT nehme ich dagegen auch als Musiktherapeutin eine sehr viel strukturierendere und dadurch auch direktivere Haltung ein. Die vielfach gerade in der Anfangsphase der Therapie von starken Angst- und Schamgefühlen gequälten Patientinnen werden so deutlich entlastet: die Sicherheit durch den von außen gesetzten Rahmen und die Transparenz der gemeinsam beschlossenen Ziele überträgt sich auch auf sie und lässt sie sich schneller auf die Inhalte konzentrieren. Auch Stiglmayr, Bohus und Schehr (2002) sprechen in ihrer Darstellung der therapeutischen Haltung im Rahmen der Skills-Gruppe von einem „Teachingcharakter“, der unter bewusster Abkehr gruppenspezifischer Prozesse den Schwerpunkt auf reine Vermittlung der Inhalte legt. Der Effekt sowohl bei Gruppen- als auch Einzeltherapie ist vergleichbar: Befürchtungen einer potentiell überaus beschämenden, persönlichen

Exponierung gleich zu Beginn der Therapie werden entkräftet und die persönlichen Ressourcen der Patientinnen wertgeschätzt. Der Gefahr einer emotionalen Überforderung kann so bereits entscheidend entgegengewirkt werden. Typische Schweigepausen im Stundenverlauf mit einem für Borderline-Patientinnen hohen und unproduktiven Anspannungspotential entstehen erst gar nicht.

Interessant ist, dass selbst die analytisch geprägte TFP nach Kernberg, die ja ebenfalls das Standardverfahren speziell für Patienten mit BPS modifiziert hat, eine klarere Strukturierung des Therapieverlaufs und Settings inklusive Manualisierung des Verfahrens für notwendig erachtet (s. hierzu Kernberg 2000 und Dammann, Buchheim, Clarkin et al. 2000). Aber auch in der Musiktherapie mit Borderline-Patientinnen, im Umgang mit ihren starken Stimmungsschwankungen und ihrer charakteristischen Sprunghaftigkeit, ist die Möglichkeit einer Anlehnung an ein rahmengebendes Konzept eine große Entlastung. Die Übersicht zu behalten erscheint gerade auf dem komplexen Gebiet der Emotionsarbeit unerlässlich. Dass trotz Struktur und zugrundeliegendem Manual noch viel Bedarf an individueller Ausbalancierung plötzlich auftretender Schwankungen im Therapieprozess besteht, wie es Linehan in ihrer oben zitierten Metapher der Wippe schildert, macht die Arbeit mit diesem Klientel in jedem Moment zu einer faszinierenden Herausforderung.

Affektregulierung in der Musiktherapie

Der Begriff *Affektregulation* an sich deutet bereits die besondere Herangehensweise der verhaltenstherapeutisch geprägten DBT an diesen Themenkomplex an. Es wird hier direkt an der zentralen Bedingung für das Störungsbild gearbeitet, nicht an der Entstehungsgeschichte. Problematische Gefühle sollen *reguliert* und nicht, z. B. für ein weiter vertiefendes „Durcharbeiten“, aktiviert werden. Auch wenn dies nicht immer nach außen hin ersichtlich ist, herrscht bei Borderline-Betroffenen ohne weiteres Zutun oft genug emotionaler Ausnahmezustand. Es gilt in der Therapie vielmehr die Maßgabe, Mittel und Wege zu finden, dieser emotionalen Hochstresssituationen Herr zu werden. Dabei muss gelernt werden, das Ausmaß der Gefühlsüberflutung zu drosseln und schneller wieder in einen ausgeglicheneren Zustand zurückfinden zu können. Bisher nicht zur Verfügung stehende, grundlegende Fertigkeiten dazu müssen mühsam neu erarbeitet und trainiert werden. Hier setzt die DBT am erklärten Kernpunkt der Borderline-Persönlichkeitsstörung, der Affektregulationsstörung an.

Dass gerade mit musiktherapeutischen Mitteln hier ein Beitrag geleistet werden kann, mag zunächst sogar widersprüchlich erscheinen. Musik wird schließlich von den meisten Menschen im Alltag dazu genutzt, Emotionen gleich welcher Art *hervorzurufen* oder zu *verstärken*. Mittlerweile kann die musikpsychologische Grundlagenforschung zahlreiche empirisch gestützte Studien vorlegen, die

erheblich zum Verständnis der engen Beziehung zwischen Musik und Emotionalität beitragen (s. z. B. die Aufsatzsammlung zum Thema von Sloboda und Juslin, 2001). Auch die Neurowissenschaften sind auf diesem Gebiet aktiv und werden sicher auch in Zukunft noch weitere interessante Zusammenhänge entdecken können (s. z. B. Zatorre und Peretz 2001, Spitzer 2002). Alle diese Forschungsarbeiten, auf die hier aus Platzgründen leider nicht näher eingegangen werden kann, belegen aber gerade wieder die besondere Qualität von Musik, einen direkten Weg zur Emotionalität des Menschen zu finden. Physiologisch messbare, aber willentlich nicht kontrollierbare, hochemotionale „Thrill“-Phänomene sind in diesem Zusammenhang ein vielzitiertes Beispiel des unmittelbaren musikalischen Zugriffs auf die emotionale Erlebniswelt des Menschen. Bedeutet dies als Konsequenz nicht notwendigerweise den Ausschluss musiktherapeutischer Verfahren aus der DBT, wo es hier doch um das Erarbeiten einer basalen emotionalen *Steuerungsfähigkeit* gehen soll? Und nicht um affektiv maximal aufgeladene Erfahrungen? Oder könnte umgekehrt behauptet werden, dass auch und gerade unter diesen Bedingungen effektiv an Fortschritten bei der Affektregulierung gearbeitet werden kann, wenn das Risiko klar im Auge behalten und auf die besondere Vulnerabilität der Borderline-Patientinnen besonders eingegangen wird?

In der Folge soll nun davon ausgegangen werden, dass das DBT-Ziel der verbesserten Affektregulierung den Patientinnen trotz dieser grundsätzlichen Bedenken mit musiktherapeutischen Mitteln ein Stück nähergebracht werden kann. Dann müsste allerdings zwangsläufig das Wesen der Musiktherapie mit ihren Möglichkeiten, aber auch den damit verbundenen Gefahren neu überdacht werden. Musikalische Interventionen *nicht* zur Aufdeckung und Bearbeitung belastender Erlebnisse zu nutzen, bedeutet im Prinzip eine radikale Abkehr von traditionellen musikpsychotherapeutischen Paradigmen, dabei aber auch eine Chance zur Eröffnung weiterer Tätigkeitsbereiche wie der hier beschriebenen. Die Modifizierung der musiktherapeutischen Methodik mit ihrem grundsätzlich erlebnisaktivierenden Potential wird allerdings unter diesen veränderten Vorzeichen zur unabdingbaren Voraussetzung.

Im von Marsha Linehan vorgegebenen DBT-Manual sind keine kreativtherapeutischen Verfahren vorgesehen. Dennoch wird in den verschiedensten Kliniken damit experimentiert, was erste Veröffentlichungen zum Thema beweisen.

So ist auf der Homepage der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft ein kurzer Artikel über Musiktherapie bei BPS zu finden, der überblicksartig die mögliche Übertragung von Zielen aus der dialektisch-behavioralen Therapie in die Musiktherapie beschreibt, aber keine Details über die methodische Herangehensweise anführt (Scheidt 2005). Im Jahr 2007 folgte ein Artikel in der Musiktherapeutischen Umschau, in dem Gerhard Kupski als Diplom-Musiktherapeut und zertifizierter DBT-Co-Therapeut seine Sichtweise einer Integration der Musiktherapie in ein stationäres DBT-Setting darlegt (Kupski 2007). Kupski, der seinen Angaben zufolge mit der schöpferischen Musiktherapie nach P. Nordoff und C.

Robbins arbeitet, kommt zu einem vergleichbaren Schluss hinsichtlich der veränderten musiktherapeutischen Zielsetzung: „An oberster Stelle der therapeutischen Zielhierarchie der DBT steht die Stabilisierung der extrem labilen und verwundbaren Patientinnen, sodass die Bearbeitung traumatischer Erfahrungen in dieser frühen Behandlungsphase auch für die Musiktherapie kein Arbeitsinhalt ist.“ (Kupski 2007, S. 19)

An gleicher Stelle hebt er die grundsätzliche Offenheit der DBT gegenüber zusätzlichen, auch und gerade den erfahrungs- und erlebnisorientierten therapeutischen Verfahren hervor und erwähnt speziell die im Team von Martin Bohus fest integrierte Körper- und Tanztherapeutin Ilona Brokuslaus. In der Veröffentlichung von Bohus und Brokuslaus von 2006 werden Wege vorgestellt, wie mit praktischen körpertherapeutischen Übungen borderlinetypische kognitive und emotionale Schemata unterbrochen werden können, wobei der Steuerung inadäquater oder zu heftiger Emotionen „... durch gezielte Modulation der physischen, insbesondere der motorischen Komponenten“ besondere Bedeutung zugemessen wird. Methoden mit dem primären Ziel der „Emotionsinduktion“, sonst in der Körper- und Tanztherapie üblich, würden dagegen im Kontext der DBT absolut vermieden (Brokuslaus 2009). Es wurden demnach auch in diesem ursprünglich tiefenpsychologisch fundierten Therapiezweig Möglichkeiten gesucht und gefunden, das Verfahren auf dem Boden verhaltenstherapeutischer Theorien grundsätzlich neu zu überdenken und so unter völlig neuen Voraussetzungen, aber sehr wohl sinnvoll, in die Arbeit mit Borderline-Patientinnen zu integrieren. Brokuslaus gilt mittlerweile als Autorität auf dem Gebiet der DBT-Körpertherapie und gibt entsprechende, zertifizierte Fortbildungen zu diesem Thema.

Weitere Veröffentlichungen zum Thema Musiktherapie und DBT sind bisher noch nicht erschienen. Die musiktherapeutische Arbeit mit Borderline-Patientinnen wurde bisher auf tiefenpsychologischer Grundlage beschrieben, so auch bei H. U. Schmidt (2002), dessen Ergebnisse für einen an der DBT orientierten Ansatz allerdings nicht verwendbar erscheinen, da sie voll und ganz im teamübergreifenden stationären Behandlungskonzept auf psychoanalytischer Basis aufgehen.

So lässt sich hier zusammenfassend sagen, dass es durchaus – wenn auch nur wenige – Literaturhinweise gibt, die bereits auf positiven Erfahrungen bei der musik- und auch körpertherapeutischen Arbeit innerhalb des DBT-Settings beruhen und Mut machen, in dieser Richtung weiterzudenken.

Wenn nun im Folgenden mein musiktherapeutisches Konzept für die Arbeit auf der Borderline-Station beschrieben werden soll, möchte ich betonen, dass es sich hier *nicht* bereits um den Anspruch der Erstellung eines Manuals handelt, sondern um meine individuelle Herangehensweise an die Herausforderung, affektregulatorisch innerhalb des DBT-Programms mit musiktherapeutischen Mitteln zu arbeiten. Mir erscheint hier vor allem der prinzipielle Umgang mit der therapeutischen Zielgebung und Haltung interessant. Bei diesen konzeptionellen Überlegungen soll der Fokus auf folgenden Fragen liegen:

Wie erklärt die DBT die Wirkmechanismen ihrer Arbeit an der Affektregulation, und was ist davon auf die Musiktherapie übertragbar?

Bezüglich der übergeordneten Therapieplanung habe ich mich im Laufe der Zeit für folgendes Prozedere entschieden:

Mit so gut wie allen Patientinnen bespreche ich einen Einstieg in die musiktherapeutische Arbeit in Anlehnung an das DBT-Modul der „Inneren Achtsamkeit“. Erfahrungsgemäß schließt sich eine intensive Beschäftigung mit dem Modul „Emotionsregulation“ nahtlos an die in diesem Sinne auch als Einführung verstehbare Konzentration auf die Achtsamkeit an.

Anschließend soll nun ein näherer Blick auf die Arbeit mit dem Achtsamkeits-Modul im Zusammenhang mit dem therapeutischen Ziel der Affektregulation geworfen werden.

Musiktherapie und das Modul „Innere Achtsamkeit“

Das Modul „Innere Achtsamkeit“ stützt sich auf meditative Praktiken der Zen-buddhistischen Tradition. Im Westen bekannt wurde diese an sich spirituelle Übung, die aber gleichzeitig sehr alltagsbezogen ist, durch verschiedene Publikationen wie beispielsweise die des vietnamesischen Zen-Meisters Thich Nhat Hanh. Gerade diese werden im Zusammenhang mit der DBT oft zitiert. Ohne auf den spirituellen Hintergrund wesentlichen Bezug zu nehmen, werden die dort beschriebenen Übungen der Aufmerksamkeitslenkung und des inneren Gewahrseins in die westliche Psychotherapie übertragen.

Laut Berking und Znoj (2006) bemühe sich die Psychologie um eine Definition des Konstrukts Achtsamkeit, was sich aber als schwierig erweise, da es auch im Buddhismus schon die unterschiedlichsten „Schulen“ gegeben habe, und niemand im Westen wiederum eine wirkliche „Definitionshoheit“ besitze. Einig seien sich aber die Autoren über die zentralen Aspekte, die sich auch in der DBT wiederfinden:

Im Mittelpunkt steht eine Wahrnehmungsschulung mit Konzentration auf das „Hier und Jetzt“. „Damit diese ‚Wahrnehmung‘ zur ‚Achtsamkeit‘ wird, bedarf es aber zusätzlich noch des akzeptierenden Moments: Achtsamkeit ist bewusste Konzentration auf die Wahrnehmung plus Akzeptanz von allem, was ich dabei erlebe.“ (Berking und Znoj 2006, S. 308)

In der DBT-Praxis sieht die Umsetzung dieses Konzeptes folgendermaßen aus: es wird unterschieden zwischen den sogenannten „Was-Fertigkeiten“, die aus den Elementen Wahrnehmen, Beschreiben und Teilnehmen bestehen, und den „Wie-Fertigkeiten“, die sich mit der nötigen inneren Haltung beschäftigen: nicht bewertend, konzentriert und wirkungsvoll. Diese Fertigkeiten werden während der gesamten Therapie kontinuierlich und strukturiert geübt. Damit die Achtsamkeitsübungen im

persönlichen Therapieprozess aber tatsächlich ihre volle Wirkung entfalten können, bedarf es eines hohen Ausmaßes an Motivation zu regelmäßigem Üben, auch außerhalb der Therapiegruppen.

Der Zusammenhang von Achtsamkeit und Affektregulation wird in so gut wie allen einschlägigen Publikationen beschrieben. „Das Ziel der Achtsamkeit ist das Erreichen vermehrter Kontrolle und Stabilität. Achtsamkeit ist ein möglicher Weg, um die oft nicht übereinstimmenden Anteile von Verstand und Gefühl ins Gleichgewicht zu bringen und so zu steuern, dass der Zustand von *Intuitivem Verstehen und Wissen* erreicht wird. (...) Menschen mit Emotionsregulationsstörungen haben das Gefühl für Intuition verloren, sie können ihre Gedanken und Gefühle nicht immer zuordnen. Dies vermittelt ihnen den Eindruck keine Kontrolle zu haben.“ (Sendera und Sendera 2005, S. 116f.). In der hier beschriebenen, angestrebten Geisteshaltung findet sich das schon erwähnte Konzept des „wise mind“ wieder.

Die Schulung der wertungsfreien Wahrnehmung vergrößere außerdem die Objektivität der BPS-Patientinnen und weise einen Weg aus der Dichotomie des Denkens in „gut“ und „schlecht“ ohne Zwischentöne. Bezogen auf die Emotionsregulation bedeutet dieser an sich kognitive Aspekt den Aufbau von Distanz zu schnell anflutenden negativen Emotionen, die sich infolge einer mentalen Abwertung beispielsweise einer äußeren Gegebenheit einstellen können. Wird diese mit mehr innerer Distanz, quasi aus der Position eines „inneren Beobachters“, wahrgenommen, können aversive Gefühle eingedämmt werden. Dass umgekehrt aber auch Emotionen die Wahrnehmung beeinflussen können, beschreiben Stiglmayr, Lammers und Bohus (2006): bei einem ängstlichen Menschen beispielsweise stehe die Wahrnehmung angstauslösender Phänomene im Vordergrund, die Wahrnehmung werde also von vorneherein auf emotionsspezifische Faktoren fokussiert. Dadurch wiederum könne sich das Gefühl verstärken, was zu einem Teufelskreis führe. Stiglmayr et al. (2006) erwähnen im Zusammenhang mit dem beschriebenen Gleichgewicht von Gefühl und Verstand auch die Notwendigkeit, mit der Aufmerksamkeit nicht von der Wahrnehmung gegenwärtiger Ereignisse abzuschweifen. Die Konzentration darf also nicht durch Gedanken z. B. an Vergangenheit oder Zukunft getrübt werden, die unweigerlich wieder Gefühle zur Folge haben. Die Autoren halten die Technik der Achtsamkeit für „... die entscheidende Strategie im Umgang mit einer Emotionsregulationsstörung“ (Stiglmayr, Lammers, Bohus 2006, S. 283). Für Sendera und Sendera (2005) ist sie die Grundlage für alle weiteren Module.

Wie schon erwähnt, gilt dies auch für mein musiktherapeutisches Konzept.

Wie bei den Achtsamkeitsübungen in den DBT-Gruppen konzentrieren wir uns in der Musiktherapie bei einer Übungseinheit nicht nur auf eine Sinnesmodalität, sondern nutzen alle in Frage kommenden Sinne. Die Unterscheidung zwischen der Wahrnehmung der äußeren und der inneren Realität behalten wir bei. In der Praxis bedeutet das folgendes: Die Patientin sucht sich ein Instrument aus der bestehenden Sammlung aus und exploriert es gemäß den Prinzipien, die sie bereits

kennt und vor allem in der sogenannten „Achtsamkeitsgruppe“ wöchentlich übt. Was sie dabei beobachtet und wahrnimmt, versucht sie auszusprechen, indem sie das betreffende Instrument so anschaulich wie möglich in all seinen Aspekten beschreibt. Anders, als dies vielleicht zu erwarten wäre, kann es in der Musiktherapie bei der intensiven Wahrnehmung eines bestimmten Instrumentes nicht nur um akustische, sondern auch um visuelle, taktile, kinästhetische und manchmal sogar olfaktorische Sinnesindrücke gehen. Der hohe Aufforderungscharakter vieler Instrumente, besonders auch derer aus außereuropäischen Kulturkreisen, erhöht dabei die Motivation, sich über eine Übungseinheit wirklich nur auf ein Instrument zu konzentrieren.

Ein Fallbeispiel soll an dieser Stelle einen kleinen Eindruck aus der Praxis liefern: *Die 23jährige Frau E., die sowohl die Diagnose BPS als auch PTSD erhalten hat, sitzt schief, verkrampft und unbeweglich auf ihrem Stuhl, sieht meist auf den Boden und vermeidet beinahe jeglichen Blickkontakt. Das Ausmaß ihrer Anspannung, das durch ihre Körperhaltung bereits deutlich wird, gibt sie auf einer imaginären Skala von 1 bis 100 mit einem Wert von ca. 40 an. Ihre unbewegliche Mimik lässt dabei auf kein Gefühl schließen. In der Einzel-Psychotherapie wird gerade an vermehrter Offenheit im therapeutischen Kontakt als grundlegender Behandlungsvoraussetzung gearbeitet, da sich das quasi autistische Verhalten der Patientin auch in den anderen Therapien zeigt. In den letzten Tagen hat sich die Neigung der Patientin zu teils lang anhaltenden dissoziativen Phasen verstärkt. Fragt man die junge Frau nach ihrem Befinden, zuckt sie mit den Achseln und antwortet mit leiser, ausdrucksloser Stimme: „Na ja, geht so.“*

Nach einer kürzlich aufgetretenen, heftigen Krise hat sich Frau E. gegen den Abbruch der DBT entschieden und kommt nun zu ihrer fünften Musiktherapie-stunde. Wie in den vorangegangenen Stunden werden wir ein Instrument aussuchen und alle möglichen Sinnesmodalitäten einsetzen, um es umfassend wahrzunehmen und zu beschreiben. Frau E. entscheidet sich mit meiner Unterstützung für drei Orff'sche Rhythmusinstrumente (Holzblocktrommel, Claves und Röhrentrommel), die wir zwischen uns auf einen Stuhl legen. Wir betrachten die Instrumente, und ich lenke die Aufmerksamkeit der Patientin durch verschiedene Fragen auf einzelne Charakteristika, wie z. B. die Holzmaserung, die verschiedenen glatten Oberflächen etc. Nur sehr zögerlich nimmt sie die Clavesstäbchen auf meine Ermunterung hin auch in die Hand und befühlt vorsichtig das Holz. Sie spricht bei den einzelnen Aspekten der Beschreibung nur das absolut Notwendigste und legt das jeweilige Instrument nach Beantwortung meiner Frage sofort wieder auf den Stuhl zurück.

Auf meine Frage nach der momentanen Dissoziationsneigung sagt sie leise: „die hätte ich hier nur bei den Trommeln.“ Um uns einen Eindruck von dem möglichen Klang der Claves im Vergleich zu den beiden anderen Holzinstrumenten machen zu können, steht nun noch das eigentliche Erzeugen eines Tons aus. Auch auf meine diesbezügliche Frage, wie denn das Instrument wohl klingen könnte,

rührt sich Frau E. keinen Millimeter und blickt schweigend auf den Boden. Schließlich schlage ich ihr vor, dass erst ich ein paar Töne spiele und sie es danach versuchen könne. Dieses Angebot kann sie offenbar besser annehmen, was sie vorsichtig zum Ausdruck bringt. Wir probieren daraufhin alle drei Instrumente aus, klopfen an den verschiedensten Stellen des Holzes und tauschen uns über den jeweiligen Klangcharakter aus. Wenn die Patientin eine Antwort bewältigt hat, stelle ich immer wieder eine neue Idee in den Raum, was wir noch probieren könnten. Als ich eigentlich gerade die Übung beenden will, probiert Frau E. plötzlich zum ersten Mal selbständig weiter und stellt ohne weiteres Nachfragen meinerseits fest, dass der Klang an einer Ecke stark verändert sei, weil es da einen kleinen Riss im Holz gebe. Dadurch angeregt suchen wir nach weiteren beschädigten Stellen an den drei Instrumenten.

Als ich danach auf die Uhr sehe, bemerken wir, dass wir die abgesprochene Zeit um mehr als 5 Minuten überschritten haben. Die Patientin lächelt ganz leicht und meint, dass das „schon o.k.“ sei. Beim Hinausgehen bedankt sie sich.

Was hier deutlich geworden sein dürfte, ist die Mühsal, die an sich selbstverständliche Handlungs- und Kommunikationsformen einer Borderline-Patientin bereiten können. Entscheidungen treffen, im Beisein eines anderen Menschen einer überschaubaren Tätigkeit nachgehen, Beobachtetes aussprechen – all dies wirkt zunächst wie eine unüberwindbare Schwierigkeit. Die berufstätige Patientin erklärt dazu selbst, dass sie in ihrer beruflichen Funktion viel besser zurecht käme, als wenn sie wie hier im therapeutischen Rahmen als Person im Mittelpunkt stehe. Obwohl es bisher nur um sachliche Beobachtungen im Außen und noch gar nicht um innere Prozesse geht, empfindet sie die Situation bereits als sehr „persönlich“. Dazugehörige Gefühle kann sie allerdings noch nicht benennen. Das Aussuchen eines Instrumentes, das übrigens vielen Borderline-Patientinnen große Probleme bereitet, ist nach wie vor die erste Hürde der Stunde: Frau E. gibt kein eigenes Bedürfnis nach einem bestimmten Instrument an, da sie nichts dergleichen verspüren könne. Nachdem sie auf meine entsprechenden Auswahlmöglichkeiten in den ersten Stunden immer mit „egal“ geantwortet, sich so innerlich zurückgezogen und die Verantwortung abgegeben hatte, war ich mit ihr überein gekommen, das Wort „egal“ in Zukunft nicht mehr zu verwenden. Gleichzeitig validiere ich bei jedem sichtbar werdenden Problem die Schwierigkeit dieser Aufgabe und ermuntere sie, trotz des fehlenden Gefühls eine Entscheidung z. B. zwischen „lauten und leisen Instrumenten“ einfach zu treffen, da sie schließlich nur für die nächsten 10 Minuten gelte. Wenn sie das geschafft hat, validiere ich wieder ihren Erfolg, wobei ich beachten muss, dass es den meisten Borderline-Patientinnen ausgesprochen schwer fällt, positive Rückmeldungen anzunehmen und sie darauf paradox reagieren können. Das zunächst größte Hindernis ist aber nach wie vor das Erzeugen von Klängen. Um den Erwartungsdruck von einem „richtig Musik machen“ zu reduzieren, spreche ich hier zunächst nie von „Spielen“ oder überhaupt von „Musik“, sondern nur von „Ausprobieren von Klängen“. Die Wahrnehmung und der Handlungsimpuls werden so wiederum auf eine reine Sachebene und weg von der Person der

Patientin gelenkt. In dieser fünften Stunde ist sie schließlich bereits in der Lage, bei diesem Ausprobieren *mehrere* Töne nacheinander anzuschlagen, während sie in den voran gegangenen Stunden nach *einem* Ton sofort den Schlägel aus der Hand legte. Den größten Fortschritt sehe ich allerdings in der unerwarteten selbständigen Exploration des beschädigten Instruments, nachdem Frau E. vorher jeweils nur auf meine Ermunterung hin tätig wurde und auf Fragen antworten konnte. Zum ersten Mal hat sie hier eigene Initiative gezeigt und dabei sogar die Zeit vergessen. Im Sinne der DBT hat sie also neben *Wahrnehmen* und *Beschreiben* zumindest für einen kurzen Moment auch die dritte „Was-Fertigkeit“, das sogenannte *Teilnehmen* verwirklicht: „Teilnehmen meint das vollständige Aufgehen in einer Aktivität. Bei hoher Wachheit, Konzentration und Bewußtheit, ohne sich von Nebensächlichkeiten oder Reflexionen ablenken zu lassen.“ (Bohus 2002, S. 79f.)

Gleichzeitig hat sie alle drei „Wie-Fertigkeiten“ angewandt: die an sich schwierige *nicht-wertende Haltung* hält sie bisher immer durch, vermutlich weil für sie subjektive Gefühle in solchen Momenten gar nicht spürbar oder zumindest nicht aussprechbar sind. Die Forderung von *Konzentration* scheint ebenfalls erfüllt, während die des *wirkungsvollen Handelns* nun zumindest etwas ins Blickfeld rückt:

„Gemeint ist damit effektives, zielgerichtetes Handeln unter Anwendung der jeweils gegebenen Regeln und Ausschöpfung der maximalen Möglichkeiten. Patientinnen mit BPS entwickeln häufig starke Abneigung, reale Gegebenheiten, ‚so wie sie sind‘, zu akzeptieren. Die Konstruktion von optimaleren Alternativen ‚so sollte es eigentlich sein...‘ eröffnet vielfältige Möglichkeit des Zweifels und der Untätigkeit.“ (Bohus 2002, S. 81) Die vielschichtige Passivität von Frau E. während des Ausschens, Ausprobierens und Aussprechens von wahrgenommenen Details zeigt hier noch starken Aufholbedarf. Aber wie oben beschrieben, sind auch hier auf der Verhaltensebene kleine Fortschritte sichtbar.

Im weiteren Verlauf der Stunden wird sich ein stetiges Zunehmen der Fähigkeiten von Frau E. zeigen: sie wird besser Blickkontakt halten können, sich spontan körperlich mehr bewegen, von sich aus immer öfter vorsichtige, exploratorische Versuche starten, viel mehr Klänge am Stück erzeugen, eine ausdrucksreichere Sprache verwenden und mit festerer Stimme sprechen. Sie wird so als Person und Gegenüber „sichtbarer“ und „spürbarer“ werden und ihre Ansätze emotional-expressiven Verhaltens weiter entwickeln. Als Therapeutin werde ich meine unterstützenden Fragen Schritt für Schritt reduzieren können und diese Fortschritte immer wieder rückmelden und so validieren. Das Phänomen der dialektischen „Wippe“ Linehans wird hier anschaulich.

Das Fernziel einer verbesserten Affektregulation betreffend, könnte man an dieser Stelle von einem langsam voranschreitenden Aufbau von Fähigkeiten im Sinne des Achtsamkeits-Moduls sprechen: Frau E. kann ihren Wahrnehmungshorizont erweitern, indem sie sich intensiv und differenziert mit einem Musikinstrument, das hier stellvertretend für Phänomene aus anderen Lebensbereichen gesehen werden

kann, auseinandersetzt, dabei ihre Sinne schult und sich vielleicht langfristig auch für positive Empfindungen öffnet. Diese verbesserte Differenzierungsfähigkeit der Wahrnehmung wird weiterhin bei einem späteren Arbeiten mit den jetzt noch nicht benennbaren, zugrunde liegenden Emotionen hilfreich sein. Trotz möglicher belastender Gedanken und Gefühle ist sie in der Lage, mehr und mehr mit ihrer Aufmerksamkeit bei ihrer jeweiligen Handlung zu bleiben, und entwickelt mit dieser inneren Haltung Distanz zu kognitiv-emotionalen Störfaktoren.

Ein letzter Aspekt veranlasst mich an dieser Stelle zu einem kurzen Abstecher in ein klassisches Hoheitsgebiet der Verhaltenstherapie.

Exkurs: Die Musiktherapie als emotionales Belastungstraining

So gut wie alle BPS-Patientinnen leiden unter mehr oder weniger schweren Spannungsreaktionen, dem physiologischen Ausdruck der Emotionsregulationsstörung. Dennoch scheint es innerhalb dieser Population eine *besonders* schwer erreichbare Gruppe zu geben, die vor allem oft zu Beginn der Therapie mit extremer Anspannung, Dissoziationen und teilweise selbstverletzendem Verhalten in der Folge reagiert. In der Regel handelt es sich hier um Patientinnen, bei denen eine Komorbidität in Form einer Angst- und Panikstörung oder einer Posttraumatischen Belastungsstörung vorliegt. Von den Konsequenzen ist auch die Musiktherapie betroffen. Bei diesem Personenkreis, zu dem ich etwa 40% der DBT-Patientinnen, die in die Musiktherapie kommen, zähle (auch Frau E.), gestaltet sich die Eingewöhnungsphase außergewöhnlich kompliziert. Die generelle, übersteigerte Furcht vor unbekanntem Situationen und Umgebungen kann durch Erwartungsängste verstärkt werden. Diese speisen sich oft aus Phantasien von Kontrollverlust und aus diffusen Befürchtungen zur Thematik *Gefühle*, die von Seiten der Patientinnen automatisch mit der Musiktherapie assoziiert wird.

Gelingt es, diese Patientinnen zu motivieren, den Besuch der Musiktherapie als sinnvolle Herausforderung und stellvertretend für andere angstauslösende Situationen in ihrem Alltagsleben zu verstehen, gibt es eigentlich keinen Grund, nicht einen Behandlungsversuch zu unternehmen. Dann allerdings bekommt, – verhaltenstherapeutisch gedacht, der Besuch der Musiktherapie den Charakter einer Angstexposition. *Expositionsverfahren* werden in der Verhaltenstherapie traditionell bei der Bearbeitung von Ängsten eingesetzt und zielen auf eine Beendigung nicht förderlichen Vermeidungsverhaltens ab. Vermeidung bei BPS-Patientinnen kann z. B. Therapieausfälle und -abbrüche, Dissoziationen und impulsiven Verhaltensweisen bedeuten. Verhaltenstherapeutisch wird hier interessanterweise nie von „Abwehr“ oder „Widerstand“ gesprochen und das Verhalten im analytischen Sinne gedeutet, wie dies auch in der psychodynamisch geprägten Musiktherapieliteratur üblich ist (s. z. B. Schmidt 2002). Vielmehr wird direkt auf der Verhaltensebene nach einem transparenten Prozedere gearbeitet. Iver Hand (2008) äü-

ßert sich zum Thema Exposition folgendermaßen: „Übungen zur Aufhebung von Vermeidungsverhalten und zum Abbau der negativen kognitiv-emotionalen und physiologischen Reaktionen auf bestimmte Situationen, Objekte, Problemfelder oder Personen gehören zu den potentiell hilfreichsten aber auch risikoreicheren psychotherapeutischen Verfahren.“ (Hand 2008, S. 155)

Im Sinne des bei Hand (2008) geschilderten Desensibilisierungsmodells kann auch in der Musiktherapie dem Prinzip der „kleinen Schritte“ gefolgt werden, das die Entstehung von Angst zu verhindern versucht. Bohus (2002) zufolge, der sich in seiner Anleitung zur Reizexposition bei BPS-Patientinnen allerdings auf die noch ungleich schwierigere Arbeit an traumatischem Material bezieht, sei es Aufgabe des Therapeuten, zu heftige Emotionen, hohe Anspannung oder Dissoziationen zu modulieren bzw. zu blockieren. Die Patientinnen werden aktiv dazu angehalten, aus alten Erfahrungsmustern der Hilflosigkeit und Ohnmacht auszuweichen. Während des Verfahrens solle der Effekt der Habituation genutzt werden, also eines Nachlassens der primären Emotionen im Verlauf des Prozesses. Im Unterschied hierzu handelt es sich bei der Teilnahme an der Musiktherapie zwar nicht um die Konfrontation mit Realtraumata, aber doch mit heftigen Attacken von Angst und Scham, die bei Borderline-Patientinnen immer das Risiko einer emotionalen Überflutung mit hoher Anspannung und Dissoziationen als Konsequenz bergen. Deswegen beziehe ich mich gerade bei diesen hier besprochenen, besonders vulnerablen Patientinnen innerhalb des Borderline-Klientels auf die von Bohus dargestellten Leitlinien für Expositionsverfahren.

In die Musiktherapie übersetzt bedeutet das für mich als Therapeutin eine besonders aktiv gestaltende Haltung, die den Stundenverlauf für die Patientinnen transparent und nachvollziehbar macht und ihnen die Gelegenheit gibt, ihn jederzeit zu unterbrechen. Außerdem führe ich bei dieser Patientengruppe gerade zu Beginn einer Behandlung sehr kurze Therapiezeiten ein, die für die Patientinnen noch zu bewältigen sind, also ca. 10 bis 15 Minuten. Allein diese Absprachen haben meist eine deutliche Erleichterung auf der Seite der Patientinnen zur Folge. Das Unterbrechen eines Prozesses durch die Patientin selbst erzeugt dagegen schon wieder einige Schwierigkeit: sich zu melden und um Hilfe zu bitten erscheint für viele zunächst unmöglich, was wiederum neue Absprachen, z. B. den Einsatz einer „Notfallkarte“, aber auch einiges Üben erforderlich macht. Ich werde also selber vor allem zu Anfang des Prozesses auf erste Anzeichen von Dissoziationen oder extremer Anspannung achten und die Patientin darauf ansprechen. Sollte es nötig werden, führen wir gemeinsam entsprechend ihrer persönlichen Skills-Sammlung z. B. bestimmte Körperübungen aus, die die Anspannung reduzieren helfen (s. dazu das Kapitel zur Stresstoleranz, Bohus 2002).

Wieder zur Fallvignette von Frau E. zurückkehrend, ließe sich so ein hochrelevanter Aspekt der Affektregulation in den ersten Wochen ihrer Teilnahme an der Musiktherapie erklären: die Gestaltung des Settings wurde in gemeinsamer Absprache ihren besonderen Bedürfnissen angepasst, um sie nicht zu überfordern. In ganz kleinen Schritten können die Anforderungen in für sie transparenter Weise

erhöht werden, was der Gefahr einer emotionalen Überflutung entgegen wirkt. So können Habituationsmechanismen in Kraft treten, die die vermuteten starken Ängste und/oder Schamgefühle reduzieren helfen. Frau E. kann so die Erfahrung machen, dass sie eine belastende Situation aushalten und ihre aversiven Gefühle bewältigen kann. Mit entsprechender kognitiver Verankerung dieses Effekts wird sie sich womöglich in ähnlich emotional besetzten Situationen an diesen Erfolg erinnern und entsprechend handeln können.

Welche emotionsregulatorische Bedeutung die im Achtsamkeitstraining geübte „Wie-Fertigkeit“ der nicht-wertenden Haltung haben kann, zeigt folgendes Beispiel: *Die 45jährige Frau D. zeigt in krassem Gegensatz zu Frau E. ihre Emotionen deutlich nach außen und wird sichtbar von ihnen überschwemmt. Mit Offenheit im therapeutischen Kontakt und einer wirkungsvollen Arbeitsweise hat sie keine Probleme. Von allen Therapeuten und dem Pflegepersonal werden im Team regelmäßig die hohe Motivation, Offenheit und die Bereitschaft, sich intensiv ihren Themen auszusetzen, rückgemeldet. In ihrer 4. Musiktherapiesitzung greift sie nach einer bunten mechanischen Spieldose, dreht kurz an dem Rädchen und bricht in Tränen aus. Die Erinnerungen an die glückliche Zeit vor dem frühen Tod der Mutter übermannen sie schon beim Anblick und den ersten Tönen, wie sie sagt. Trotzdem entscheidet sie sich für die Arbeit mit diesem „Instrument“. Während sie die Details der Spieldose zu erfassen sucht, obwohl sie immer noch mit den Tränen kämpft, sagt sie immer wieder vor sich hin: „das ist nur eine bunte Dose“. Nach ein paar Minuten ist sie wieder ruhiger geworden und kann sich besser auf die eigentliche Übung konzentrieren. Im anschließenden Gespräch können wir klären, dass sie mit diesen selbstberuhigenden Sätzen versucht hat, auf Distanz zu ihren Erlebnissen zu gehen, die sie immer wieder auch im Alltag in ähnlicher Weise überfluten und handlungsunfähig machen. Sie sei dadurch wieder in die Gegenwart gekommen und habe dazu ihre Wahrnehmungsfähigkeit einsetzen können. Sie kann sich im Gegensatz zu vielen Borderline-Patientinnen über Erfolge und positive Rückmeldungen freuen und verlässt beschwingt und stolz den Raum.*

Als Frau D. die ersten Töne der Spieldose vernimmt, gleitet sie zunächst durch die subjektive Beurteilung der lange zurückliegenden Phase ihrer Kindheit als „glücklich“ in eine Haltung hinein, die in der DBT als *wertend* bezeichnet wird. Emotionen kommen damit automatisch ins Spiel.

Gleichzeitig werden schmerzliche Erinnerungen, und damit weitere innere kognitiv-emotionale Störfaktoren heraufbeschworen, die ebenfalls für die angestrebte objektive Wahrnehmung hinderlich sind. Das wissenschaftlich erwiesene besondere Potential von Klang und Musik, persönliche Erinnerungen zu wecken und Assoziationen zu erzeugen, wird hier deutlich. Anstatt allerdings bei dem zu Tage getretenen Material zu bleiben, versucht Frau D. erfolgreich, sich davon abzuwenden und so die hochschießenden Gefühle einzudämmen. Das Instrument

verliert den subjektiven Bezug zur „glücklichen“ Kindheit mit allen emotionalen Konsequenzen. Es wird wieder zu einem reinen Objekt und kann von Frau D. ohne neue innere Ablenkung weiter beschrieben werden, was die eigentlich Aufgabe gewesen war.

Ähnlich gelagert ist die Arbeit mit spontanen Abwertungen gegenüber Gegenständen, Personen oder Situationen, die bei Borderline-Patientinnen oft zum Verhaltensrepertoire gehören.

In die Musiktherapie übersetzt bedeutet dies, dass sie auch manche Instrumente sofort abwerten, weil sie beispielsweise als „eklig“, „bedrohlich“ oder schlicht „blöd“ empfunden werden. Dadurch treten schnell negative Gefühle auf, von denen die Patientinnen sich nach und nach durch das Konzentrieren auf die rein objektiv wahrnehmbaren Tatsachen distanzieren lernen: das „eklige“ Trommelfell ist eine tierische und keine menschliche Haut, der „bedrohliche“ Gong nur eine große Metallscheibe und das „blöde“ Xylophon kann nichts dafür, dass der Musiklehrer damit in der Schule seinerzeit einen langweiligen Unterricht gemacht hat. Phänomene wie diese lassen sich selbstverständlich in den Alltag der Patientinnen übertragen. Dadurch wird sich auf der Verhaltensebene ihr Handlungsspielraum enorm erweitern können, weil die Dinge nicht von vorneherein abgelehnt und weggelegt werden. Dies wiederum kann auf kognitiv-emotionaler Ebene allmählich zu positiven Effekten im Hinblick auf das borderlinetypische, niedrige Selbstwertgefühl führen und Selbsthass regulieren helfen.

Die methodischen Möglichkeiten im Rahmen von Achtsamkeitsübungen sind natürlich noch viel zahlreicher als hier dargestellt. Allerdings würde es den Rahmen dieses Artikels sprengen, beispielsweise auch auf die Möglichkeiten der Regulativen Musiktherapie nach Schwabe (2004) detailliert einzugehen. Schwabe selbst sieht hier in seinem musiktherapeutischen Ansatz auch eine Nähe zur Verhaltenstherapie, ohne diese jedoch im Detail näher zu beschreiben. Überhaupt stellt rezeptive Arbeit mit Musik von Tonträgern eine weitere unerschöpfliche Quelle für Wahrnehmungsübungen dar. Gerade Patientinnen mit musikalischen Kenntnissen können hier ihre Ressourcen auch in Form von theoretischem Wissen (Rhythmus, Motive und Harmonien erkennen etc.) nutzen. Gerne verweise ich hier auch auf den interessanten Ansatz von Oerter (2006), der sich auf rezeptive Gruppenarbeit mit BPS-Patienten bezieht und ebenfalls um ein hohes Ausmaß an Struktur und Sicherheit bemüht ist.

Meine bisherige Erfahrung mit Wahrnehmungsübungen bei rezeptiver Methodik haben mich allerdings vor allem in den Anfangsphasen eines Therapieverlaufs davon abrücken lassen, da die Patienten hier schneller als bei aktiven Verfahren von Gefühlen übermannt werden und mehr Probleme mit Konzentration und nicht-wertender Haltung zu haben scheinen. Auch dissoziative Zustände können häufiger auftreten.

Die Ziele des musiktherapeutischen Achtsamkeitstrainings im Hinblick auf die Affektregulierung seien hier noch einmal kurz zusammengefasst:

- Reduzierung von heftigen, negativen emotionalen Reaktionen bei besonders schwer betroffenen Bodeline-Patientinnen, die ein überschaubares therapeutisches Vorgehen in reduzierter Form benötigen
- Intensives Üben der „Was- und Wie-Fertigkeiten“
- Aufbau von innerer Distanz zu belastenden Emotionen
- Dabei zusätzlich Einführung in das Instrumentarium und Aufbau der therapeutischen Beziehung.

Ich bin auf die Thematik *Musiktherapie und die Haltung der inneren Achtsamkeit* detailliert eingegangen, weil mir hier die fundamental andere Denk- und Arbeitsweise einer verhaltenstherapeutisch geprägten Musiktherapie besonders deutlich zu werden scheint. Außerdem wird so ein Grundstein für das bessere Verständnis der weiteren Schritte auf dem Weg zu mehr Emotionsregulation gelegt.

Musiktherapie und das Modul „Emotionsregulation“

Während die Wirksamkeit der „Inneren Achtsamkeit“ auf einem langen Übungsweg zur Erarbeitung einer neuen inneren Haltung beruht, arbeitet das Modul „Emotionsregulation“ direkt mit den Affekten. Allerdings gibt es viele Aspekte, in denen sich die Inhalte beider Module überschneiden und ergänzen.

Zunächst wieder ein Blick auf die DBT-Theorie:

Bohus (2002) definiert Emotionen folgendermaßen:

„*Emotionen sind als Netzwerk zu verstehen*, das die Funktion hat, Informationen ohne Zeit- und Energieverlust zu verarbeiten, mit den Interessen des jeweiligen Individuums abzugleichen und in Handlungsentwürfe umzusetzen.“ (Bohus 2002, S. 87) Dazu gehörten mehrere Komponenten, die innerhalb eines Regelkreises zusammenwirkten: Kognition, Affekt und physiologische Prozesse (Wahrnehmung und Verarbeitung von Stimuli, körperliche Empfindungen als Reaktionen hierauf, Motorik) seien gemeinsam verantwortlich für das Entstehen von Emotionen und darausfolgender Handlungsentwürfe. Dabei gelte, dass die Heftigkeit der Emotionen unmittelbare Auswirkungen auf die Kontrollierbarkeit der daraus folgenden Handlungen habe. Außerordentlich wichtig seien kognitive Bewertungsprozesse der auf den Organismus einströmenden Informationen, die die Richtung der aufkommenden Emotionen bestimmten (angenehm oder unangenehm). Dies wiederum habe Konsequenzen für die entstehenden Handlungsimpulse. Diese Bewertungen speisten sich, wie es auch in der hier vorliegenden Arbeit bereits zu sehen war, aus den jeweiligen persönlichen Erinnerungen, könnten also keine Aussage über die Objektivität der wahrgenommenen Informationen machen. Verschiedene Rückkopplungsprozesse versorgten den Organismus immer wieder mit aktuellen

Informationen zur weiteren Entwicklung beispielsweise der äußeren Gefahrenlage oder der Ergebnisse von Verarbeitungsversuchen. In diesem gesamten Prozess könne es nun zu verschiedenen Fehlentwicklungen kommen:

- „– Alte, ehemals gefährliche Informationen können plötzlich sehr heftige unkontrollierbare Erregungszustände auslösen.
- Wir können eine Information fehlerhaft interpretieren und bewerten.
- Wir können uns verbieten, eigentlich sinnvolle Handlungsentwürfe durchzuführen.“ (Bohus 2002, S. 88)

Aus dieser, hier nur sehr verkürzt dargestellten neurobehavioralen Emotionstheorie leitet sich das weitere therapeutische Vorgehen des Moduls „Emotionsregulation“ ab, das an den verschiedenen „fehlerhaften“ Punkten des emotionalen Regelkreises ansetzt.

Für die Umsetzung in die Musiktherapie greife ich aus dem Modul mehrere Aspekte heraus, die im Folgenden zur Diskussion gestellt werden sollen.

Der Umgang mit negativen Reizen

Bohus (2002) beschreibt hierzu einen Aspekt, der zunächst als paradox erscheinen könnte, aber im Alltag von BPS-Patientinnen eine große Rolle spielt. Borderline-Patientinnen können „freiwillig“ negativ besetzte Situationen gehäuft aufsuchen, dann aber in selbstverletzender Absicht.

Selbstverständlich hat dieses Phänomen auch auf die beteiligten Affekte eine nicht zu unterschätzende Auswirkung. In der Musiktherapie begegnet man diesem Verhalten in Form von Lieblingsmusiken der Patientinnen, die oft der „Gothic“-Szene zuzurechnen sind und eine stark borderlinetypische Atmosphäre verbreiten. Die Patientinnen fühlen sich gerade von dieser Musik besonders verstanden, hören sie teilweise bis zum Exzess und verfallen im Extremfall danach in selbstverletzende Verhaltensweisen. Kupski (2007) erwähnt dieses Phänomen ebenfalls: „Songtexte aus dem ‚Gothic‘-Bereich unterstützen und etablieren nicht selten eine ‚Kultur der Selbstschädigung‘.“ (Kupski 2007, S. 25) Er rückt diese Art von Musikkonsum in die Nähe der Umgangsweise mit Musik, wie sie bei Drogenabhängigen zu beobachten sei. Ich folge Kupski in seiner Argumentation, mit den Patientinnen verbindliche Regeln zu erarbeiten, dass zu bestimmten Situationen entsprechende Musik nicht gehört werden sollte, bei ohnehin steigendem Schneidedruck beispielsweise. Allerdings kann es ausgesprochen schwierig sein, sie davon zu überzeugen, ihre absolute Identifikationsperson in Form einer Lieblingsängerin zu meiden. Es ist ein hohes Maß an Validierung erforderlich, um in dieser Hinsicht echtes Verständnis für die potentiell selbstschädigende Wirkung dieser Art Musikkonsums und einen Willen zur Veränderung der Verhaltensweisen zu erzielen.

Die Schaffung positiver Reize

Auch bei diesem zweiten Ziel soll bewusst an einer „Veränderung der Reizexposition“, wie Bohus (2002) es nennt, gearbeitet werden: Es geht hier um ein vermehrtes, vom Therapeuten initiiertes Aufsuchen von Situationen mit einem Potential für positive Erlebnisse und damit auch für angenehme Gefühle. „Auch diese, so selbstverständlich klingende Strategie fällt Borderline-Patientinnen häufig außerordentlich schwer. Dysfunktionale kognitive Schemata bis hin zu inneren Stimmen, die vermitteln, daß die Patientin ‚es nicht verdient habe, daß es ihr gut gehe, daß sie nichts wert sei‘, erschweren die Planung und Umsetzung von positiven Ereignissen.“ (Bohus 2002, S. 91)

Trotz der bereits beschriebenen, potentiell belastenden Faktoren der Musiktherapie steht außer Frage, dass es auch für diesen Patientenkreis musikalische Aktivitäten gibt, die einfach Spaß machen und Lebensfreude spürbar werden lassen. Es gilt hier, auch nach verborgenen Ressourcen zu fahnden, die im besten Fall einen nachhaltigen Effekt für die Zeit nach der stationären Behandlung haben könnten. Manchmal sind sogar verschüttete Kenntnisse im Instrumentalspiel oder alte Wünsche oder Vorlieben zu entdecken, wie dies auch Kupski (2007) beschreibt.

Zur Illustration dieses Aspektes der Emotionsregulation eine weitere Fallvignette aus der Therapie von Frau D.:

Frau D. hatte in ihrer Jugend eine Musiklehrerin als Nachbarin, bei der sie Blockflötenunterricht nahm. Immer habe sie es sich damals gewünscht, ein paar Töne auf dem großen Flügel der Lehrerin auszuprobieren. Ihre Kameradinnen hätten das gedurft, sie nicht. Diese Ungerechtigkeit führt sie auf ihre sozial benachteiligte familiäre Herkunft zurück. Das Klavier im Musiktherapieraum reizt sie von Beginn der Therapie an. Als sie sich immer sicherer fühlt, wählt sie es aus und setzt sich davor, wird aber sofort wieder von heftigen Gefühlen überflutet und weint. Die Trauer des kleinen Mädchens aus der Vergangenheit, das sich in der Nachbarschaft immer ausgeschlossen fühlte, ist sofort präsent. Sie verdiene das Klavier auch jetzt nicht. Um den heftigen Gefühlsansturm in den Griff zu bekommen, treten wir – auch im räumlichen Sinne – erst einen Schritt zurück und betrachten das Klavier im Sinne der nicht-wertenden Wahrnehmung. Frau D. wiederholt wieder ihre Beschwichtigungsformel „Das ist nur ein großer Holzkasten!“, um zur gegenwärtigen Realität zurückzukommen. Nach ein paar Minuten setzen wir uns zu zweit vor das Instrument, die Trauer ist „messbar“ abgesunken, wenn auch noch nicht überwunden. Dem Vorschlag, immer eine schwarze Taste im Wechsel mit mir anzuschlagen und dabei das rechte Pedal zu treten, kann sie nachkommen. Nach den ersten Klängen ruft sie überrascht aus: „Das klingt ja richtig gut! Dass ich das hinbringe!“ und ist begeistert.

Einer psychodynamisch orientierten musiktherapeutischen Herangehensweise folgend könnte das Thema „Trauer über die Kindheit“ im Mittelpunkt stehen und das Klavier für weitere aufdeckende Arbeit an der traumatisch erlebten Vergangenheit von Frau D. genutzt werden. Im Rahmen der DBT dagegen war es hier das erklärte

Ziel der Patientin, sich als Erwachsene endlich einen Kindheitstraum zu erfüllen. Meine Begleitung dabei zielt nur auf die Ermöglichung einer *positiven* Erfahrung ab, indem ich an die Übung aus dem Modul der Achtsamkeit erinnere, um ihr bei der Regulierung der alten Trauergefühle zu helfen. Der dann folgende einfache Spielvorschlag am Klavier kann erfahrungsgemäß schnell zu einem Erfolgserlebnis führen, da auf der Pentatonik basierende Klangfolgen, die im Pedal gehalten werden, allgemein als „harmonisch“ und „angenehm“ empfunden werden. Ein derart schnelles Umschlagen von negativen in positive Gefühle ist für Borderline-Patientinnen aufgrund ihrer Affektlabilität durchaus im Bereich des Möglichen. Frau D. machte in dem hier beschriebenen Kontext die exemplarische Erfahrung, dass sie es schaffen kann, selbstabwertende Gedanken und starke Gefühle von Selbsthass und Trauer hinter sich zu lassen. Dafür rückt sie bewusst von ihrer Selbstinvalidierung und der Bewertung des Klaviers als Symbol für erlittene emotionale Verletzungen ab. Der Weg zum Erleben ungetrübter freudiger Empfindungen kann so überhaupt erst freiwerden. Zur weiteren Vertiefung der einmal gemachten Erfahrung sprechen wir ab, dass Frau D. das Klavier immer wieder nutzen darf, wenn „Freude“ zum Thema der Therapie-stunde werden soll, um ihr diesen Bereich so oft wie möglich zugänglich zu machen.

Dass die Arbeit mit der Emotion Freude zunächst allerdings oft an aversiven Affekten wie Selbsthass und selbstabwertenden Kognitionen scheitert („Mir darf es nicht gut gehen.“) und nicht so schnell wie bei Frau D. einem angenehmen Gefühl Raum geben kann, ist Alltag in der Borderline-Behandlung. Entsprechend ist auch bei diesem Ziel, der bewussten Ermöglichung positiv besetzter, emotionaler Erfahrungen sehr viel Fingerspitzengefühl, Validieren und Ausbalancieren auf der dialektischen „Wippe“ erforderlich.

Die Veränderung der Bewertungsprozesse

Nach der Arbeit an der Einflussnahme auf das Einströmen von Reizen im Außen geht es hier um das gezielte Eingreifen in den komplexen Verarbeitungsprozess aversiver Emotionen, die ein großes Risiko für dysfunktionale Handlungsimpulse bergen.

Bohus (2002) entwirft hierfür ein übersichtliches Modell in acht Schritten, das sich vom ersten Spüren einer Emotion bis zu einer adäquaten Handlung erstreckt. In verschiedenen Zwischenschritten wird immer wieder eine neue Entscheidung für das weitere Vorgehen getroffen.

Kurz die für die Musiktherapie relevanten Punkte zusammenfassend geht es hier zuerst um das für Borderline-Patientinnen außerordentlich schwierige, aber essentielle *Identifizieren und Benennen* der jeweiligen Emotion. Darauf folgt ein *Einschätzen und Relativieren* der individuellen emotionalen Reaktion: ist sie an dieser Stelle adäquat, oder würden die meisten anderen Menschen mit völlig anderen Gefühlen oder weniger heftig reagieren? Dies entspricht einer Bewusstmachung der persönlichen Bewertungstendenz. Nach dieser Realitätsprüfung wird über den Handlungsentwurf entschieden: bei einer Einschätzung der Emotion als adäquat sollen die Patientinnen versuchen, sie in eine *entsprechende Handlung* um-

zusetzen (z. B. ein Konfliktgespräch bei Ärger über eine persönliche Beleidigung führen). Gilt sie als inadäquat, wird das sogenannte *entgegengesetzte Handeln* angestrebt (z. B. eine körperliche Aufrichtung trotz Schamgefühle). Ein weiteres Verfahren wird als *Radikale Akzeptanz* bezeichnet und immer dann eingesetzt, wenn es keine Möglichkeit auf der Handlungsebene gibt, eine aversive, aber als adäquat eingeschätzte Emotion zu beeinflussen (z. B. Trauer nach einem Todesfall). Dabei bemühen sich die Patientinnen um ein Loslassen von emotionalem Leid. Das Gefühl wird nicht unterdrückt, sondern angenommen, und sein Anströmen, aber auch Abflauen bewusst wahrgenommen.

Beim ersten Schritt, der Identifizierung und Benennung von Emotionen, wird wieder die Achtsamkeit zu einem wichtigen Element, und zwar in diesem Fall die Achtsamkeit, die sich nicht mehr auf äußere Gegebenheiten sondern auf innere Prozesse richtet. Die Einführung des sogenannten *inneren Beobachters* ist auch für die Musiktherapie ein wertvoller Schritt. Dabei handelt es sich um eine bildhafte, innere Instanz, die bewusst die Aufmerksamkeit auf die eigenen Gefühle und Gedanken lenkt, aber auch Empfindungen auf der physiologischen Ebene wahrnimmt, die letztendlich ein Gefühl überhaupt erst spürbar werden lassen.

Was die Differenzierung einzelner Grundgefühle angeht, ist in der Literatur zur DBT ein gewisser Pragmatismus spürbar. Linehan (1996), Bohus (2002) und Sendera und Sendera (2005) variieren in ihren jeweiligen Aufzählung dieser Emotionen. Das in meinem Arbeitsbereich verwendete Patientenmanual wiederum nennt acht Grundgefühle: Liebe, Freude, Wut, Traurigkeit, Angst, Scham, Schuld und Ekel. Was die Musiktherapie betrifft, habe ich ebenfalls aus pragmatischen Gesichtspunkten sehr oft auch Neugier und Trotz identifizieren lassen, da sie im musiktherapeutischen Rahmen in vielen Fällen sowohl im positiven als auch im negativen Sinne handlungsleitend werden können.

Erste Versuche mit dem inneren Beobachter können in der Musiktherapie bereits im Zusammenhang mit den oben beschriebenen Wahrnehmungsübungen erfolgen, die eigentlich noch auf die Instrumente, also nach außen gerichtet sind. Wirkt eine Patientin beispielsweise plötzlich sehr konzentriert bei der Sache, obwohl sie vielleicht vorher noch über Müdigkeit, Unlust oder die typische „innere Leere“ geklagt hat, kann man sie fragen, welches Gefühl sie nun zu dieser Betriebsamkeit veranlasst hat. „Neugier“ oder „Interesse“ sind erfahrungsgemäß relativ unbelastete Emotionen, die von den Patientinnen vergleichsweise leicht identifiziert und benannt werden können. Schwieriger wird es bei einem möglichen nächsten Schritt, nämlich die „Gegenspieler“ von Neugier und Interesse in den Blick zu nehmen, also aversive Gefühle, die einen potentiell sinnvollen Handlungsimpuls unterdrücken: Hier können Angst, Scham oder Ekel zu mächtigen Hindernissen werden. Dass diese Gefühle, die sowohl vor als auch während der Musiktherapie-stunde entstanden sein können, oft nicht in Reinform vorhanden sind, erschwert die Lage zusätzlich.

Ein neues Fallbeispiel soll dies hier verdeutlichen:

Die 23jährige Frau L. hat sich gerade von ihrem Freund getrennt, der sie nachweislich über längere Zeit mit einer anderen Frau betrogen hat. Sie kommt in entsprechend „schlechter Stimmung“ und mit Anspannung im mittleren Bereich in ihre neunte Musiktherapiestunde. Eines ihrer DBT-Ziele ist der verbesserte Umgang mit Wut und fremdaggressiven Verhaltensweisen. Ihre sonst etwas stereotyp wirkende Stimme klingt auffallend emotionaler als sonst. Wir beschließen gemeinsam, dass es sinnvoll wäre, mehr über die Emotionen herauszufinden, die sich hinter der „schlechten Stimmung“ verbergen. Frau L. lässt sich auf das Experiment ein, für ihre Stimmungslage passende Instrumente herauszusuchen und anzuspielen. Zuerst wählt sie die Djembe und spielt zwei kurze, aber sehr akzentuierte „Trommelwirbel“. Das sei die Aggression und die Anspannung, meint sie. Danach steuert sie auf den großen Gong zu, schlägt ihn mehrfach an und stoppt den Klang mit der Hand, als er sich zu überschlagen droht. Das symbolisiere das Ohnmachtsgefühl, das sie am Ende der Beziehung zu ihrem Exfreund empfunden habe. Der Klang des Gongs sei ebenso unkontrollierbar und werde schnell „zuviel“. Zuletzt verweilt sie etwas am Metallophon, spielt leise Klänge und erklärt diese mit Erinnerungen an die schönen Zeiten in der Beziehung. Es gebe da auch ein „bisschen Trauer“. Nun sei sie eigentlich fertig. Nach meiner Ermutigung, noch etwas weiterzusuchen, wendet sie sich spontan dem Becken zu und spielt mit blitzenden Augen einen sehr lauten Schlag. Das seien „Rachegelüste“, sie verspüre ein großes Triumphgefühl. Danach setzt sie sich noch ans Klavier und spielt bei getretenem Pedal leise Terzenverbindungen. Plötzlich unterbricht sie sich mit den Worten: „Das reicht jetzt!“, lacht kurz auf und beginnt heftig zu weinen.

Bei Frau L. handelt es sich ganz klar nicht um eine der besonders ängstlichen und schüchternen Patientinnen, die im obigen Exkurs beschrieben wurden. Sie ist durchaus in der Lage, sich frei im Raum zu bewegen und die Instrumente gemäß ihrer Bestimmung zu nutzen. Das Ziel war zunächst, die Emotionen zu identifizieren und zu benennen. Dazu wurde die Symbolkraft der Instrumente genutzt, wie es beispielsweise auch in der systemisch orientierten Musiktherapierichtung geschieht (s. z. B. Zeuch, Hänsel, Jungaberle 2004). Die rein subjektive Zuordnung zu einer noch unklaren „Empfindung“ ermöglicht hier eine fortschreitende Auseinandersetzung und ein intensiveres Gewahrwerden der zugrunde liegenden Gefühle, die von Frau L. zunächst nur als „schlechte Stimmung“ benannt werden können. Die Patientinnen lassen sich bei dieser Arbeit Zeit, wandern zunächst im Raum umher und probieren verschiedenste Instrumente aus, um den für sie „passenden“ Klang zu finden. Frau L. konnte dabei sehr zielgerichtet handeln, schnell entsprechende Instrumente ihren bis dahin nicht greifbaren Gefühlen zuordnen und diese daraufhin sofort auch benennen. Nicht alle Patientinnen schaffen diese Übersetzung in die Sprache allein und derart zügig. Sie brauchen weitere Rückfragen („Wie würden Sie den Klang beschreiben?“, „Spüren sie eine Reaktion in ihrem Körper?“, o. ä.), und verschiedene Auswahlmöglichkeiten, um potentiell weniger passende Emotionen

auszuschließen („Passt dieser laute Klang für Sie zu Liebe oder eher zu Wut. Linehan (1996) bezeichnet dieses Ausschlussverfahren als ein *Anbieten von Multiple-Choice-Fragen über Emotionen*. „... Der Vorteil dabei ist, daß dies keine offenen Fragen sind. Borderline-Patientinnen kommen häufig mit offenen Fragen zu ihren momentanen Gefühlen einfach nicht zurecht. Multiple-Choice-Fragen über Emotionen lassen ihnen Wahlmöglichkeit, aber nicht zu viel.“ (Linehan 1996, S. 173)

Für die meisten Patientinnen ist die affektregulatorische Wirkung dieses Differenzierungsprozesses schon spürbar, ohne weitere Schritte unternommen zu haben. Sie fühlen sich allein durch die neue innere Klarheit bereits deutlich entlastet.

Für Frau L. schien mir nach der oben dargestellten Bewältigung der Emotionsidentifikation ein weiterer Aspekt sehr wichtig: das Validieren ihres emotionalen Erlebens, das hier ungewohnt sichtbar wurde.

Da ist erstens die Überwindung ihrer Furcht vor dem eigentlichen Erleben heftiger und unangenehmer Gefühle zu nennen, die ausreichender Wertschätzung bedarf. Frau L. gehört sicher zu den Borderline-Patientinnen, die typischerweise ihre Gefühle nicht nur vor anderen Menschen, sondern auch dem eigenen Erleben sehr gut verbergen können. Linehan (1996) nennt dieses Verhalten „Gefühls-Phobie“, und schreibt dazu: „Borderline-Patientinnen haben so große Angst vor Gefühlen, insbesondere vor negativen, dass sie diese zu vermeiden suchen, indem sie das Erleben blockieren. Das heißt, sie vermeiden emotionale Auslösereize und hemmen das Erleben von Emotionen; dadurch haben sie keine Gelegenheit zu lernen, daß nicht behinderte Emotionen kommen und auch wieder gehen.“ (Linehan 1996, S. 257) In diesem Zusammenhang wird immer wieder das Bild von Wasserwellen metaphorisch verwendet, die an den Strand rollen, sich aber auch wieder zurückziehen. Linehan spricht bei dieser Arbeitsweise von *Gefühls-Exposition*, was m. E. auch für musiktherapeutische Methoden wie der oben geschilderten gelten kann.

Zweitens braucht Frau L. viel emotionale Unterstützung, nachdem sie am Ende der Sequenz ihre Gefühle so offen vor mir gezeigt hat. Zum ersten mal war hinter ihrer auf den ersten Blick sehr kompetent erscheinenden Art, in der DBT oft als „Pseudo-Kompetenz“ bezeichnet, ihr verletzliches Wesen aufgetaucht. Als aversiv erlebte Emotionen wie Trauer und Wut wurden deutlich sichtbar, – und hörbar. Ihr normalerweise „forsches“ Auftreten lässt zunächst kaum vermuten, dass auch bei ihr tiefe Schamgefühle verhindern, sich in authentischer Emotionalität vor anderen Menschen zu zeigen. Die Überwindung dieser Hemmschwelle ist für Frau L. eine enorme Leistung.

Und drittens wollte ich versuchen zu verhindern, dass bei Frau L. nach ihrem emotionalen Ausbruch zusätzlich sogenannte „sekundäre Emotionen“ Raum greifen. Nach Linehan (1996) sei es wichtig, „... daß der Therapeut nicht nur die primäre emotionale Erfahrung validiert, sondern auch die sekundäre emotionale Reaktion. Zum Beispiel fühlt eine Patientin sich häufig schuldig, beschämt, wütend auf sich selber oder reagiert mit Panik, wenn sie Ärger oder Demütigung erlebt, sich vom Therapeuten abhängig fühlt, zu weinen beginnt, sich traurig oder ängst-

lich fühlt. Diese sekundären Reaktionen sind häufig die, welche die Patientin am meisten schwächen.“ (Linehan 1996, S. 173)

Als sekundäre Gefühle wären bei Frau L. eventuell Schamgefühle wegen ihrer Tränen nach dem Klavierspiel oder auch des gezeigten kurzen Wutausbruchs am Becken zu erwarten, aber auch Schuldgefühle aufgrund ihrer geäußerten „Rachegefühle“. Um diese emotionalen Reaktionen abzumildern, braucht sie die Bestätigung, dass die „primären Gefühle“, also Trauer und Wut, in diesem Moment nicht „falsch“ seien und sie als Person deswegen nicht abgelehnt werde. Viele BPS-Patientinnen müssen überhaupt erst lernen, dass sie ein Recht darauf haben, auch derartige Gefühle zu spüren und zu zeigen, die sie zunächst aufgrund ihrer persönlichen Erfahrungen in der Vergangenheit als sozial unerwünscht erlebt haben mögen.

Im weiteren Verlauf konnte Frau L. selbst den Fortschritt erkennen, den sie durch die spontan erreichte Offenheit erzielt hatte. Im therapeutischen Kontakt erschien sie nach dieser Stunde deutlich weniger maskenhaft, was sich an einer lebendigeren Mimik, einer weniger stereotyp klingenden Stimme und weniger formelhaften Gesprächsinhalten zeigte.

Erstaunlich, aber typisch für die Borderline-Therapie ist die Geschwindigkeit, mit der solche Prozesse ablaufen können: die obige Sequenz nahm maximal zehn Minuten in Anspruch, wobei selbstverständlich die Nachbesprechung mit Einordnen, Relativieren und Validieren deutlich mehr Zeit benötigte.

Erwähnenswert ist an dieser Stelle noch die nötige enge Verzahnung mit der psychologischen Einzeltherapie bei den Bezugstherapeuten: gerade in diesem Fall, angesichts drohender, überschießender Racheimpulse von Frau L., wird die Notwendigkeit der Weitergabe von Informationen und einer offenen Zusammenarbeit mehr als deutlich. Auch die weitere zu erwartende Trauerarbeit (in der Terminologie der DBT die „radikale Akzeptanz“) könnte wohl kaum allein in der Musiktherapie stattfinden.

Die Technik des *entgegengesetzten Handelns* verdeutlicht am besten das oben bereits zitierte Fallbeispiel mit Frau D. am Klavier.

Analysiert man im Rückblick die aufeinanderfolgenden kurzen Phasen der Sequenz, in der Frau D. ihren schnell und heftig einschießenden Schmerz über die erlebten Verletzungen in ihrer Kindheit regulierte, wird folgendes erkennbar:

Frau D. entscheidet sich relativ schnell dafür, ihre heftige emotionale Reaktion als für die aktuelle Situation nicht mehr adäquat einzustufen. Statt sich weiter ihrem alten Schmerz hinzugeben, entschließt sie sich zu „entgegengesetztem Handeln“, indem sie an ihrem vorher geäußerten Ziel festhält, am Klavier die früher ersehnte Freude zu erleben. Welcher innere Kampf sich dabei abspielt, wird für mich als Nebenstehende allein durch ihr heftiges und schweres Atmen deutlich spürbar. Nach einigen Minuten ist sie aber dennoch in der Lage, sich der neuen Situation zu stellen, mit dem bereits geschilderten Erfolg. Auch Frau D. hat also in kurzer Zeit

einen sehr komplexen, emotionalen Verarbeitungsprozess durchlaufen. Im „Versuchslabor“ der Musiktherapie erarbeitet, kann er ihr für ähnliche Szenen ihres Alltags als positives Beispiel dienen.

Kurz zusammengefasst, wurden hier folgende Möglichkeiten für eine Integration der Musiktherapie in das Modul „Emotionsregulation“ vorgeschlagen:

- In der Musiktherapie kann der Umgang mit negativen Reizen verbessert werden, indem mit den Patientinnen über einen möglicherweise selbstschädigenden Musikkonsum diskutiert wird.
- Es kann aber auch für die Schaffung positiver Reize und damit ein vermehrtes Auftreten angenehmer Emotionen gesorgt werden.
- Weiterhin können die Patientinnen an der Veränderung ihrer emotionalen Bewertungsprozesse arbeiten: sie können hierbei die Schritte der Emotionsidentifikation, einer differenzierten Einschätzung der Wertigkeit der jeweiligen Emotionen und einer Entscheidungsfindung für darauffolgende funktionale Handlungsimpulse in der musiktherapeutischen Praxis nachvollziehen.

Wie Borderline-Patientinnen Emotionsregulation selbst erleben, sei zum Abschluss dieses Kapitels durch eine vielzitierte Metapher veranschaulicht, hier wiedergegeben von einer Betroffenen:

„Wenn wir uns vorstellen, dass Pferde Gefühle sind, dann sitzen ‚normale‘ Menschen auf einem alten Ackergaul und die Bordis auf einem Araberhengst. Er geht schnell durch, ist schwer zu kontrollieren und lässt sich nur langsam wieder bremsen. Reiten müssen alle Menschen lernen, aber die Bordis müssen Spitzenreiter werden.“ (Anonym 2006. In: Kröger und Unckel, S. 113)

Die Rolle der Musik

Am Anfang dieser Arbeit hatte ich die Frage nach den Möglichkeiten, aber auch den potentiellen Risiken einer Behandlung von Borderline-Patientinnen mit Musiktherapie aufgeworfen. Dabei ging es auch um die Frage nach den besonderen Eigenschaften des Mediums Musik im Zusammenhang mit einer schwer kontrollierbaren Auslösung intensiver emotionaler Prozesse.

Mit einem Blick auf die Charakteristika der Musik, die *tatsächlich* in diesem Rahmen entstanden ist, und auf die DBT-spezifische Art und Weise des therapeutischen Umgangs damit möchte ich mich nun anhand einiger Überlegungen einer Stellungnahme hierzu annähern.

Da ist zunächst die Frage nach der Musik selbst: Was kennzeichnet die borderlinetypische, aktiv gestaltete Musik?

Wie schon zu sehen war, spielen sich die eigentlichen musikalischen Aktivitäten bei den hier beschriebenen Behandlungsfällen in kürzesten Zeiträumen ab.

Wie es einmal eine Patientin selbst in ihrer schriftlichen Rückmeldung am Ende der Therapie ausdrückte, handelt es sich dabei auch eher um „Klänge und Geräusche“ als um „richtige Musik“. Wertungsfrei betrachtet fehlen in den meisten Fällen wichtige Parameter wie Metrum, Rhythmus und Form, die von einem in sich schlüssigen „Musikstück“ sprechen lassen könnten. Stattdessen wagen sich die Patientinnen mit isolierten Elementen wie Anschlagsart, Klangfarbe und Dynamik an die „Öffentlichkeit“. Äußerst selten überschreitet die Dynamik allerdings den Level eines gemäßigten *Mezzoforte*, was zunächst bei diesem impulsiven Klientel nicht unbedingt zu erwarten ist.

Könnte diese Art des Musizierens für Borderline-Patientinnen zu einem Risiko werden, z. B. vermehrt Dissoziationen auslösen?

Gerade die Überschaubarkeit kurzer musikalischer Sequenzen erscheint mir als eine große Hilfe, das Risiko, Dissoziationen hervorzurufen, klein zu halten.

Auch ein von der DBT nicht bezwecktes Abschweifen der Patientinnen in regressive Phänomene wird dadurch relativ unwahrscheinlich.

Aus diesen Überlegungen heraus nutze ich auch den sogenannten „Königsweg“ der freien Improvisation hier so gut wie gar nicht. Wie Makowitzki (1995) habe ich mich intensiv mit der Frage nach einem an das Störungsbild der BPS adaptierten Einsatz dieser Methode auseinandergesetzt. Makowitzki kam dabei zu dem Ergebnis, verschiedene Regeln für die freie Improvisation zu modifizieren, während ich sie schlicht aus meinem Repertoire ausgeschlossen habe. Ihr Potential zu intensiven und schwer kontrollierbaren Prozessen scheint mir zu sehr dazu geeignet, BPS-Patientinnen in die Bereiche von dissoziativen und regressiven Zuständen abgleiten zu lassen.

Auch wären wenige dieser Patientinnen aufgrund ihrer Angst vor Kontrollverlust und ihrer übermächtigen Schamgefühle überhaupt in der Lage, sich in den offenen und freien „Spielraum“ der freien Improvisation hineinzubegeben. Eine Aufforderung hierzu kann zu starken Misserfolgserlebnissen und damit gesteigerten Insuffizienzgefühlen führen. Als Reaktion darauf wiederum wären Dissoziation und emotionale „Abstürze“ zu erwarten.

Statt auf diese traditionelle Methode zu setzen, bin ich, wie hier beschrieben, dazu übergegangen, das Phänomen „Musik“ auf kleinste, aber noch „fassbare“ Elemente und Prozesse zu reduzieren und den überaus reichen Schatz der einzelnen musikalischen Parameter im Detail zu nutzen.

Erfahrungsgemäß bleiben die erwähnten Risiken dadurch gut steuerbar.

Wie könnte man aber als Musiktherapeut sinnvoll mit den von Borderline-Patientinnen erzeugten Klängen umgehen? Wie soll man sich z. B. in einer Nachbesprechung auf sie beziehen? Oder könnte man sie musikalisch aufgreifen?

Hier erscheint mir die bereits erwähnte Reduziertheit in Form und Gestaltung der klanglichen Gestaltungen von Bedeutung. Davon ausgehend, dass chronische Scham der Grundaffekt der BPS schlechthin sei (Brokuslaus 2009, Wurmser 1990,

2000 in: Krause, Benecke, Damann 2006), ist es nicht weiter verwunderlich, dass eine ausgedehntere musikalische Form zu diesem Zeitpunkt der Therapie für die Patientinnen noch außer Reichweite erscheint. Die erzeugten Klänge scheinen vielmehr gerade in ihrer minimalen Ausdehnung den Grad der persönlichen Schwierigkeiten der Patientinnen mit dieser „auffälligen“ und gefühlsbetonten Form der Selbstdarstellung abzubilden.

Gerade in einem Stadium, in dem Patientinnen wie Frau E. ihre emotionalen Regungen und Äußerungen noch derart zurückhalten müssen, erscheint es mir verfrüht, ihre ersten Versuche mit Klängen bereits *inhaltlich* in den Blick zu nehmen. Dies würde bedeuten, die Patientinnen bereits mit dem „qualitativen Gehalt“ ihrer Spielweise hinsichtlich emotionaler Aussagekraft oder Beziehungsfähigkeit zu konfrontieren bzw. mit ihnen daran zu arbeiten. Es wäre zu erwarten, dass sie ein solches Vorgehen angesichts ihrer eklatanten Defizite im expressiven Bereich als invalidierend und möglicherweise sogar als übergriffig empfinden würden. Das Risiko eines erneuten Rückzugs ins verbale und musikalische Schweigen wäre groß. (Vgl. die konträre Sichtweise Frohne-Hagemanns 2006 in ihrer interessanten Arbeit zur Musiktherapie bei Persönlichkeitsstörungen.)

Allerdings würde m. E. die DBT generell ein Arbeiten auf dieser Ebene auch gar nicht verlangen. Im Gegenteil wird, wie oben beschrieben, gerade bei den Achtsamkeitsübungen zunächst der Fokus von den inneren Prozessen auf die Wahrnehmung im Außen umgelenkt, um die Patientinnen zu entlasten. Entsprechend versuchen wir in der Musiktherapie gemeinsam, nicht nur die Instrumente, sondern auch die entstandenen musikalischen Elemente als „objektive Phänomene“ wahrzunehmen, zu beschreiben und dann so stehen zu lassen. Der experimentelle Charakter der Achtsamkeitsübungen kommt dieser eher technokratischen, fast un-musikalisch anmutenden Umgangsweise mit den Klängen entgegen.

Dass aus den ersten „Ein-Ton-Musiken“ in manchen Fällen zu einem späteren Zeitpunkt der Therapie durchaus längere klangliche Verläufe werden können, zeigt beispielsweise Frau E.: Im dritten Monat ihrer Therapie, also zu einem deutlich späteren Zeitpunkt im Verlauf ihres „musiktherapeutischen Desensibilisierungsverfahrens“, kann sie immerhin ein stark strukturiertes Dialogspiel über ca. eine halbe Minute durchhalten. Die wachsende Anzahl der Töne veranschaulicht ihre Fortschritte im Umgang mit der für sie belastenden Anforderung eines „Hörbar-werdens“. Aber hier einen persönlichen Ausdruck oder gar einen Gestaltungswillen zu vermuten, würde das fragile musikalische Gebilde überfrachten. Die Tiefe ihrer Gefühle in ihrer ganzen Dimension in Sprache, oder eben Musik wirklich *ausdrücken* zu können, ist zwar vielfach der Wunsch von Patientinnen wie Frau E., wird aber zu diesem Zeitpunkt der Therapie noch durch die vorherrschenden Ängste und vor allem Schamgefühle verhindert. Spielvorschläge beinhalten hier also eher technische Vorgaben mit viel haltgebender Struktur. Nach dem Spiel bleiben wir beim nicht-wertenden Beschreiben und seinen unverfänglichen „quantitativen Aspekten“, z. B. der Dynamik, und wenden uns später zunehmend den Gefühlen der Patientin *beim* Spielen zu. Die musikalischen Handlungen an

sich bieten dann viel Raum, um die oben aufgeführten Schritte der Emotionsregulation praktisch zu üben. (Was nehme ich an mir wahr? Entspricht das Gefühl eigentlich der Situation? Welcher Handlungsimpuls drängt sich mir auf? Soll ich ihm folgen?)

Frau L., die Patientin der letzten Fallvignette, befindet sich, was ihre Umgangsmöglichkeiten mit dem Medium Musik angeht, an einem anderen Punkt. Ohne weitere Unterstützung kann sie Instrumente und Klänge einem emotionalen Anteil zuordnen und ihn dadurch in konzentrierter Weise nach außen darstellen. Der vehemente Schlag auf das Becken wurde von ihr im Nachhinein auch tatsächlich als Gefühlsausdruck bezeichnet. Aber sie musste diesen ersten musikalischen Versuch in Richtung Expressivität am Ende der beschriebenen Sequenz abrupt abbrechen, als der vermutlich dahinter steckende Verlassenheitsschmerz sie zu überwältigen drohte. Die Angst vor dem Verlassenwerden ist für Borderline-Patientinnen eine der „gefährlichsten“ Emotionen überhaupt. Weniger tief gestörte Patienten könnten in ähnlichen Trennungssituationen in ihrer Trauerbewältigung eventuell durch einfühlsame, musikalische Begleitung von Therapeutenseite her unterstützt werden. Im Falle von Frau L. hätte ein derartiges Vorgehen durch die weitere Intensivierung des Erlebens aber zu einer emotionalen Überflutung führen können, die ja durch die DBT erklärtermaßen verhindert werden soll. Aus diesem Grund verzichte ich in solchen Fällen auf rein musikalische Interventionen.

Welche Rolle spielt die Musik also im hier beschriebenen Kontext?

Auch wenn dies für mich als Musikerin und Musiktherapeutin manchmal schwer einzugestehen sein mag: Meiner Ansicht nach stellen die im weitesten Sinne als „Musik“ zu bezeichnenden Klangphänomene im Prinzip ein wertvolles *Mittel zum Zweck* dar. *Dabei steht für mich weniger die Musik selbst im Mittelpunkt, sondern die vielfältigen Handlungsformen mit Musik.* Ein zentraler psychotherapeutischer Inhalt des DBT-Manuals, die Arbeit an einer verbesserten Affektregulation, wird mit Hilfe musikalischer Aktivitäten in verschiedenster Form durch aktives Üben begleitet. Der Vorteil eines solchen „Übens unter Aufsicht“ besteht in der Möglichkeit, die Patientinnen direkt auf Veränderungen ihrer emotionalen Befindlichkeit hinweisen zu können, die ihnen selbst zunächst meist nicht bewusst sind: Wann genau geschah ein Umschlagen der Stimmung ins Positive? Welche Handlung hat die Affektregulation bewirkt? Fragen wie diese, die auch außerhalb des therapeutischen Settings relevant werden, können direkt *in* der emotional noch „heißen“ Situation geklärt werden. Dadurch zeigen sich für den weiteren Lerneffekt klar die Vorzüge einer handlungsorientierten Therapie.

Angesichts dieser Überlegungen komme ich zu dem Schluss, dass unter Berücksichtigung der DBT-Prinzipien im Umgang mit dem Medium Musik eine Teilnahme an der Musiktherapie für die BPS-Patientinnen kein größeres Risiko darstellt, als dies bei den anderen therapeutischen Angeboten in diesem Rahmen der Fall ist. Ich gehe vielmehr davon aus, dass die Musiktherapie eine Bereicherung darstellen kann,

da theoretisch erarbeitete Themen der Achtsamkeit und Emotionsregulation in der Praxis zeitnah und auf das Individuum abgestimmt als Skill Anwendung finden.

Zusammenfassung und Ausblick

Anfänglich wurde beschrieben, welche große Schwierigkeiten Borderline-Patientinnen damit haben, aufgrund ihrer Affektregulationsstörung ihre Gefühle einordnen, benennen und kontrollieren zu können. Die Hypothese wurde aufgestellt, dass auch die ursprünglich im DBT-Manual nicht vorgesehene Musiktherapie einen sinnvollen Beitrag leisten kann, die Patientinnen beim Erlernen neuer Fertigkeiten im Bereich der Emotionsregulation zu unterstützen. Im Verlauf der Arbeit konnte gezeigt werden, dass die Musiktherapie für das Modul „Innere Achtsamkeit“ erweiterte Übungsmöglichkeiten bietet, mit deren Hilfe die Fähigkeit zur inneren Distanzierung von überschießenden Gefühlen auf anschauliche und sinnlich ansprechende Art trainiert werden kann. Aber auch im Modul „Emotionsregulation“ kann anhand musiktherapeutischer Aktivitäten den Patientinnen verdeutlicht werden, wie sie die in der DBT erlernten Fertigkeiten in die Praxis umsetzen können. Dass musiktherapeutische Spielformen durchaus auf verhaltenstherapeutischer Grundlage interpretiert werden können, sollte anhand der vorliegenden Fallbeispiele beschrieben werden.

Allerdings kam angesichts besonderer Risiken in der Zusammenarbeit mit diesem besonders vulnerablen Klientel auch immer wieder die Notwendigkeit zur Sprache, die gewohnte musiktherapeutische Methodik zu hinterfragen und zu modifizieren bzw. zu ergänzen. Auch die besondere Gestaltung des Settings, die strukturierte Planung des Therapieverlaufs und die direktive therapeutische Haltung wurden vor diesem Hintergrund beschrieben.

Wenn die Wirksamkeit einer solchen Vorgehensweise hier auch noch nicht empirisch untermauert werden konnte, sollte doch durch den fortwährenden Bezug zwischen musiktherapeutischer Praxis und DBT-Theorie deutlich geworden sein, dass die Musiktherapie sich in das empirisch bereits gut belegte DBT-Regime einordnen kann. Empirische Studien zur Wirksamkeit der eigentlichen musiktherapeutischen Arbeitsweise könnten nun folgen. Abgesehen davon ist vielleicht auch ein Grundstein für ein weiteres Interesse der musiktherapeutischen Fachwelt an verhaltenstherapeutisch geprägten Musiktherapieformen gelegt worden, wie sie im hier beschriebenen Rahmen der DBT entstehen können. Vor dem Hintergrund steigender Absolventenzahlen von verhaltenstherapeutischen im Vergleich zu tiefenpsychologischen Ausbildungsinstituten und entsprechend wachsender Bedeutung dieser Therapieform in der Kliniklandschaft ist nicht von der Hand zu weisen, dass Musiktherapeuten in Zukunft immer öfter mit Verhaltenstherapeuten zusammenarbeiten werden. An dieser Stelle möchte ich noch einmal betonen, wie abwechslungsreich, intensiv und komplex, dabei auch herausfordernd und erfüllend eine solche Arbeitsweise sein kann.

Der hier beschrittene Weg zeigt *eine* Möglichkeit für die Gestaltung einer solchen Zusammenarbeit auf. Wenn eine fachliche Diskussion über mögliche Varianten hiermit angestoßen werden könnte, würde ich mich freuen.

Zum Abschluss soll noch einmal die Begründerin der DBT, Marsha Linehan selbst mit einer ihrer Metaphern zu Wort kommen, die immer wieder auf unvergleichliche Art therapeutische Sachverhalte veranschaulichen können:

„Das Training von Fertigkeiten mit Borderline-Patientinnen ist in etwa so, als würde man versuchen, jemandem beizubringen, inmitten eines Orkans ein Zelt aufzubauen.“
(Linehan, in: Stiglmayer, Schehr, Bohus 2002, S. 126)

Dieses Zelt aufbauen zu helfen und dabei dafür zu sorgen, dass es nicht mit allen Beteiligten vom Orkan davon geweht wird, ist das erklärte Ziel meiner musiktherapeutischen Arbeit mit den Patientinnen in der DBT.

Literatur

- Anders, B. (1999/2004): Ich heiße Berit und habe eine Borderline-Störung. Protokoll einer Selbstfindung. 5. Aufl., Düsseldorf, Zürich
- Berking, M., Znoj, H.-J. (2006): Achtsamkeit und Emotionsregulation – When East Meets West. PiD 4, 8. Jahrgang
- Bohus, M. (2002): Borderline-Störung. Göttingen, Bern, Toronto etc.
- Bohus, M., Berger, M. (1996): Die Dialektisch-Behaviorale Psychotherapie nach M. Linehan. Nervenarzt 67, 911–923
- Bohus, M., Brokuslaus, I. (2006): Körpertherapie im Rahmen der Dialektisch-behavioralen Therapie für Borderline-Störungen. In: Rimmel, A., Kernberg, O., Vollmoeller, W. et al: Handbuch Körper und Persönlichkeit. Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart, New York
- Bohus, M., Höschel, K. (2006): Psychopathologie und Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Psychotherapeut 51, 261–270
- Bohus, M., Stieglitz, R.-D., Fiedler, P. et al. (2004): Persönlichkeitsstörungen. In: Berger, M. (Hrsg.): Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. München, Jena
- Brokuslaus (2009): persönliche Mitteilung während einer Fortbildung des FWI am 19.6.2009 am Pfalzkrankenhaus
- Dammann, G., Buchheim, P., Clarkin, J. F. et al. (2000): Einführung in eine übertragungsfokussierte, maualisierte psychodynamische Therapie der Borderline-Störung. In: Kernberg, O. F., Dulz, B., Sachsse, U.: Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart, New York
- Dulz, B., Jensen, M. (2000): Aspekte einer Traumaätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: psychoanalytisch-psychodynamische Überlegungen und empirische Daten. In: Kernberg, O. F., Dulz, B., Sachsse, U.: Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart, New York

- Engelmann, I. (1995): Musiktherapie in psychiatrischen Kliniken. Fragebogenuntersuchung zur Verbreitung und Durchführung. *Nervenarzt* 66, 217–224
- Flatten, G. (2003): Posttraumatische Belastungsreaktionen aus neurobiologischer und synergetischer Perspektive. In: Schiepek, G. (Hrsg.): *Neurobiologie der Psychotherapie*. Stuttgart, New York
- Frohne-Hagemann, I. (2006): Musiktherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In: Remmel, A., Kernberg, O., Vollmoeller, W. et al: *Handbuch Körper und Persönlichkeit. Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart, New York
- Grawe, K. (2004): *Neuropsychotherapie*. Göttingen, Bern, Toronto etc.
- Greenberg, L. S. (2005): Emotionszentrierte Therapie: Ein Überblick. *Psychotherapeutenjournal* 4/2005
- Hand, I. (2008): Exposition und Konfrontation. In: Linden, M., Hautzinger, M.: *Verhaltenstherapiemanual*. 6. erweiterte Auflage. Heidelberg
- Höschel, K., Bohus, M. (2005): An der Grenze zur Verzweiflung. Borderline-Persönlichkeitsstörungen in der Praxis. In: Internet: www.derneurologe-psychiater.de
- Höschel, K., Bohus, M (2007): Weiterentwicklungen in der verhaltenstherapeutischen Borderline-Therapie. *PiD* 4, 8. Jahrgang
- Kernberg, O. F. (2000): Die übertragungsfokussierte (oder psychodynamische) Psychotherapie von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation. In: Kernberg, O. F., Dulz, B., Sachsse, U.: *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart, New York
- Krause, R., Benecke, C., Damann, G. (2006): Affekt und Borderline-Pathologie. Einige empirische Daten. In: Remmel, A., Kernberg, O., Vollmoeller, W. et al: *Handbuch Körper und Persönlichkeit. Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart, New York
- Kröger, C., Unckel, C. (2006): Borderline-Störung. Wie mir die dialektisch-behaviorale Therapie geholfen hat. Göttingen, Bern, Wien etc.
- Kupski, G. (2007): Borderline-Störung und Musiktherapie im Kontext der Dialektisch-Behavioralen Therapie. *Musiktherapeutische Umschau*, 28, Heft 1, 17–27
- Lazarus, R. (1991): *Emotion and Adaptation*. Oxford, New York
- Linehan, M. (1996): *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München
- Linehan, M. (1996a): *Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München
- Makowitzki, R. (1995): „Über mein Spiel kann ich nichts sagen, denn ich spüre nichts“. Möglichkeiten der Modifikation musiktherapeutischer „Standardregeln“. *Musiktherapeutische Umschau*, 16, Heft 2, 126–147
- Oerter, U. (2006): 2 mal 1 Minute Klang-Hören: Wahrnehmungstraining in der Musiktherapie. In: Internet: www.musiktherapie.de, *Musiktherapeutische Umschau online*
- Oerter, U., Scheytt-Hölzer, N., Kächele, H. (2001): Musiktherapie in der Psychiatrie. Versorgungslage und Forschung. *Nervenheilkunde* 20, 428–433

- Rüegg, J. C. (2001/2003): Psychosomatik, Psychotherapie und Gehirn. Neuronale Plastizität als Grundlage einer biopsychosozialen Medizin. 2. aktual. und erweiterte Auflage. Stuttgart, New York
- Sachsse, U. (1995): Die Psychodynamik der Borderlinepersönlichkeitsstörung als Traumafolge. Forum Psychoanal 11, 50–61
- Schauenburg, H., Broda, M. (2007): Borderline-Störung - ein ideales Feld der Therapieintegration? PiD 4, 8. Jahrgang
- Scheidt, G. (2005): Musiktherapie mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Internet: www.musiktherapie.de (letzter Zugriff: Juli 2009)
- Schwabe, C. (2004): Regulative Musiktherapie. Wegmarken einer Konzeptionsentwicklung. In: Frohne-Hagemann (Hrsg.): Rezeptive Musiktherapie. Theorie und Praxis. Wiesbaden
- Sendera, A., Sendera, M. (2005): Skills-Training bei Borderline- und Posttraumatischer Belastungsstörung. Wien
- Schmidt, H. U. (2002): Musiktherapie bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Persönlichkeitsstörungen 6, 65–74
- Sloboda, J., Juslin, P. N. (2001): Music and Emotion. Theory and Research. Oxford
- Spitzer, M. (2002): Musik im Kopf. Stuttgart
- Steinberg, R. (1999): Indikationen und Methoden der Musiktherapie. In: Nissen, G. (Hrsg.): Verfahren der Psychotherapie, Stuttgart.
- Stiglmayr, C., Schehr, K., Bohus, M. (2002): Fertigkeiten-Training im Rahmen der Dialektisch-Behavioralen Therapie für Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Persönlichkeitsstörungen 6, 65–74
- Stiglmayr, C. E., Lammers, C.-H., Bohus, M. (2006): Achtsamkeit und Akzeptanz in der Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. PiD 4, 8. Jahrgang
- Veselinovic, T., Louis, F., Himmerich, H (2008): Dialektisch-Behaviorale Therapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung. Psychoneuro 34 (10), 467–470
- Zatorre, R. J.; Peretz, I. (2001): The Biological Foundations of Music. Annals of the New York Academy of Sciences. Vol. 930
- Zeuch, A., Hänsel, M., Jungaberle, H. (2004): Systemische Konzepte für die Musiktherapie. Spielend lösen. Heidelberg

Angela Knoche, M. A., Musiktherapeutin, Diplom-Musikerin,
Pfalzkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie, Weinstrasse 100,
76889 Klingenstein.
E-Mail: angela.knoche@pfalzkrankenhaus.de

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 line of eighth notes (G, A, B, C, D, E, F, G). The bottom staff is labeled 'Klavier' and uses a treble clef. It begins with a quarter rest, followed by a dotted quarter note D2. A dashed box highlights the interval between the Xylophon's third note (F) and the Klavier's first note (D2). The Klavier part then continues with eighth notes corresponding to the Xylophon's melody. Dynamics 'pp' and 'mp' are indicated below the Klavier staff.

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.

The image shows two staves of musical notation. The top staff is labeled 'gr. Xylophon' and the bottom staff is labeled 'Klavier'. Both staves are in treble clef. The Xylophon part consists of a series of short, rhythmic notes, mostly eighth and sixteenth notes. The Klavier part consists of longer, more sustained notes, including a half note and a whole note. Two specific notes in both parts are highlighted with dashed boxes, indicating their simultaneous occurrence. The first highlighted note is a G4 in the Xylophon and a G4 in the Klavier. The second highlighted note is an E5 in the Xylophon and an E5 in the Klavier.

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 is for the Xylophon and the bottom staff is for the Klavier. The time signature is 4/4. The first system shows a continuous eighth-note pattern on the Xylophon and a simple harmonic accompaniment on the Klavier. The second system introduces a more complex Xylophon pattern with some sixteenth-note runs. The third system features a highly rhythmic Xylophon part with many sixteenth notes. The fourth system shows a similar complex Xylophon pattern. The Klavier accompaniment in all systems is based on a simple harmonic structure with sustained notes in the bass.

Abb. 3: Notenbeispiel 3

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

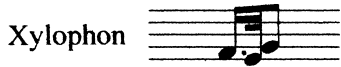


Abb. 4: Notenbeispiel 4

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 by Sylvia Kunkel. Each system consists of a grand xylophone (gr. Xylophon) part and a piano (Klavier) part. The first system shows the xylophone playing a rhythmic pattern of eighth notes, while the piano accompaniment is sparse. The second system features a 'Motiv *' bracketed over a sequence of notes in both parts. The third system includes an 8va marking above the xylophone part and a 'pp weich' marking below the piano part, indicating a soft and delicate texture.

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 Aufnahmegesprächs 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

J. S. Bach, barocke Affektenlehre und Musiktherapie – Versuch einer Zusammenführung

J. S. Bach, Baroque Models of Affect and Music Therapy – A Comparative Study

Bettina Weixler, Wien

Musikalische Affektenlehre und Musiktherapie scheinen auf den ersten Blick Jahrhunderte auseinander zu liegen und wenig gemein zu haben. Neben den gemeinsamen Wurzeln in der antiken Ethoslehre zeigt sich der große Einfluss der Affektenlehre auf die Entstehung der Musiktherapie. Die Affinität der beiden Disziplinen wird in ihrem Grundverständnis bezüglich der Einflussmöglichkeiten von Musik auf den Menschen deutlich. Gehen doch beide davon aus, dass Affektausdeutung, Affektnachahmung, Affektänderung und Affektausdruck mittels Musik möglich ist. Die Bachsche Musik wird hier stellvertretend für Barockmusik gesehen, da sie als Inbegriff barocker Kompositionskunst sowie der Anwendung von Affektenlehre und musikalischer Rhetorik betrachtet werden kann. Es gilt hier die Zusammenhänge und Unterschiede der Disziplinen, sowie die Gründe für die Anwendung/ Nicht-Anwendung barocker, in der Tradition der Affektenlehre stehender Musik in der Musiktherapie aufzuzeigen. Zudem wird der Versuch unternommen, die unterschiedlichen Definitionen des Affektbegriffs in den Psy-Wissenschaften (Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie) und der Musiktherapie zu fassen. Es kann gezeigt werden, dass die Musik J. S. Bachs in der Musiktherapie Anwendung findet. Eine bestimmte Verwendung Bachscher Musik in Bezug auf die Indikation und Zielsetzung, im Sinne umschriebener Krankheitsbilder, kann nicht nachgewiesen werden. Es konnten jedoch vier Problemfelder (durch Analyse von Fallbeispielen in der Fachliteratur (1948–2009) sowie einer Expertenbefragung) ausgemacht werden, in denen Bachsche Musik häufiger zum Einsatz kommt. Diese Problemfelder umfassen die Themenkreise „Sterben“, „Angst“, „Spiritualität“ sowie „Strukturbedürfnis“.

Affect models of music and music therapy appear, at first sight, to lie centuries apart with very little in common. In addition to the common roots which lie in the antique doctrine of ethos, the affect models strongly influenced the origins of music therapy. The affinity of both disciplines becomes evident through their basic understanding concerning the influence of music on people. Both proceed on the assumption that interpretation, imitation, alteration and expression of affect are possible through music. Bach's music is presented here as representational for Baroque music, since

it is considered the epitome of not only the Baroque style of composition but of the implementation of models of affect and musical rhetoric. This study presents the similarities and differences of these disciplines as well as the reasons for the application/non-application of Baroque music, based upon the tradition of music attributed from models of affect in music therapy. Moreover an attempt is made to gain understanding of the diverse definitions of the term affect, within the „psy-sciences“ (psychology, psychiatry, psychotherapy) and music therapy.

It is ascertained that J. S. Bach's music is applicable in music therapy. Specific utilization of Bach's music cannot be proven in regard to therapeutic indication and goals for circumscribed disorder patterns. Four problem areas are detected however, through analysis of case studies in professional literature (1948–2009) and by consulting experts, in which Bach's music is applied more frequently. These problem areas embrace common themes: „death“, „anxiety“, „spirituality“ and „structural need“.

Einleitende Worte

Als Ausgangspunkt für die Entstehung dieser Arbeit kann die Auseinandersetzung mit barocker Musik sowie musikalischer Affektenlehre vor einigen Jahren im Rahmen des Musikwissenschaftsstudiums an der Universität Wien gesehen werden. Eine erste Vertiefung in diese Thematik wurde in der Diplomarbeit „Affektenlehre und rhetorische Figuren in den Kantaten Johann Sebastian Bachs“ verwirklicht. In einer weiteren Arbeit wollte ich eine Verbindung zur Musiktherapie herstellen. Der Einsatz rezeptiver Techniken und vor allem von Tonträgern sowie die Auseinandersetzung mit Musikwirkung auf dem Hintergrund meiner musiktherapeutischen Ausbildung in der Tradition der „Wiener Schule der Musiktherapie“ haben viele Fragen aufgeworfen, die ich zu beantworten versuchte. Mein Dank gilt Dr. Dorothea Oberegelsbacher, die mich ermutigte diesen Schritt in unbekannte Gewässer zu wagen und mir die Umsetzung im Rahmen meiner Diplomarbeit im Studiengang Musiktherapie ermöglichte. Der folgende Artikel stellt eine überarbeitete Zusammenfassung dar und enthält die wesentlichen Ergebnisse und Erkenntnisse der Diplomarbeit.

Barocke Affektenlehre

Im deutschsprachigen Raum des 16. Jahrhunderts entstehen zahlreiche Lehren die heute unter dem Terminus *Affektenlehre* zusammengefasst werden können. Sie entwickeln sich aus dem Bedürfnis Traditionen zu systematisieren und kompositorische Neuerungen zu beschreiben und zu etablieren. Die Wirkmacht der Musik ist seit den antiken Hochkulturen bekannt und hat ihre Wurzeln (wie die Musiktherapie) in der griechischen Ethoslehre. Diese geht davon aus, dass Affekte in Kunst und Rhetorik nachgeahmt werden können (Mimesis) und eine Affektabfuhr durch Identifizierung des Zuhörers mit dem Kunstwerk (Katharsis) möglich ist.

Die wesentlichen musikgeschichtlichen Neuerungen des 16. Jahrhunderts, wie die Entstehung weltlicher Musikdramatik (Oper) und die Hinwendung zur Monodie, lassen eine Kontroverse um die Vorrangstellung von Sprache und Musik entstehen. Fubini (1997) schreibt dazu, dass die Möglichkeit Affekte im Zusammenhang mit Charakteren, Ideen und Handlungen zu inszenieren die Notwendigkeit einer praktischen wie auch theoretischen Lösung für das Hauptproblem, nämlich das Verhältnis zwischen der Sprache der Gefühle und der Sprache der Töne, dringlich mache (S. 95). Daraus entwickelt sich ein Konflikt über die Vorrangstellung von Wort und Musik. Denn nicht nur die reformatorische Weltanschauung versteht in jener Zeit die musikalische Ausdeutung des Textes (der heiligen Schrift) als Hauptaufgabe der Musik. Das führt dazu, dass zahlreiche Musiktheoretiker und Philosophen (unter ihnen Heinrich Glarean, Vincenzo Galilei, Renè Descartes, Anastasius Kirchner, Nikolaus Forkel und Johann Mattheson) damit beginnen, Regelwerke für Kompositionstechnik und Textausdeutung zu verfassen. Die Blütezeit der musikalischen Affektenlehre reichte von der Entstehung der ersten Lehre Burmeisters 1599 bis zur letzten Affektenlehre von Nikolaus Forkel im Jahre 1788. Zudem orientiert sich das Musikverständnis dieser Epoche stark an der Rhetorik, was zur Übernahme zahlreicher rhetorischer Figuren in die Kompositionslehre und der Entstehung einer musikalischen Figurenlehre führt.

Figurenlehre

Neben der musikalischen Affektenlehre etabliert sich ein Katalog an symbolischen und textausdeutenden Figuren, die Naturerscheinungen, Gefühle und Handlungen darstellen sollen. Es entstehen Abbildungsfiguren, Wiederholungsfiguren, melodische Figuren, Pausen- und Satzfiguren, deren Hauptaufgabe darin besteht den Text auszudeuten, dabei den Sinngehalt der Worte deutlich hervortreten zu lassen bzw. sinntragende Worte zu bekräftigen, ihren bildlichen Gehalt hörbar zu machen, den Affektausdruck zu intensivieren und auch der Affektanregung zu dienen (Beinroth, 1996, S. 65). Im Gegensatz zur Affektenlehre stellt die Figurenlehre einzelne typisierbare musikalische Gebilde zur Verfügung, deren Funktion es ist einerseits den Text abzubilden und andererseits die Melodie auszus schmücken. Gemeinsames sowie die Unterschiede von Affekten- und Figurenlehre werden in folgendem Zitat von Eggebrecht (1996, S. 346) deutlich:

„Beide sind geprägt einerseits durch das Denken an die Wirkung auf den Menschen [...], andererseits durch ein Operieren, in dessen Mittelpunkt [...] das Rationalisieren und Typisieren, das Analogie-Denken und das Verfahren der Nachahmung stehen. Gleichwohl sind die beiden musikalischen Ausdrucksarten verschieden in ihrem Zustandekommen und in ihrer Erscheinungsweise, so verschieden wie das gemüthaft Allgemeine, der Affekt, und das rhetorisch Konkrete, die Figur. Und doch berühren und überschneiden sie sich in ihrer Verschiedenheit und können in ihrem Erscheinungsbild sogar identisch sein.“

Ein großer Teil der Figuren bezieht sich auf die so genannte „Nachahmungslehre“, die ihren Ursprung in der Mimesislehre des Aristoteles hat. Bezüglich Bachscher Musik ist beispielsweise die Darstellung von Tränentropfen, Geißelschläge, Keuchen, Herzklopfen des Opfers am Kreuz, usw. zu nennen (Weixler, 2007).

Zwei Beispiele aus der Kantate „Gottes Zeit ist die allerbeste Zeit“ (BWV 106) von J. S. Bach sollen die musikalische Figurenlehre veranschaulichen (Abb.1, 2):



Abb. 1: (BWV 106, „Gottes Zeit ist die allerbeste Zeit“, 2. Coro, Takt 27–29)

In Abb. 1 wird der Sinngehalt des Wortes „lange“ durch lange Notenwerte in Form einer Hypotyposisfigur (Abbildungsfigur) klanglich dargestellt.



Abb. 2: (BWV 106, „Gottes Zeit ist die allerbeste Zeit“, 2. Coro, Takt 31–34)

In Abb. 2 findet sich eine Hypotyposisfigur (Abbildungsfigur), die eine gegenständliche Abbildung des „Webens“ liefert.

Laut Janina Klassen (2006) spielt in der Auseinandersetzung mit rhetorischen Figuren die Rationalität eine wesentliche Rolle, da die Verwendung und Anwendung der Figuren in erster Linie eine rationale Tätigkeit ist. Figurenkataloge stellen demnach ein Fachvokabular zur Verfügung, das dem Komponisten des 17. und 18. Jahrhunderts gewissermaßen als Anleitung dient. Eine gesunde kritische Betrachtung des komplexen Themas, das sich über eine Zeitspanne von zwei Jahrhunderten erstreckt und in systematischer Form isoliert im protestantisch deutschsprachigen Gebiet nachweislich existierte, erscheint wichtig. Vorsicht ist geboten in der Werkanalyse der barocken Musik, denn im Nachhinein kann jeder musikalischen Wendung mit viel Geschick der Mantel einer musikalisch-rhetorischen Figur umgehängt werden.

Musikalische Klangrede

Ende des 17. Jahrhunderts entwickelt sich der Begriff einer *musikalischen Klangrede*, deren Aufgabe Johann Mattheson (1739) darin sah, „dass der Zuhörer dar-

aus [aus der Musik, Anm. d. Verf.] als ob es eine wirkliche Rede wäre, den Trieb, den Sinn, die Meinung und den Nachdruck mit allen dazugehörigen Ein- und Abschnitten völlig begreifen und deutlich verstehen möge“ (S. 33). Die Komponisten sollen demnach – ohne Worte – allgemein verständliche Inhalte in ihren Werken transportieren. Eggebrecht (1996) beschreibt die Musik des Barock als ein „[...] in sich selbst [...] sinnvolles Gefüge aus tönendem Stoff, eine Ordnung, die sich zu ihrer klingenden Verwirklichung Regeln und Gesetze gibt, eine Kunst, deren Spezifisches das spezifisch Musikalische ist: die tönende Form. Doch schon in diesem Bei-sich-selbst-Sein ist die Musik für die Menschen der Barockzeit mehr als nur sie selbst: Sie weist über sich hinaus auf eine höhere Ordnung, auf die als Harmonia geschaffene Welt, deren Abbild sie ist“ (S. 145). Doch nicht nur die Abbildung dieser höheren Welt ist für die Barockzeit wesentlich, sondern auch die, durch den Humanismus und die Renaissance langsam einsetzende Hinwendung zu den Empfindungen der Menschen (Eggebrecht 1996, S. 345). Und ebendiese werden durch die Affekten- und Figurenlehre dargestellt und im Menschen ausgelöst, wobei es sich dabei um stilisierte Gefühle und nicht um persönliche handelt (Michels, 1997, S. 303). Die Zahl, der auszudrückenden Affekte schwankt je nach Autor erheblich (Eggebrecht 1996, S. 353). Für Anastasius Kircher (1601–1680) gelten acht Affekte, die durch Musik ausgedrückt werden können: Liebe, Traurigkeit, Freude, Wut, Mitleid, Furcht, Mut und Verzweiflung, wobei die Affekte Freude und Traurigkeit die Hauptaffekte darstellten (S. 353f.). Johann Mattheson (1739) fügt noch weitere Affekte hinzu: Hoffnung, Begierde, Stolz, Demut, Hartnäckigkeit und Eifersucht. Er gilt als einer der bekanntesten Musiktheoretiker des 18. Jahrhunderts und entwirft in seinem Werk „der vollkommene Capellmeister“ eine umfassende Kompositions- und Affektenlehre. Darin konstatiert er (1999), dass ein Komponist sich bei jeder Melodieerrichtung eine Gemütsbewegung zum Hauptzweck setzen müsse und weiters „dass die Melodie aus der Harmonie entspringen soll, ist ein falscher, verführerischer und schädlicher Satz, welcher wohl der Mühe werth war, daß er widerlegt wurde.“ (S. 28) Er stellt die Instrumental- und die Vokalmusik auf dieselbe Stufe und spricht beiden den Status einer Klangrede zu, wenn er (1995) schreibt, dass auch „ohne Worte in der blossen Instrumentalmusik... allemahl und bey einer jeden Melodie die Absicht auf eine Vorstellung der regierenden Gemütsneigung gerichtet seyn [...], so dass die Instrumente mittels des Klanges gleichsam einen redenden und verständlichen Vortrag machen“ (S. 127). Zur richtigen Affektausdeutung ordnet er bestimmten Tanztypen, Intervallen, Rhythmen, Tonarten und Harmonien Affekte zu, um den Komponisten ein Mittel zur Affektausdeutung zur Verfügung zu stellen. Wachsender Individualismus und aufkommende Empfindsamkeit, die im Widerspruch mit einer Lehre des systematischen Affekt- und Textausdrucks standen, brachten das Ende von Affekten – und Figurenlehre im ausgehenden 18. Jahrhundert (Bartel, 1997, S. 69).

Musiktherapie und musikalische Affektenlehre

Die Stilmittel und Figuren der Affektenlehre werden in Filmmusik, Hintergrundmusik und Werbung noch immer eingesetzt. Auch in der Musiktherapie sind einige dieser Ansätze bis heute in Anwendung. Das hängt damit zusammen, dass Reaktionen auf Musik kulturell beeinflusst und teilweise erlernt sind. Für die Zuordnung einer „traurigen“ Stimmung zu Moll-Tonarten und einer eher „fröhlichen“ Stimmung zu Dur-Tonarten sind in erster Linie die gesellschaftlichen Traditionen maßgebend, denn durch die immer wiederkehrende Verbindung einer Tonart mit einem Zweck, stellt sich eine Assoziation einer Tonart mit einer bestimmten Stimmung ein (Weixler, 2009). Ähnliches erleben Menschen des westlichen Kulturkreises beispielsweise beim Hören eines Trauermarsches (Schmidhofer, 2007). Auch in der Musiktherapie spielt die Symbolik eine große Rolle. Der wesentliche Unterschied zur Affekten- und Figurenlehre besteht jedoch in der Betonung der subjektiven Wahrnehmung des Hörers. Allgemeingültige Symbolisierungen treten hier jedoch zugunsten einer subjektiven Wahrnehmung, die immer auch von der Verfassung und Gestimmtheit einer Person abhängt, in den Hintergrund. Decker-Voigt (2000) schreibt dazu, dass „[...] jeder der sich mit Musik beschäftigt, es sofort mit Symbolen und ihrer Kraft zu tun [hat] – bewusst oder unbewusst“. Jede Musik „steht für etwas“, was über sich hinausweist und eine bestimmte Bedeutung für den Musikhörer oder Spieler hat“ (S. 256). Er (2005) unterstreicht die Notwendigkeit, dass trotz allem diese Deutungen vom Patienten zu kommen haben. Die TherapeutIn stelle der PatientIn Deutungsmöglichkeiten zur Verfügung, fungiert als Berater und Betreuer, hat jedoch nicht die Aufgabe dem Patienten Interpretationen aufzuzwingen. Hier wird deutlich, dass die Figuren, die sich im Barock herausgebildet haben noch immer Relevanz besitzen, denn eine Melodie die nach oben geht, schneller wird und dann „absackt“ und langsamer wird bedient sich rhetorischer Figuren, deren Bedeutung unseren Kulturkreis seit über 300 Jahren prägt.

Das untermauern zwei Untersuchungen, die der Frage nachgehen, ob Versuchspersonen den musikalischen Ausdruck barocker Musik ähnlich beschreiben würden, wie er in der barocken Affektenlehre dargestellt wurde (Kötter 1996, 1998). Kötter untersucht (1996) erstmals die Zusammenhänge „zwischen den Benennungen von Affekten in der Barockmusik und Begriffen der heutigen Emotionspsychologie“ (S. 75). In der Untersuchung wurden 10 Ausschnitte von Einleitungen zu Arien ausgewählt, die zwischen 15 und 30 Sekunden dauerten. Die Versuchspersonen (Vpn) sollten den einzelnen Hörbeispielen Affekte bzw. Emotionen zuordnen. Dazu wurde ein Fragebogen mit 20 Affekten (n. Anastasius Kirchner und Johann Mattheson), sowie Affekte aus der Emotionspsychologie in fünffacher Abstufung erstellt. Die Affekte waren: Liebe, Hoffnung, Freude, Sehnsucht, Demut, Mitleid, Scham, Traurigkeit, Langeweile, Kummer, Verzweiflung, Furcht, Ekel, Wut, Eifersucht, Hartnäckigkeit, Unruhe, Überraschung, Stolz und Begierde. Die Auswertung der Testergebnisse ergab eine Zuordnung der Testpersonen im Sinne der Tra-

dition (Kötter, 1996, S. 55). In einer weiteren Untersuchung Kötters (1998) wurde die Gruppe der Versuchspersonen auf Schulklassen unterschiedlichen Schultyps und Jahrgangs ausgeweitet. Bei dieser Untersuchung wurden zusätzlich Angaben zur musikalischen Sozialisation der Versuchspersonen gemacht und ausgewertet. Diesmal wurden die Versuchspersonen aufgefordert „nicht das eigene Gefühl beim Anhören der Musik anzugeben, sondern was ihrer Meinung nach durch die vorge-spielte Musik ausgedrückt bzw. dargestellt werden sollte“ (Kötter, 1998, S. 56). Die Auswertung der Ergebnisse ergab, dass „bei den Befragten eine große Einheitlichkeit im Ausdrucksverständnis vorliegt“ (Kötter, 1998, S. 66). Kötter stellt am Ende seiner Ausführungen die Frage, wie es möglich sei, dass die musikalischen Affekte des 18. Jahrhunderts auch von musikalisch nicht vorgebildeten Personen im Sinne der Tradition erkannt werden können. Kötter (1998) vermutet, dass „musikalischer Ausdruck, soweit er hier untersucht wurde, durch das Zusammenwirken von Melodie, Rhythmik usw. auf einer so allgemeinen Ebene entsteht, dass seine Ausprägungen eventuell auch in heutiger Gebrauchs- und Unterhaltungsmusik gelernt und transferiert werden können“ (S. 66).

In diesen Experimenten wird die kulturelle Verbundenheit mit der langen Tradition der Affektenlehre deutlich. Frohne-Hagemann (2001) schreibt zur barocken Affektenlehre und ihrem Bezug zur Musiktherapie, dass MusiktherapeutInnen, die von einem universalen Affektausdruck ausgehen sich auf Glatteis begeben, denn „[...] musikalische „Archetypen“ sind nicht so ein-deutig zu interpretieren wie etwa Zigeuner Traumsymbole deuten!“ (S. 280). Sie vergleicht diese Vorgehensweise mit der „musiktherapeutischen Diagnostik“, die versucht „das musikalische Verhalten ein-deutig nach Störungsbildern zu klassifizieren“ (ebd.). Für sie ist dies aus der Geschichte der Ästhetik heraus nachvollziehbar, jedoch gefährlich, weil es „den Affekt an sich ebenso wie eine Störung an sich“ nicht gibt (ebd.). Ihr Beitrag zu diesem Thema schließt mit folgendem Zitat: „Affekt und Störung stehen immer in einem Bezugssystem, d. h. einem Beziehungs- und Bedeutungskontext. Wie sich ein Affekt darstellt, ist von diesem Bezugssystem und vom Material, d. h. von der Instrumentenwahl abhängig. Der Ausdruck der individuellen Empfindung, der von der Geschichte des Betreffenden und dem Kontext abhängt, kann deshalb nicht auf der Basis einer universell gültigen Affektenlehre interpretiert werden, es sei denn, man hat auf Grund von Konsensprozessen ihre „Wahrheit“ für einen bestimmten Kontext, eine bestimmte Kultur, eine bestimmte soziokulturelle Zeit vereinbart“ (S. 280). Auch Timmermann/Oberegelsbacher/Decker-Voigt (2008) schreiben dazu: „die Mehrzahl der heutigen MusiktherapeutInnen stimmt darin überein, dass Verallgemeinerungen bezüglich der Musikwirkung in der alltäglichen Erfahrung nicht bzw. nur sehr begrenzt feststellbar sind“ (S. 27). Im Gegensatz dazu wird der Barockmusik die Funktion zugeschrieben alle Zuhörer gleichermaßen in eine bestimmte Stimmung zu versetzen und in ihnen dieselben Gefühle auszulösen.

Es wird vermutet, dass die musikalisch-rhetorische Figurenlehre in der Musiktherapie vor allem in der Improvisation eine Rolle spielt. Die Affektdarstellung und die symbolische Darstellung anderer Inhalte greifen auf diese Mittel zurück. Um Höhe und Tiefe, Ruhe oder Unrast klanglich darzustellen oder bestimmte Emotionen zu verklänglichen, werden musikalische Figuren (Melodie in die Höhe oder in die Tiefe führen, das Tempo beschleunigen, Dissonanzverwendung, usw.) verwendet, die eine lange Tradition haben (Weixler, 2009). Genauere Untersuchungen bezüglich des Einflusses überlieferten Gedankenguts sowie musikalischer Affekten- und Figurenlehre auf die Musiktherapie stehen jedoch noch aus. Der Einfluss dieser Lehren, wie auch anderer (z. B. Jatromusik) auf die Entstehung der heutigen Musiktherapie gilt jedoch als unumstritten. Der wesentliche Unterschied der historischen Affekten- und Figurenlehre zur Musiktherapie besteht in der Hervorhebung des Individuums und des Subjekts in der Musiktherapie. Letztere vermeidet großflächige Systematisierungen und hebt die Wahrnehmung des Einzelnen hervor. Dem stehen die historischen Lehren gegenüber, die auf eine Vereinheitlichung der Affektdarstellung abzielen und so allen Hörern dieselben Gefühlsregungen aufzuzwingen versuchen. Genau das führt zum Rückgang der Affektenlehre im 19. Jahrhundert, spielt jedoch, wie die o.g. Untersuchungen Kötters zeigen, bis heute eine Rolle in der Musikwahrnehmung.

Der Affektbegriff heute

Im folgenden Absatz soll der Affektbegriff in Musiktherapie und Psy-Wissenschaften kurz umrissen werden. Ab 1525 ist die deutsche Form des lateinischen „affectus“ belegt, welcher einen emotionalen Vorgang, dessen Außenseite als Effekt oder effectus körperlich sichtbar ist, bezeichnet (Braun 1996, Bd. 1, S. 31). Der lateinische Terminus „affectus“ kann u. a. mit den Begriffen „Zustand, Leidenschaft, Begierde, Zuneigung, Liebe, Einstellung“, das dazugehörige Verb „afficere“ mit „behandeln, in einen Zustand versetzen, erregen, anregen, in eine Stimmung versetzen“ übersetzt werden (Stowasser, 1998, S. 22). Den Einzug in die Wissenschaft findet der Affektbegriff über Descartes (Ciompi, 2002, S. 18). Definitionen gibt es viele, wie die Untersuchungen eines amerikanischen Forscherehepaars zeigen, die in der wissenschaftlichen Literatur 92 unterschiedliche Definitionen für den Affektbegriff ausfindig machen konnten (Ciompi 2002, zit. n. Kleinginna, 1981). Die zahlreichen Definitionsversuche zeigen die Schwierigkeit den Affektbegriff zu fassen und zu benennen auf. Hier wird auf eine Definition des Begriffs durch Wosch (2004) verwiesen, der den Affekt als „kurz andauernde intensive Emotion“ vom Gefühlsbegriff, welchen er als „lang anhaltende Emotion mittlerer Intensität“ beschreibt, abgrenzt. Dem entgegen wird die Stimmung als lang anhaltende Emotion mit gleich bleibender Intensität zu fassen versucht.

Die Auseinandersetzung mit dem Affektbegriff wird heute weitgehend als Aufgabe der Psychologie gesehen, die unterschiedliche Emotionstheorien kennt. In

den evolutionspsychologischen Emotionstheorien stehen die phylogenetische Entwicklung und die biologischen Funktionen im Vordergrund, während sich kognitive Emotionstheorien auf die Aktualgenese und die Bewertungen und Einschätzungen von Objekten beziehen (Reimer et. al. 2007, S. 38f.). Neurologische Emotionstheorien wiederum suchen nach den körperlichen und neurologischen Prozessen und Strukturen, welche den Emotionen zugrunde liegen. Die Komplexität des Affektbegriffs spiegelt sich auch in der Benennung von Grundemotionen wider, deren Zahl je nach Autor schwankt. Als bekanntester Vertreter gilt Paul Ekman, der von sieben Grundemotionen (Fröhlichkeit, Traurigkeit, Wut, Ekel, Furcht, Überraschung und Verachtung) ausgeht, denen er kulturübergreifende, universale Gültigkeit zuschreibt.

Der Affektbegriff in der Psychiatrie wird in erster Linie über die Symptome und die daraus entstehenden Krankheitsbilder definiert. Störungen der Affektivität werden demnach als „affektive Störungen“ bezeichnet, deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder Affektivität, meist begleitet durch einen Wechsel des Aktivitätsniveaus, bestehen (Dilling et al, ICD-10, 2005, S. 131). Die Arbeit mit Affekten und Emotionen stellt ein zentrales Feld in der Musiktherapie dar. Alleine aus den Störungen der Affektivität ergeben sich zahlreiche Indikationen für die musiktherapeutische Arbeit. Im Indikationskatalog für Musiktherapie (1999) können zahlreiche Indikationen bezüglich der Affektivität ausgemacht werden, wie z. B. die Affektregulierung, Affektaktualisierung, Affekt-Bewusstmachung, Affekt-Differenzierung, etc. Das Medium Musik bietet einen Zugang zur Affektivität, der über die Sprache hinaus einen Kontakt zu den eigenen Affekten möglich macht und spielt in allen Formen der Musiktherapie eine wesentliche Rolle. Bezüglich der rezeptiven Musiktherapie stellt Wosch (2004) jedoch fest, dass empirische Prüfungen bezüglich der emotionspsychologischen Kriterien noch ausstehen (S. 251). Solche Untersuchungen könnten Fragen zur Indikation und Musikauswahl jedoch weiter klären.

Tiefenpsychologisch betrachtet kann eine rein körperliche Symptomatik „Ausdruck eines Affektäquivalentes im Rahmen einer Konfliktproblematik“ sein (Langenberg, 1996, S. 3). Demnach können bewusste und unbewusste Affekte in vegetative Spannungen umgesetzt werden. Langenberg ergänzt weiters, dass es dabei meist um die Unfähigkeit Primäraffekte (Wut, Trauer, Freude und Furcht) auszudrücken bzw. wahrzunehmen geht. Die Musiktherapie stellt einen Rahmen zur Verfügung in dem eine Identifizierung sowie Klärung der Entstehungszusammenhänge von Affekten möglich ist. In der Musiktherapie geht es um die Erfahrung, Benennung und Strukturierung dieser beziehungsregulierenden Affektivität. Der Therapeut kann durch die hörbaren und fühlbaren Antworten (musikalisch und verbal) und Reaktionen zur „Klarifizierung dieser Affekte“ beitragen (S. 4). Der Affektbegriff in der Musiktherapie bezieht sich in den meisten Ausführungen auf den psychotherapeutischen Affektbegriff, der seinerseits wieder in der Säuglings-

forschung und der neuen Affektforschung (n. R. Krause) wurzelt und ist (ebenso wie in der Psychologie) heterogen hinsichtlich Definition und Verständnis (Langenberg 1996). Als Beispiel für die Vielschichtigkeit des musiktherapeutischen Affektbegriffs soll hier der Begriff der „affektiven Leibregungen“ von Udo Baer und Gabriele Frick-Baer (2004), deren musiktherapeutische Arbeit sich als körper- und leiborientiert beschreiben lässt, dargestellt werden. Leibregungen stellen die Regungen, in denen sich im weitesten Sinn emotionales Erleben äußert, dar und können in Befinden, Stimmungen und Gefühle gegliedert werden (S. 89). Das Befinden wird als „allgemeine ganzleibliche Regung“ verstanden, auf der sich konkrete Stimmungen entfalten können. Stimmungen sind diffus, „[...] sie können die Umgebung anstecken, in den Raum hinauswabern“, während Gefühle sich auf bestimmte Personen und konkrete Situationen beziehen (S. 69). U. Baer und G. Frick-Baer (2004) ziehen zur Veranschaulichung der Wichtigkeit von Gefühlen die Hirnforschung heran. Diese zeigt, „[...] dass jede menschliche Wahrnehmung durch die gespeicherten emotionalen Erfahrungen bewertet und gefiltert wird.“ (S. 90) Und weiters:

„Über die Wichtigkeit entscheiden im Wesentlichen die Gefühle. Sie bestimmen unser spontanes Handeln. Man kann mit Gefühlen keine Brücke über einen Fluss bauen, aber aus der Angst vor den Gefahren des reißenden Flusswassers und der Sehnsucht den Fluss zu überqueren, können der Wille und die Kraft entstehen, einen Brückenbau in Angriff zu nehmen. Die neurowissenschaftliche Forschung hat eindeutig bewiesen, dass selbst bei scheinbar reinen Vernunftentscheidungen Emotionen eine wesentliche Rolle spielen.“ (U. Baer, G. Frick-Baer, S. 90f.)

Bachsche Musik in der Musiktherapie

Die Musik und das Leben J. S. Bachs fallen in eine Epoche, deren Musikverständnis von der oben genannten musikalischen Affekten- und Figurenlehre geprägt und bestimmt wird. Abgesehen von seiner unumstrittenen Genialität in der Umsetzung kontrapunktischer Kompositionstechniken gilt er als einer der großen Meister in der Anwendung der Affekten- und Figurenlehre. Seine Werke sind durchzogen von Symbolik und Affektausdruck. Wie in vielen anderen Bereichen, versucht Bach die musikalische Bildsprache zu ergänzen und zu modernisieren. Er erweitert und bereichert diese, ebenso wie die Dissonanzbehandlung weit über alles Dagesewene hinaus. Weitere Neuerungen, Errungenschaften und Veränderungen von J. S. Bach, die nicht die musikalische Bildsprache betreffen sind unter anderem (Eggebrecht, 2001, S. 28ff.):

- Das Erfinden eines neuen Typus der freien Orgelmusik, dessen rhetorische Dramatik unverkennbar ist,
- das Erschaffen neuer Kompositionsformen wie Invention und Orgelchoral,
- die Anwendung der temperierten Stimmung (die eine Gleichberechtigung der verschiedenen Tonarten ermöglichte) und

- das frühe Aufgreifen des neuen oratorischen durch Arie und Rezitativ gekennzeichneten Kantatentypus.

Gleichzeitig stellt sich Bach immer wieder als konservativ und traditionell dar. Neben seiner musikalischen Innovationen bezüglich der Kompositionstechnik bleibt er immer der Tradition treu. Als Beispiel sei hier die Kunst der Fuge genannt, wo alles modern (Dissonanz und Bildsprache) und traditionell (Kontrapunkt, Fuge und Kanon, etc.) zugleich ist. Bach kann demnach als krönender Abschluss einer Epoche bezeichnet werden, in dessen Musik es „[...] eine *spezielle Synergie von günstigen strukturellen, kompositorischen, ästhetischen und qualitativen Faktoren* gibt, die für den „Gebrauch“ in therapeutischen Kontexten einzigartig ist.“ (Witzel, 1999, S. 267)

Eine Untersuchung

Durch eine Analyse von Fallbeispielen der musiktherapeutischen Fachliteratur sollen die Gründe für die Anwendung und gegebenenfalls Nicht-Anwendung Bachscher Musik untersucht werden. Dabei werden vor allem rezeptive Methoden untersucht, in denen tonträgergestützte Techniken (Klangreisen mit Musik, entspannungsfördernde und bilderevozierende Techniken, erinnerungsförderndes Musikhören, Bewegung zur Musik u. v. m.) verwendet werden, da die Bachsche Musik in der Musiktherapie meist vom Tonträger erklingt. Die Annäherung zu diesem Thema wurde durch eine schulenübergreifende Expertenbefragung ergänzt, die weitere Fragen zur Anwendung Bachscher Musik klären konnte (Weixler 2009, S. 131ff.). Folgende Literatur wurde zur Klärung der Fragestellung herangezogen: deutsch- und englischsprachige musiktherapeutische Fachliteratur (1948–2009); musiktherapeutische, psychologische, musikalische und psychotherapeutische Lexika (1996–2001); Wiener Beiträge zur Musiktherapie (1997–2008); Jahrbücher der dt. Gesellschaft für Musikpsychologie (1996–1998); psychiatrische, psychotherapeutische und musiktherapeutische Lehrbücher (1995–2008); Beiträge zur Musiktherapie der dt. Gesellschaft für Musiktherapie (1996/1998); einschlägige Fachzeitschriften (Nordic Journal of Musictherapy (2001); Musiktherapeutische Umschau (1996); Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie (1967).

Zur Bandbreite rezeptiver Musiktherapie schreiben Grocke und Wigram (2007):

„Likewise, the clinical goals that may be addressed in receptive MT are broad and diverse. Because listening to music influences all aspects of the person simultaneously, therapist structure music listening experiences to stimulate reactions and effect changes in clients' physical, psychological, cognitive, social, developmental, aesthetical, and/or spiritual domains. Thus, for example, musical listening may be used to: promote psychological insight, enhance relaxation, evoke imagery, structure movement, alter mood, summon memories, assist learning, facilitate transcendence, reduce heart rate and blood pressure, and foster creativity“ (S. 11).

Musikrezeption kann also die verschiedensten Ebenen des Menschen betreffen und unterschiedlichste Effekte haben. Weiters werden die entspannende und die anregende bzw. Bilder evozierende Funktion der Musik als die wesentlichen Funktionen beschrieben (ebd.). Wenn es um den Einsatz von Tonträgern in der Musiktherapie geht, ist die Frage nach den Grenzen ihres musiktherapeutischen Einsatzes nicht weit. Die Forderung nach der Abgrenzung zu nahe stehenden, beispielsweise entspannungsfördernden Verfahren, rückt die Notwendigkeit einer genauen Definition ins Zentrum. Das ist bei der Auseinandersetzung mit rezeptiven Methoden von besonderer Bedeutung, da die Entspannung eine wesentliche Wirkfunktion in der Musikrezeption darstellt. Das wesentliche Kriterium für eine „musiktherapeutische Entspannungsmethode“ stellt die therapeutische Beziehung (die Anwesenheit eines Therapeuten in seiner klar definierten Rolle) sowie die Verwendung rezeptiver Methoden innerhalb eines therapeutischen Prozesses dar. Bei der Untersuchung Bachscher Musik wurden demnach nur jene Verfahren herangezogen, in deren Methodik die therapeutische Beziehung als wesentlicher Wirkfaktor verankert ist und in denen Tonträger verwendet werden. In der rezeptiven Musiktherapie können grundsätzlich alle Genres und Arten der Musik verwendet werden. Dazu zählen Grocke und Wigram (2007) die klassische Musik westlicher Tradition, New-age Music (Entspannungsmusik mit Naturklängen), Keltische Musik, Meditationsmusik, Trance Musik, Jazz sowie Rock- und Popmusik (S. 47ff). Da sich diese Arbeit auf die Verwendung barocker Musik bezieht, wird hier nur auf ernste Musik westlicher Tradition eingegangen. Grocke und Wigram (ebd.) beziehen sich in ihrer Darstellung auf die Untersuchungen von Helen Bonny, die sich eingehend mit den unterschiedlichen Qualitäten ernster Musikstücke beschäftigt hat. Sie liefert eine Liste sieben musiktherapeutisch relevanter Merkmale und Faktoren ernster Musik (Bonny, unveröffentlichtes Skriptum, S. 301ff. zit. n. Grocke; Wigram, 2007, S. 47ff.):

1. Harmonische Struktur: eine Melodie liegt über einer harmonischen Struktur und einer haltgebenden Basslinie.
2. Formale Struktur: Die klassische Musik besteht großteils aus drei Teilen, die sich aufeinander beziehen. Die wichtigsten Formen stellen die Sonatenhauptsatzform, Variationsform, Prelude und symphonische Dichtung. Die Sonatenhauptsatzform beispielsweise besteht aus den Teilen A, B, A'. Der dritte Teil stellt eine leicht abgewandelte Wiederholung des ersten Teils dar und schafft so eine Sicherheit beim Hörer.
3. Containing-Funktion ernster Musik: „In the receptive music therapy, the structure and form of the music provides containment so that the client can let go into the experience of relaxation, or imagery“ (Wigram/Grocke, S. 49).
4. Die Musik transportiert Stimmungen: Die Stimmung einer Musik ist abhängig von der Tonlage, den Instrumenten, Modulationen, der Melodie und der subjektiven Stimmung und Hörgewohnheit des Zuhörers.
5. Klassische Musik erzeugt ein Gefühl der Bewegung („Flow“) durch die Entspannung und „imagery“ angeregt und gefördert werden.

6. Die klassische Musik ist von Wiederholungen einzelner Themen und Motive geprägt, die Halt und Sicherheit geben.
7. Die Qualität einer Aufnahme spielt eine große Rolle für die musiktherapeutische Arbeit. Denn eine ungestimmte oder unreine Spielweise der Instrumente kann den Hörer irritieren.

Einige rezeptive Verfahren nutzen die Bilder evozierende, Andere die entspannende Wirkungsmöglichkeit der Musik. Musiktherapeutische Methoden wie die Integrative Musiktherapie oder die Wiener Schule der Musiktherapie wiederum verwenden Musikrezeption eingebettet in die aktive Musiktherapie und sehen sie als eine Möglichkeit von Vielen in der musiktherapeutischen Arbeit. Es zeigt sich, dass es viele verschiedene Methoden innerhalb der rezeptiven Musiktherapie gibt, die mit Tonträgern und rezeptiven Techniken arbeiten. In der GIM-Therapie werden Programme verwendet, ansonsten spielen musikalische Sozialisation und individuelle Hörgewohnheiten des Patienten in allen Verfahren eine entscheidende Rolle bezüglich der Musikauswahl. Zusammenfassend kann formuliert werden, dass die Musik J. S. Bachs in den unterschiedlichsten Schulen und Methoden zum Einsatz kommt und dabei verschiedenen Funktionen übernimmt (Musik als Co-Therapeutin in der GIM-Therapie, Musik als „spezifisches Gegenüber“ in der RMT, Musik als Trägerin von Inhalten und Botschaften sowie Musik als Mittlerin zwischen Patient und Therapeut in der Wiener Schule der Musiktherapie u. v. m.). Auffallend ist jedoch, dass aus der großen Fülle des Bachschen Œuvre immer wieder dieselben Werke in der musiktherapeutischen Literatur auftauchen. Allen voran die berühmte „Air“ aus der 3. Orchestersuite in D-Dur (BWV 1068). Beispiele dafür finden sich u. a. bei Grocke/Wigram 2007, Munro 1986, Selle 2004, Schwabe 1996, Goldberg 1994, Bonny (1978). Es zeigt sich weiters, dass die Musik J. S. Bachs in der GIM-Therapie sehr häufig verwendet wird. 17,85% der vorliegenden 85 Programme enthalten mindestens ein Werk von Bach. Dabei tauchen Werke von Bach vorwiegend in jenen Programmen auf, welche mit extremen Erfahrungen und Gefühlen in Zusammenhang stehen: Einerseits mit Todeserlebnissen (Death-rebirth), Klagen (lamentation), Bekümmernis (grieving), Verlassensein und Verlust (Abandonment, Loss),... und andererseits mit Erhabenheit (Sublime), Gipfelerfahrungen (peak experience) sowie kathartischen Erfahrungen („reinigende“ Affektabfuhr durch Spannungsabbau).

Die Anwendung Bachscher Musik in der Musiktherapie kann nachgewiesen werden. Die Frage nach einem indikationsspezifischen Einsatzes ist jedoch schwieriger zu beantworten. Die Musik J. S. Bachs wird in allen Bereichen mit unterschiedlichen Patientengruppen angewendet und ihr Einsatz ist von der Hörbereitschaft, dem subjektiven Musikgeschmack sowie der musikalischen Sozialisation der Patienten abhängig. Dabei bestätigt sich die Annahme, dass die Musikrezeption in der Musiktherapie mit großer Sorgfalt, Gewissenhaftigkeit und Wissen über den jeweiligen Patienten angewendet werden muss, da man sich eben nicht auf die bestimmte Wirkung eines Werkes stützen kann. Es wird aber erkennbar, dass die Fallbeispiele

und Fallvignetten in der Literatur, in welchen Bachsche Musik zur Anwendung kommt, um vier Problemfelder kreisen. (Weixler, 2009, S. 147ff.): Diese werden im Folgenden kurz dargestellt und durch Beispiele aus eigener Praxis ergänzt:

Tod und Sterben

Die Themenkreise *Tod und Sterben*, tauchen im Zusammenhang mit Bachscher Musik immer wieder auf. Dazu gibt es u. a. ein Beispiel bei Matthias Witzel (1999), der in seinem Beitrag eine Fallvignette anführt, in der einer Patientin höheren Alters, durch eine bevorstehende Operation mit existenziellen Fragen und der Angst zu Sterben konfrontiert wird. Bachsche Musik konnte hier, eingebettet in einen therapeutischen Prozess, helfen Trost zu erfahren und in Kontakt zu kommen mit dem eigenen (verlorengegläubten) emotionalen Berührtsein. Auch bei Heinze (2005) findet sich ein Beispiel für die Verwendung Bachscher Musik im Kontext dieser Thematik. Es wird der Therapieverlauf eines 83-jährigen sterbenden Mannes nachgezeichnet. Die detaillierten und sorgsam angeführten Stundenprotokolle geben Einblick in die musiktherapeutische Arbeit im Hospiz. Dabei wird immer wieder auf die Verwendung von Tonträgern zurückgegriffen, um Trauer besser zulassen zu können, Entspannung zu ermöglichen und Stimmungen greifbar zu machen. Denn der Patient „kann sich (...) in seiner Gefühlslage durch die Musik verstanden und akzeptiert fühlen“ (Heinze, 2005, S. 181). Auch in der GIM Therapie wird die Musik J. S. Bachs in Programmen, die sich mit Tod/Sterben auseinandersetzen verwendet. Für die Imaginationsreise in der GIM-Therapie werden musikalische Programme (bestehend aus mehreren Stücken) zusammengestellt, die nach dem ISO-Prinzip an die Bedürfnisse und Ich-Stärke des Patienten angepasst werden (Bonde, 2004, S. 112). Der Therapeut benützt dabei, non-direktive und nicht analysierende, verbale Interventionen. Der Themenkreis *Tod/Sterben* taucht in den folgenden Programmen auf: „Peak Experience“; „Death/Rebirth“; „Loss/Grieving“. Im Programm „Death-Rebirth“ folgt auf Wagners „Trauermarsch“ aus der Götterdämmerung (WWV 86) und Rachmaninoffs „Die Toteninsel“ (Op. 29) das Crucifixus aus der h-Moll Messe (BWV 232). Zum Crucifixus schreibt Bonny (1978), dass es die „spirituelle Bedeutung der Friedlichkeit des Todes und das Versprechen von neuem Leben zu erfahren“ verdeutlicht und durch die gedämpften Stimmen und das langsame Tempo eine „nicht endende Verlängerung des Lebens“ suggeriert (S. 30).

Struktur und Ordnung

Die Bachsche Musik sowie die Barockmusik im Allgemeinen werden heute oft als regelmäßig und streng bezeichnet (Decker-Voigt, 2006, S. 196). Das hängt mit der gleichmäßigen, zuverlässigen und vorhersehbaren Zeitgestaltung der Werke zusam-

men. Dabei spielen der „begrenzende Halt“ sowie die „fließende Bewegung“ eine wesentliche Rolle. Decker Voigt betrachtet das *ordnungsstiftende* Element barocker Musik auch mit einem kritischen Blickwinkel und warnt vor der Vorstellung, dass ordnende Musik per se zu einer Ordnung im Seelenhaushalt führen kann (wie es u. a. Pontvik beschrieben hat), da es seiner Meinung nach ein vollkommenes Gleichgewicht der seelischen Kräfte nicht gibt. Denn die seelischen Kräfte des Menschen sind im ständigen Wandel und ein ausgeglichener Zustand ist immer nur auf eine bestimmte Zeit bezogen. Auch in der GIM-Therapie spielt dieser Aspekt der Bachschen Musik in den Programmen „Mostly Bach“ und „Affekt release“ eine Rolle. Witzel (1999, S. 267) schreibt dazu, dass die Bachsche Musik, „als Inbegriff der Synergie von Ausdruck und Ordnung, Emotion und Struktur“ wirkt. Veranschaulicht wird das durch folgende Patientenrückmeldung: „Wenn ich diese Musik höre, fühle ich mich klar und ganz natürlich bei mir. Wenn das nur immer so wäre. Ich fühle mich wie eine schwere, aber leichtrollende Kugel. Der kann nichts geschehen. Es ist auch feierlich in mir mit Freude, so geordnet und geschützt.“ (S. 268)

Angst

Auch im Zusammenhang mit *Angst* wird Bachsche Musik verwendet: der Verlust von Kontrolle und Sicherheit sowie die damit verbundene Angst vor Chaos. Die Bachsche Musik ist durchzogen von einer inneren Regelmäßigkeit, die sich auch in ihrer äußeren, klanglichen Gestalt manifestiert und erfahren werden kann. Dazu findet sich ein Beispiel aus eigener therapeutischer Praxis, wenn eine Patientin beim Klang der Goldbergvariationen zur Ruhe kommt, wieder Sicherheit gewinnt und sich entspannen kann (Weixler, 2009, S. 144ff.). In der GIM-Therapie wird zu dieser Thematik Toccata und Fuge (BWV 565) von Bach im Programm Affect-release eingesetzt. Dazu schreibt Bonny (1978), dass [...] das Programm Affect-Release ausschließlich für Gruppenworkshops, wenn Spannung und ein Verhalten von Ausagieren da sind, oder für Einzelsitzungen, wenn starke Gefühle wie Trauer, Angst, Ärger oder Machtlosigkeit auftreten (S. 34). Die starken und regelmäßigen Rhythmen bieten für Bonny (ebd.) eine Struktur für eine drängende, unsensible Unnachgiebigkeit dieses Programms, dem das Programm „positive Affect“ angeschlossen werden soll.

Matthias Witzel (1999, S. 253) schildert die Wirkungsmöglichkeit Bachscher Musik im Umgang mit dem Thema *Angst* sehr eindrücklich:

„In speziellen Lebenssituationen von KlientInnen und PatientInnen (Lebens-Sinnkrisen im Kontext von Abschiednehmen, Krankheit, Verlust oder Tod oder realen bzw. antizipierbaren Bedrohungen vor diesen Geschehnissen; im Kontext von depressiven- und Trauerprozessen etc.), in bestimmten Momenten oder Phasen des therapeutischen Prozesses [...] kann die Begegnung mit Bachscher Musik, kraft ihrer besonderen Qualität hilfreich sein, sich auszuloten in den Tiefen der eigenen Existenz und in Kontakt zu kommen mit der grundsätzlichen Koexistenz allen Lebens [...].“

Religiosität und Spiritualität

Ein weiterer Themenkreis ist die *Religiosität bzw. Spiritualität*. Die Musik von J. S. Bach wird im alltäglichen Sprachgebrauch zur „Kirchenmusik“ gezählt, denn [...] „haben wir diese Musik einmal vor religiösem Hintergrund kennen gelernt, werden wir sie immer wieder als Religionsmusik, als Kirchenmusik erkennen – unabhängig von der Art unserer Beziehung zum Glauben“ (Decker-Voigt, 2006, S. 185). Kirchenmusik spielt im Leben gläubiger Menschen eine wichtige Rolle, bietet sie doch Möglichkeit (tiefe und religiöse) Geborgenheit und Nähe erleben zu können (Decker-Voigt, 2000, S. 185). Dabei spielt es keine Rolle, ob die Musikstruktur anregend (ergotrop) oder beruhigend (trophotrop) ist, denn „diese Musik wirkt hauptsächlich durch die Botschaft, die wir in sie hineinlegen, und nicht so sehr über ihre Struktur auf unser Vegetativum“ (S. 177). Ein Beispiel dafür findet sich ebenfalls in der eigenen therapeutischen Praxis, wenn eine Patientin beim Hören der H-Moll Messe von ihrem Glauben und den Erlebnissen im Kirchenchor zu erzählen beginnt (Weixler, 2009, S. 143). Die GIM-Therapie verwendet ebenfalls Bachsche Musik in den Programmen die sich mit Spiritualität und Übersinnlichem beschäftigen („Mythic Journey two“, „Mythic/Mystic“).

Matthias Witzel (1999) beschäftigt sich, vor dem Hintergrund Integrativer Therapie, mit den spirituellen, transzendenten Erfahrungen, die in der musiktherapeutischen Arbeit mit Bachscher Musik möglich werden, und schreibt dazu:

„In der Begegnung mit der Bachschen Musik – die aus einer zeitgeschichtlich und biographisch gesehen eindeutigen Bezogenheit zu einem personalen Gott komponiert wurde – erlebe ich nun das Phänomen, dass das Berührtsein und Betroffenheit der Hörenden meist mit atmosphärischen, leiblichen, gedanklichen, emotionalen und empfindungsmäßigen Erfahrungen einhergeht, die fast ausschließlich – auch bei theistisch orientierten Personen – mit Begriffen kommuniziert werden, die dieses *milieu divine* zu benennen versuchen, eben nicht in entscheidendem Maße in Bezug auf ein personales gegenüber dieser existenziellen Dimension. Damit ist – m. M. nach – das in heutigen Tagen feststellbare Diffundieren klarer Grenzen bzgl. Religiös-spirituellem Vorstellungen vieler Menschen zwischen theistischer, pantheistischer und nicht-theistischer, innerweltlicher und christlicher Mystik etc. angesprochen.“ (S. 257f.)

Und weiters: „Sie [*die Bachsche Musik, Anm. d. V.*] ist damit „religiös“ im Sinne einer Anbindung an die existenziellen Lebenswurzeln, kreativitäts-, wachstums- und integrationsfördernd.“ (S. 264)

Obwohl vermutet werden kann, dass die Verwendung Bachscher Musik, im therapeutischen und außertherapeutischen Kontext, neben den oben genannten, eine vielfältige ist, war es dennoch so, dass sämtliche auffindbaren Beispiele in der Fachliteratur – im Zeitraum von 1967 bis 2008 – sich auf diese Themenkreise bezogen haben.

Schlussgedanken

Die barocke Affektenlehre hat die Entstehung der Musiktherapie mitgetragen und beeinflusst. Bis heute wirkt sie in den Köpfen nach und spielt in der Wahrnehmung von Musik eine wesentliche Rolle. Man bedient sich ihrer Symbole und Darstellungsformen (Tonarten, Rhythmen, melodische Wendungen,...) noch heute – auch in der Musiktherapie. Untersuchungen bezüglich des Einflusses barocker Figuren auf die Improvisation stehen noch aus, werden von der Autorin jedoch vermutet. Mit der Aufforderung „spielen Sie wie sie sich fühlen“ oder „spielen Sie einfach drauf los“ werden PatientInnen aufgefordert etwas *Auszudrückendes* musikalisch hörbar zu machen. Wie von selbst scheint etwas zu entstehen. Wenn man dann jedoch ein Thema hat, etwas *Darzustellendes* im Inneren greifbar wird, bedient man sich musikalischer Symbole und Figuren um es mitzuteilen. Bereits im 17. Jahrhundert werden solche melodischen Wendungen, Änderungen in Dynamik und Tempo, der Verwendung von Dissonanzen, u.s.w. einzelne Affekte und Bilder zugeschrieben.

Heute sind allgemeingültige Systematisierungen von Affekten in einer beziehungsorientierten und psychologischen Zugangsweise fehl am Platz und bestimmte Figuren nicht wie im Barock auf bestimmte Bilder einzugrenzen, doch die traditionellen Darstellungsformen sind in der westlichen Kultur verwurzelt und haben (wie Kötters Untersuchungen zeigen) noch immer Gültigkeit. Jene Figuren und musikalischen Symbole, die die Zeiten überdauerten, noch heute als solche wahrgenommen werden und offensichtlich keine musikalische Vorbildung voraussetzen, könnten *archetypische Urfiguren* sein, wie sie bei Simonian (2001) ausführlich beschrieben wurden. Meiner Meinung nach sollte, zwischen der barocken Anschauung die sich an rhetorischen Figuren und der Sprache orientiert, sowie rein psychologischen, archetypischen Formeln (Simonian, 2001), welche das kollektive Unbewusste ansprechen unterschieden werden.

Literatur

- Baer, Udo; Frick-Baer, Gabriele (2004). Klingen, um in sich zu wohnen. Methoden und Modelle leiborientierter Musiktherapie. Neunkirchen-Vluyt.
- Beinroth, Fritz (1996). Musikästhetik von der Sphärenharmonie bis zur musikalischen Hermeneutik. Ausgewählte tradierte Musikauffassungen. Aachen.
- Bonde, Lars Ole (2004). Musik als Co-Therapeutin. Gedanken zum Verhältnis zwischen Musik und inneren Bildern in The Bonny Method of Guided Imagery and Music (BM-GIM). In: Frohne-Hagemann, Isabelle (Hrsg). Receptive Musiktherapie. Wiesbaden.
- Bonny, Helen (1978). GIM Monograph 1: Facilitating GIM Sessions. Baltimore, Maryland, USA: Published by ICM Books. Alle deutschsprachigen Rechte bei Carola Maack, Hamburg.

- Bonny, Helen (1978a). *GIM Monograph 2: The Role of taped Music Programs in the GIM Process*. Baltimore, Maryland, USA: Published by ICM Books. Alle deutschsprachigen Rechte bei Carola Maack, Hamburg.
- Braun, Werner (1996). Affekt. In: Finscher, Ludwig (Hrsg.) ; Blume, Friedrich (Begr.) *Die Musik in Geschichte und Gegenwart*. Allgemeine Enzyklopädie der Musik. Sachteil, Bd.1. Kassel.
- Ciampi, Luc (2002). *Gefühle, Affekte, Affektlogik. Ihr Stellenwert in unserem Menschen- und Weltverständnis*. Wien.
- Decker-Voigt, Hans-Helmut (2005)⁵. *Aus der Seele gespielt. Eine Einführung in Musiktherapie*. München.
- Dilling, H; Mombor, W; Schmidt, M. H. (2005): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern.
- EGGEBRECHT, H. H. (1996). *Musik im Abendland. Prozesse und Stationen vom Mittelalter bis zur Gegenwart*. München.
- EGGEBRECHT, H. H. (2001). *Geheimnis Bach*. Wilhelmshafen.
- Frohne-Hagemann, Isabelle (2001). *Musiktherapie vor dem Hintergrund integrativer Theorie und Therapie*. In: Decker-Voigt, H. H. (Hrsg.) *Schulen der Musiktherapie*. München.
- Frohne-Hagemann, Isabelle (2004). *Rezeptive Musiktherapie*. Wiesbaden.
- Fubini, Enrico (1997). *Geschichte der Musikästhetik. Von der Antike bis zur Gegenwart*. Stuttgart.
- GIM Programs 2002 – Music Selection and Annotations (Stand: November 2008) <http://www.musikterapi.aau.dk/gim-resource-center/GIM-PROGRAMS.doc>
- Grocke, Denise; Wigram Tony (2007). *Receptive Methods in Music Therapy. Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London.
- Klassen, Janina (2006). *Figurenlehre und Analyse – Notizen zum heutigen Gebrauch*. In: *Zeitschrift der Gesellschaft für Musiktheorie*, 3. Jahrgang, Heft 3, 285–289.
- Kötter, Eberhard (1996). *Zu Bezügen zwischen Benennungen von Affekten in der Barockmusik und Begriffen der heutigen Emotionspsychologie*. In: *Musikpsychologie. Jahrbuch der Deutschen Gesellschaft für Musikpsychologie*. Band 12, 75–88.
- Kötter, Eberhard (1998). *Zum Einfluss der musikalischen Vorbildung auf die Beurteilung barocker Affekte in Opernarien Händels*. *Musikpsychologie. Jahrbuch der Deutschen Gesellschaft für Musikpsychologie*. Band 13, 55–68.
- Langenberg, Mechtild (1996). *Affektivität*. In: Decker-Voigt; Knill; Weymann. *Lexikon Musiktherapie*. Göttingen.
- Mattheson, Johann; Ramm, Friederike (Hrg.) (1999). *Der vollkommene Kapellmeister. Neusatz des Textes und der Noten*. Kassel.
- Mattheson, Johann (1739). *Der vollkommene Capellmeister*. Hamburg. Nachdruck: Kassel: Bärenreiter 1995.
- Michels, Ulrich (1997). *Dtv-Atlas zur Musik Bd. 1 & 2*, 17. Aufl. , München.

- Muthesius D., Beyer-Kellermann H. (1999). Indikationskatalog für chronisch und chronisch-psychisch erkrankte ältere und alte Menschen. Beiträge zur Musiktherapie. Berlin
- Reimer Ch., Eckert J., Hautzinger M, Wilke E. (2007). Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. Heidelberg.
- Simonian, Lilit (2001). Zur archetypischen Ebene der Musikwahrnehmung. In: D. Storz/D. Oberegelsbacher (Hrsg.). Wiener Beiträge zur Musiktherapie Bd.3. Wien.
- Stowasser J.M., Petschenig M., Skutsch (1998). Stowasser: Lateinisch – deutsches Schulwörterbuch. Wien: Verlag Holder-Pichler-Tempsky.
- Timmermann, Tonius/Oberegelsbacher, Dorothea/Decker-Voigt, Hans-Helmut. (2008). Lehrbuch Musiktherapie. München.
- Wosch, Thomas (2004). Emotionspsychologie und ihre Bedeutung bei RMT und GIM. In: Frohne-Hagemann, Isabelle (Hrg.). Rezeptive Musiktherapie. Wiesbaden
- Weixler, Bettina (2007). Affektenlehre und rhetorische Figuren in den Kantaten Johann Sebastian Bachs. Unveröffentl. Diplomarbeit zur Erlangung des Magistergrades der Philosophie aus der Studienrichtung Musikwissenschaft, Universität Wien.
- Weixler Bettina (2009). J. S. Bach in der rezeptiven Musiktherapie. Unveröffentl. Diplomarbeit aus der Studienrichtung Musiktherapie zur Erlangung des akademischen Grades „Magistra Artium“, Universität für Musik und darstellende Kunst Wien.
- Witzel, Matthias (1999). Anmerkungen zur Integrativen therapeutischen Arbeit mit Musik von Johann Sebastian Bach. Integrative Therapie – Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration, Heft 2–3, 251–288.

Bettina Weixler, Kaiserstraße 93/10, 1070 Wien
E-Mail: bettina.weixler@gmx.at

Emotionale Differenzierungsarbeit in der musiktherapeutischen Behandlung von Bühnenangst*

Emotional Differentiation Work in Music Therapy Treatment of Stage Fright

Irmtraud Tarr, Rheinfelden

In der Differentiellen Integrativen Behandlung von Bühnenangst wird den Emotionen und der emotionalen Differenzierungsarbeit größte Aufmerksamkeit geschenkt, weil Emotionen den Welt- und Bühnenbezug von Menschen, ihr Verhalten in Situationen und Interaktionen entscheidend mitbestimmen. Am Beispiel der Behandlung eines Studenten mit Auftrittsängsten nach dem Verfahren der „Integrativen Therapie“ wird die Methode der „Integrativen Musiktherapie“ in der Form einer Einzelbehandlung dargestellt, wobei die Technik des „instrumentalen Dialogisierens“ unter Verwendung von ausdrucksfördernden Instrumenten als Medien besonderes Gewicht gewinnt und mit dem zugewandten, stützenden Stil der Behandlung im Rahmen der erlebniszentrierten Modalität vorgegangen wird, weil der Weg mit der Zielsetzung „alternative Erfahrungen“ angezeigt scheint.

The Differential Integrative Treatment of Stage Fright draws a great deal of attention to emotions and work with emotional differentiation, since emotions decisively influence how people relate to both the world and the stage, as well as to situative and interactive behaviors. This study presents the treatment of a student with performance anxiety, using „integrative therapy“ based methods, and depicts methods of „integrative music therapy“ as a form of individual therapy. „Instrumental dialogue creation“, a technique incorporating the use of instruments which encourage expression, has gained significant attention as a medium. With the direct, supportive intervention style, as seen in the experiential oriented modality approach, a path is indicated, leading to a goal of seemingly „alternative experiences“.

In der Differentiellen Integrativen Behandlung von Bühnenangst „DIBB“ (Tarr 2008) wird den Emotionen und der emotionalen Differenzierungsarbeit größte Aufmerksamkeit geschenkt, nicht nur wegen der leib- und musiktherapeutischen Praxis, sondern auch weil die Verfasserin aus eigener therapeutischer Anschauung bestätigen kann, dass Emotionen den Welt- und Bühnenbezug von Menschen, ihr Verhalten in Situationen und Interaktionen entscheidend mitbestimmen. Betracht-

* Überarbeitete und veränderte Fassung des Anhangs „Prozeßanalyse“ aus: „Bühnenangst bei Musikern“. DIBB. Marburg: Tectum 2008

tet man die Probleme von Menschen auf der Bühne, so haben Bühnenängste immer auch mit negativen Emotionen, sowie mit Störungen in der Handhabung von Emotionen zu tun. Diese führen zu Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen und musikalischen Interaktionen, da diese wesentlich emotionsbestimmt sind. Emotionale Atmosphären sind ansteckend – sowohl von innen nach außen, als auch von außen nach innen – deswegen ist im Umgang mit Bühnenangst eine therapeutische Atmosphäre des Wohlbefühlens und der Weite von Bedeutung, sozusagen als emotionales Gegenmodell zur Erfahrung von Angst- und Überforderungsgefühlen. Statt der dysfunktionalen emotionalen Stile der Enge, der Fixierung oder der Verhinderung von Gefühlen werden neue Gefühlsräume erschlossen, in denen sich alternative emotionale Gefühlsräume und Gefühlsnuancen entfalten können, so dass ein breites Spektrum an Intensitäten möglich wird. Dem spielerischen Erschließen von Gefühlstönungen und dem experimentierenden Einüben emotionaler Weichheit und Flexibilität kommt daher besondere Bedeutung zu (Tarr 2009).

Methodischer Hintergrund

Die vorliegende Prozessanalyse soll über die Verwendung meines Ansatzes DIBB (Differenzielle Integrative Behandlung von Bühnenangst) berichten, wie er im Verfahren der „Integrativen Therapie“ in der Behandlung von Musikstudenten eingesetzt wird, und zwar über einen methodischen Zugang, der als „Integrative Musiktherapie“ (Frohne 1981, Frohne-Hagemann 1990) bezeichnet wird. Obwohl es bisher erst im Ansatz kunsttherapeutische Erklärungen gibt, die Kunsttherapie als eigenständiges Verfahren rechtfertigen, so gilt die Integrative Musiktherapie als Methode, die an übergeordneten theoriegeleiteten Prinzipien – d. h. an dem Psychotherapieverfahren der Integrativen Therapie (Frohne-Hagemann 1990, Schroeder 1995, Müller, Petzold 1997, Frohne-Hagemann, Pleß-Adamcyk 2005) ausgerichtet ist.

In diesem Beitrag wird die Arbeit von einem Klienten über einen bestimmten Zeitraum dokumentiert. Dies geschieht vor dem theoretischen Hintergrund der *Integrativen Therapie* (IT), auf die ich mich im Text immer wieder beziehe. In Anlehnung an die Praxis der Behandlungsjournale der IT spreche ich in meiner Arbeit von „Prozess“, an dem auch ich beteiligt bin, von der Klientensituation, an der ich teilhabe, um die verdinglichende Qualität, die Negativkonnotation, die mit dem Begriff „Fall“ verbunden ist, zu vermeiden. Hintergrund dieser Position ist die Auseinandersetzung mit Marceles Konzept der „Intersubjektivität“, Levinas' Idee der „Alterität“ – der Andersheit des Anderen – und Ferenczis Haltung der „Mutualität“, sowie unser Deutsches Grundgesetz, in dem von der Würde des Menschen die Rede ist.

Methodische Differenzierung

In meinem Ansatz DIBB gibt es eine Zentrierung auf folgende Elemente:

1. dem erlebnisaktivierenden Gespräch als „narrative Praxis“,
2. den emotionsintensiven Fokalsitzungen,
3. leibtherapeutischen Maßnahmen,
4. kreativ-medialen Arbeitsformen mit besonderer Zentrierung auf musiktherapeutische Interventionen.

Beispielhaft sei die gesamte Struktur aufgezeigt:

Bei der Behandlung eines Studenten mit Auftrittsängsten nach dem *Verfahren* der „Integrativen Therapie“ entscheide ich wegen der o. g. Indikation die Methode der „Integrativen Musiktherapie“ in der Form einer Einzelbehandlung, wobei die *Technik* des „instrumentalen Dialogisierens“ unter Verwendung von ausdrucksfördernden Instrumenten als Medien besonderes Gewicht gewinnt und mit dem zugewandten, stützenden Stil der Behandlung im Rahmen der erlebniszentrierten *Modalität* vorgegangen wird, weil der *Weg* mit der Zielsetzung „alternative Erfahrungen“ angezeigt scheint.

Praxeologie

Im Umgang mit Bühnenangst sind methodenbegründete Praxeologien von großer Wichtigkeit. Sie tragen zur Entwicklung „nachhaltiger“ Theorie bei. Weil die Situation von Musikstudenten, die Ausprägung ihrer Angststörungen, die Lebenslagen, die Konstellationen heutigen musikkulturellen Lebens so verschieden sind, ist der Therapeut beständig in der Situation eines Praxeologen, der seine Ansätze in der Praxis entwickelt, aus der Praxis „Theorien mit kleiner Reichweite“ konzipiert, „Theorien großer Reichweite“ (Petzold 1993, S. 480f.) umzusetzen versucht, und sie dabei ständig korrigieren und zupassen muss.

Musikstudenten zeigen oft eine Vorliebe für „kreatives Gestalten“. Damit die Arbeit mit „kreativen Medien“ mehr bewirkt als eine freizeitpädagogische oder beschäftigungstherapeutische Maßnahme (deren Wert nicht geschmälert werden soll), müssen die Medien in dynamische Prozesse der Selbstexploration sowie einer differentiellen und integrativen Therapeutik gestellt werden. Methoden wie das von mir (s. 7. Stunde) spezifizierte „Bühnenpanorama“ machen die biographischen Hintergründe des Wechselbezugs von Defiziten, Störungen und Ressourcen plastisch und ermöglichen die Generierung von Zielen und Behandlungsplänen.

Die Frage, weshalb ich den nun folgenden Klienten für diese Dokumentation ausgesucht habe, lässt sich an drei Punkten festmachen:

1. Er zeigte schon bei unserer ersten Begegnung während eines Seminars zum Thema „Bühnenangst“ waches Interesse, seine Situation als Musiker zu hinterfragen und zu verändern. Im Seminar wurde ihm bewusst, dass er Hilfe

brauchte. Er hatte das Gefühl, dass er allein nicht mehr weiter wusste und bat mich deshalb um Einzelsitzungen.

2. Ein weiterer Grund war sein Anspruch, mit dem er an mich herantrat. Er wollte mehr als „nur“ Beratung, er wollte auch musiktherapeutisch an sich arbeiten.
3. Ein dritter Grund war meine Funktion an der Musikhochschule, die mir neben meinen Seminaren zum Thema „Bühnenangst“ und „Aufführungspraxis“ den Auftrag gab, Studenten in Krisensituationen zu beraten und zu begleiten. Er befand sich insofern in einer Krise, als er wegen eines bevorstehenden Konzertes im Rahmen der Hochschule unter massiven Arbeitsstörungen litt (er sprach von „Panik“).

Kurzvorstellung des Klienten

Den Namen des Klienten habe ich anonymisiert. Ich nenne ihn Jan. Er ist Deutscher, der an einer Musikhochschule in der Schweiz das Fach Kontrabass studiert. Zum Zeitpunkt des Seminars, an dem wir uns kennen lernten, war er 22 Jahre alt. Gemäß seiner eigenen Angaben leidet er unter Spielstörungen sowie einer Bühnenangstproblematik, die mit starker Selbstunsicherheit einhergeht.

Setting

Der formelle Rahmen, in dem die hier dokumentierte Prozessanalyse stattfindet, ist meine Praxis als Musiktherapeutin. Zielgruppe der dyadischen Arbeit in meiner Praxis sind hauptsächlich Musiker, Musikstudenten, Musiklehrer. Der Begriff „Dyade“ impliziert das Vorhandensein zweier Subjekte. Dritte sind nicht vorgesehen, können aber im Einzelfall hinzugezogen werden. Dies ist bei Jan nicht geschehen.

Anamnese

Jan wurde 1980 geboren. Er ist der dritte von drei Brüdern. Sein Vater ist Pfarrer und seine Mutter arbeitet neuerdings wieder als Lehrerin an einer Sonderschule. Er besuchte das Gymnasium, das er mit dem Abitur abschloss, machte danach ein soziales Jahr in einer Einrichtung für alte Menschen und begann dann sein Musikstudium mit Hauptfach „Kontrabass“. Nebenbei spielt er in einer Jazz-Formation und verdient so nebenbei, um sein Studium mitzufinanzieren.

Bühnenspezifische Daten

Seinen ersten öffentlichen Auftritt erlebte er in der Kirchengemeinde seines Vaters, bei der er zu Festtagen im Gottesdienst (Kantaten) mitspielte. Seine Entscheidung, Musiker zu werden, entstand im Anschluss an einen Wettbewerb bei „Jugend musiziert“. Seither tritt er regelmäßig in verschiedenen Orchestern auf regionaler Ebene auf, ist Mitglied eines studentischen Streicherensembles an seiner Hochschule,

mit dem er mehrmals im Jahr in der Schweiz und in Deutschland auftritt und spielt an Wochenenden in einer Jazzband.

Leiblichkeit

„*Das ist mein individueller Leib – das was ich von mir erlebe und nach außen hin verleibliche.*“ (sozialer Leib) (Schuch 2000, S. 175)

Identität bildet sich im Zusammenwirken von Leib und Kontext im Zeitkontinuum. Sie entwickelt und verändert sich im Lebenslauf. Nach dem Konzept von Petzold (1996) für die Integrative Therapie ruht Identität auf fünf Säulen: Leiblichkeit, soziales Netzwerk, Arbeit und Leistung, Materielle Sicherheit, Werte. Sie formen, stützen und tragen (oder eben auch nicht) die Identität eines Menschen. Die Säule der Leiblichkeit ist bei Jan zu Beginn insofern beeinträchtigt, als er Schwierigkeiten hat, sich selbst zu spüren. Er kann Körpersignale nur undeutlich wahrnehmen. Es ist davon auszugehen, dass sein perzeptiver Leib (s. Leibfunktionsanalyse) teilweise anästhesiert ist.

Soziales Netzwerk

„*Das ist der soziale Kontext, dem ich zugehöre und der mir zugehört, meine Familie, meine Freunde, meine Kollegen.*“ (Schuch 2000, S. 175)

Jan verfügt über einen großen Bekanntenkreis und hat eine stabile Beziehung zu seiner Freundin. Die Beziehung zu seinen Eltern ist von Ambivalenz gezeichnet. Sie wird von ihm häufig thematisiert und bedarf einer Klärung.

Arbeit, Leistung und Freizeit

„*In der ich mich verwirkliche und durch die ich identifiziert werde.*“ (Schuch 2000, S. 175)

Jan wird von seinen Eltern finanziell unterstützt und verdient durch musikalische Aktivitäten (Jazzkonzerte, Kirchenkonzerte, Ensemble-Konzerte) hinzu. Das Gefühl einer professionellen Identität, verbunden mit der Gewissheit „das ist meine Aufgabe“ kommt langsam auf.

Auch in der Freizeit beschäftigt er sich am liebsten mit Musik. Er hört fast täglich Aufnahmen von Jazzgruppen, von Alter Musik, übt fast täglich und ist ständig damit beschäftigt, seine Instrumente zu reparieren, zu verbessern oder umzugestalten. Beim Üben vermisst er das Gefühl der Freude oder der Zufriedenheit darüber, dass er sich täglich überwindet und Disziplin zeigt.

Werte und Normen

Jan leidet unter seiner Angst- und Selbstwertproblematik. Von seinem Elternhaus her wurden ihm sinnstiftende Werte vermittelt. Er lehnt die religiöse Überzeugung seines Vaters ab. Er sieht einen Zusammenhang zwischen der väterlichen Botschaft „nicht gut genug“ zu sein und der Ablehnung väterlicher Werte. Hingegen fühlt er sich aufgehoben in seiner Jazzgruppe, die ihm das Gefühl der Familienzugehörigkeit vermittelt – ein nicht zu unterschätzender Wert – im Gegensatz zur Hochschule, die er als Ort der Anspannung, Nervosität und Unsicherheit erlebt.

Diagnostik

Diagnostik nach ICD-10

F 60.6 „Vermeidend – selbstunsichere Persönlichkeitsstörung“

„Hauptcharakteristikum bei der selbstunsicheren Persönlichkeit ist die übergroße Empfindsamkeit gegenüber der Ablehnung durch andere. Sie zögern, sich auf Beziehungen einzulassen, um nicht Zurückweisung erleben zu müssen. Als prototypisches Merkmal erscheint ein Verharren in einem Konflikt zwischen Bindungs- und Autonomiebedürfnis. Dem entspricht ein mangelndes Selbstvertrauen zu unabhängigen Entscheidungen, um sich nicht der Lächerlichkeit preiszugeben. Sie haben ein starkes Bedürfnis nach Zuneigung und Akzeptiertwerden durch andere.“ (Arbeitsmaterial FPI-Seminar „Persönlichkeitsstörung“)

Prozessuale Diagnostik

„Die Aufgabe der Diagnostik besteht im Erkennen, Benennen, Zuordnen und Erklären der Probleme der KlientInnen. (...) Diagnostik geht also weit über „gute Einfühlung“ in die KlientIn hinaus. Sie ist ein systematischer, theoriegeleiteter Erkenntnisprozess.“ (Rahm et al. 1993, S. 336)

Prozessuale Diagnostik heißt: von den Phänomenen zu den Strukturen. Damit ist gemeint, dass der Therapeut sich an dem orientiert, was der Klient ihm im „Hier und Jetzt“ und an der „Oberfläche“ zeigt. Dies impliziert, dass im Hier und Jetzt seine gesamte Lebensgeschichte in seinem Körper sozusagen anwesend ist (Körper als gelebte Zeit). Die Diagnostik ist prozessual, weil sie sich von Thema zu Thema, von Fokus zu Fokus bewegt. Dabei können die zugrunde liegenden Probleme in unterschiedlichem Licht erscheinen und unterschiedlich bewertet werden. Die prozessuale Diagnostik findet gemeinsam mit dem Klienten Behandlungsziele und wählt die entsprechenden Methoden, Techniken und Medien aus.

Die prozessuale Diagnostik richtet ihre Aufmerksamkeit auf problematische Stimulierungskonstellationen und Entfremdungsphänomene.

Bedürfnisanalyse

„Was sind die Bedürfnisse, Wünsche und Motivationen des Klienten?“
(Petzold 1993, S. 592)

Jan wünscht sich mehr Sicherheit und Lockerheit auf der musikalischen Bühne. Er möchte aufhören, sich zu „verkriechen“ und möchte langfristig ein anderes Leben führen als das bisherige, dem er den Titel gab: „Von Angst zu Angst“.

Problem- und Konfliktanalyse

„Wo liegen Defizite, Traumatisierungen, Störungen und Konflikte, die aufzulösen, zu substituieren oder zu mindern sind? Welche zentralen Beziehungskonflikte fallen ins Auge? Was sind die wesentlichen Coping-Strategien?“ (ibid.)

Als jüngster von drei Brüdern war er derjenige, der am wenigsten Zuwendung von der Mutter erhielt. Die Mutter wird als kühl beschrieben (Defizit). Auch war er derjenige, dem nichts zugetraut wurde: „Lass das, das kannst/darfst du (noch) nicht.“ Dieser Satz wurde zum dysfunktionalen Narrativ, d. h. zu einem fixierten „Schema“. Ein Narrativ ist ein einengendes oder Störungen verursachendes Lebenskript: „Wenn der Wahrnehmungs-, Handlungs- und Beziehungsspielraum (so) eingengt ist (...), sprechen wir von einem Narrativ“ (Rahm et al. 1993, S. 212). Der Begriff „Narrativ“ entspricht dem auf Pierre Janet und in der Folge auf Piaget zurückgehenden Begriff „Schema“, der durch Grawe (1998) in die Psychotherapie eingeführt wurde (vgl. auch Adlers „Lebensstil“).

Seinen Vater beschreibt er als strafend, streng, dogmatisch mit Durchbrüchen von Großzügigkeit, wenn Jan gute Leistungen zeigte. Jan empfand ihn als unberechenbar (*Störung* durch inkonstante Stimulierung). Seine Entscheidungsschwäche („eigentlich ...aber“) und Ambivalenz mögen hier ihre Wurzeln haben.

Als protektiver *Faktor* könnten sein ältester Bruder und sein Großvater bezeichnet werden. Beide sind Musiker und haben ihn maßgeblich unterstützt und beraten, vor allem bei musikalischen und technischen Fragen. Sein Bruder brachte ihm das Notenlesen bei. Sein Großvater kaufte ihm seinen ersten Kontrabass.

Leibfunktionsanalyse

„Wie ist es um die Funktionen des perzeptiven, expressiven und memorativen Leibes bestellt?“ (ibid.)

Zum perzeptiven *Leib* fällt auf, dass Jan Schwierigkeiten hat, sich selbst, seine Gefühle und Bedürfnisse wahrzunehmen. Dazu bemerken Rahm et al. (1993, S. 281): „Wenn die schädigende Einwirkung durch Flucht oder Kampf nicht verhindert werden kann und das spontane Gefühl (...) nicht zum Ausdruck gebracht werden darf, kommt es zu einer Notanpassung. Diese kann dadurch erfolgen, dass die

Wahrnehmung blockiert ist, dass es zu einer Anästhesierung (s. auch „Leiblichkeit“) gegenüber dem Schmerz kommt.“

Aufgrund der beschriebenen problematischen Einwirkungen (s. Problem- und Konfliktanalyse) kann davon ausgegangen werden, dass bei ihm diese erwähnte „Notanpassung“ stattgefunden hat. Die Erfahrung von Machtlosigkeit gegenüber seinem Vater mag zur Überzeugung geführt haben, dass der „Ansatzpunkt der Kontrolle“ („Locus of control“) ausschließlich bei anderen liegt.

Der expressive *Leib* von Jan ist eher in sich gekehrt als „expressiv“. Seine gesamte Körperhaltung besitzt einen schwachen Tonus. Er hat „Gambenschultern“. Wenn er Bass spielt, neigt er dazu, über dem Instrument zu „hängen“, als würde er durch das Instrument gestützt werden.

Der memorative Leib zeigt sich bei Jan besonders in Momenten, wenn er Jazzmusik spielt mit dem dazugehörigen Körpergefühl. In solchen Momenten erlebt er das Spielen als körperlich-sinnliche Befreiung. Er fühlt sich von der Musik getragen. Die tiefen Basstöne „wummern“ im ganzen Körper. Körper, Geist und Seele sind eins. Doch eine Komponente spielt bei ihm eine Rolle: Er „spielt seine Gefühle weg“, weil er das Spielen als Hilfe benutzt, um sich nicht mit der Person oder Situation, die diese Gefühle auslösen, auseinander zu setzen. Hier kommt der Aspekt der Verdrängung bzw. Dissoziation zu Tage.

Ressourcenanalyse

„Was steht dem Klienten als Eigen- und Fremdressourcen, wie soziales Netzwerk, psychische Konstitution (...) Lebenserfahrung zur Verfügung?“ (*ibid.*)

Wesentlich scheint mir an dieser Stelle die Beleuchtung der Eigenressourcen. DIBB stützt sich im wesentlichen auf vier Grundfähigkeiten, die immer gleichzeitig auch Ziel der Arbeit sind:

1. Die Fähigkeit zur *Korrespondenz* ist bei Jan vorhanden. Der Begriff Korrespondenz impliziert Bezogensein: auf Augenhöhe antworten, einander begegnen und sich auseinandersetzen. Die Petzoldsche Schreibweise Ko-Responzenz (1993) unterstreicht den wechselseitigen Austausch und wurde wegen seiner begrifflichen Nähe zu Koexistenz, Kontext und Konsens gewählt. Jans Grundlage zur Korrespondenz ist seine Fähigkeit zur Empathie. Im Verlauf unserer Arbeit wurde die Fähigkeit noch weiter aktiviert in Richtung Intersubjektivität – die Vorstellung, wie sich das Leben aus der Sicht einer anderen Person darstellt. Musiktherapeutische Sequenzen mit dialogischem Spiel waren dabei wesentlich. Hier konnte er sich aufgrund seines kreativen Potentials mehr und mehr auf die Situation einlassen, in der er spürt (nicht „nur“ kognitiv versteht), was sein Gegenüber ausmacht, was und wie die andere Person denkt und empfindet.
2. Das spontane, kreative Potential von Jan halte ich für groß. Er hat jedoch Schwierigkeiten, dies ohne Impuls von außen zu aktivieren. Auch seine Fähigkeit, Neues zu erproben, ist gut ausgeprägt.

3. Die Fähigkeit zur Exzentrizität, d. h. die Fähigkeit, sich selbst und seine Umwelt bewusst zu erleben, zu reflektieren und relativieren zu können, ist bei Jan in Ansätzen vorhanden.
4. Die Fähigkeit zur Regression ist bei ihm gut ausgeprägt, wenn er im geschützten Raum Musik macht. Das hängt mit seinem Rollenverständnis zusammen, das ihm nur Spielraum in der Musik zugesteht. Im zwischenmenschlichen Austausch hat er Mühe, sich emotional einzulassen.

Interaktionsanalyse

Wie sind die Formen der Relationalität ausgeprägt? Auf der Ebene des Kontaktes hat er Probleme. Häufig spielen sich seine *Kontakte* lediglich im Kopf ab, obwohl ein Gegenüber vorhanden ist. Er nimmt zwar innerlich an der jeweiligen Situation teil. Nach außen zeigt er sich passiv und zurückhaltend. Mir gegenüber schildert er, wie er häufig darüber nachdenkt, was der/die andere über ihn denkt. Dann treten seine verinnerlichten Negativkonzepte (Narrative) zu Tage: „Die hält mich bestimmt für durchschnittlich (langweilig)“, was immer wieder zum Kontaktabbruch führt. Stellt sich jedoch ein guter Kontakt ein, so hat er die Fähigkeit zur Begegnung. Unter Alkoholeinfluss beschreibt er sich als locker und wesentlich selbstbewusster. Die Beziehung zu seiner Freundin beschreibt er als stabil.

Widerstand als Fähigkeit, sich gegen Einflüsse auf das Selbst und die Identität zur Wehr zu setzen, äußert er durch eine wiederholte Bemerkung: „Eigentlich geht's mir ja gut.“ Mit diesem Satz versucht er, sich vor negativen Gefühlen zu schützen und die für ihn als fordernd erlebte Realität auszublenden.

Bei Jan fällt eine Abwehrform auf:

Die Anästhesierung. Sie bedeutet: nicht mehr empfinden, nicht mehr wahrnehmen. Mitunter erlebt er sich wie ein Roboter. Anästhesierung ist gleichsam die Grundlage der Verdrängung: Nicht-mehr-Wahrnehmen ist der erste Schritt, Nicht-mehr-Erinnern der zweite. Jan fühlt sich häufig als nach außen hin „funktionierendes Selbst“.

Verlauf der Behandlung

Einleitung

Während des gesamten Prozesses versuche ich über atmosphärisches Erfassen und szenisches Verstehen Hypothesen zu bilden, die im weiteren Verlauf von DIBB verifiziert oder falsifiziert werden. „Atmosphärisches Erfassen“ bedeutet, den Horizont meiner Wahrnehmung und meines Verhaltens zu erkennen, „szenisches Verstehen“ ihn nach Maßgabe bestimmter Muster zu interpretieren und zu evaluieren“ (Schuch 2000, S. 165). Ich versuche den Klienten ganzheitlich wahrzunehmen und achte auf meine Resonanzen. Ich lasse mich davon leiten, was für Jan im Vordergrund steht, d. h. was er mir als Phänomen bietet, um von dort aus zu den Struk-

turen zu gelangen. Hier kommt die erlebniszentriert-stimulierende Modalität, wie auch die übungszentrierte Modalität zum Einsatz, die im folgenden dokumentiert werden. Mein persönlicher Anspruch ist im Rahmen meiner Praxis, eine für den Klienten subjektive Verbesserung der Ausgangssituation zu erreichen.

Therapeutische Wirkfaktoren (Petzold 1993), die bei DIBB spezifisch zur Anwendung gebracht werden, sind folgende:

1. Einführendes Verstehen
2. Emotionale Annahme und Stütze
3. Hilfe bei Auftritts- und Bühnenbewältigung
4. Förderung emotionalen Ausdrucks
5. Förderung von Einsicht
6. Förderung von kommunikativer Kompetenz
7. Förderung leiblicher Bewusstheit
8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen
9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten
10. Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven
11. Förderung eines positiven, persönlichen Wertebezugs
12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens

Diese 12 Wirkfaktoren sind in meinen persönlichen Stil situations- und problembezogen integriert.

Im folgenden werde ich die ersten 9 Sitzungen, sowie die 15. und 16. Sitzung (Prozessanalyse) dokumentieren. Damit der prozessuale Charakter nicht verloren geht, werde ich die Sitzungen 10–14 zusammenfassen. Alle anderen sind jeweils nach fünf Gesichtspunkten gegliedert:

1. **Thema:** Als Überschrift werden die wichtigsten Inhalte der Sitzung benannt.
2. **Prozess:** Hier wird der Verlauf der Sitzung beschrieben, die Heilfaktoren und die verwendeten Techniken werden benannt, Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene werden transparent gemacht, d. h. die bewusstseinsfähige Resonanz, die die Therapeutin auf das, was der Klient ihr entgegenbringt, zeigt.
3. **Interventionen:** Eine Beleuchtung der Sitzung aus methodischer Sicht, d. h. die Heilfaktoren und die verwendeten Techniken werden hier benannt.
4. **Hypothesen:** Im Sinn prozessualer Diagnostik gilt es, Annahmen und Vermutungen, die sich im Prozess ergeben, festzuhalten und auf ihre Verifizierbarkeit zu überprüfen.
5. **Resümee:** Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse.

Die folgende Darstellung von insgesamt 15 Sitzungen dokumentiert den Meso-Aspekt von DIBB. Dies ist der Betrachtungswinkel aus „mittlerem Abstand“. Wie oben bereits erwähnt, soll an ausgewählten Stellen auch der Mikro-Aspekt ver-

deutlich werden. Auf den Makro-Aspekt, d. h. den Prozess in seiner Gesamtheit aus größerem Abstand betrachtet, soll im Gesamtresümee eingegangen werden.

Dokumentation

1. Sitzung (Einzelstunde)

Thema:

Klärung des Settings, akute Angstzustände, Isolation wegen einer bevorstehenden Konzertverpflichtung,

Prozess:

Er erscheint pünktlich, wirkt zurückhaltend, etwas schüchtern, aber kommunikativ. Er berichtet, dass er sich immer mehr in die Isolation zwänge wegen eines bevorstehenden Auftritts, der ihm jetzt schon Angstzustände verursacht. Statt, wie er es vorgehabt habe, seine Konzertliteratur zu üben, habe er sich in den letzten Tagen ins Bett verkrochen. Er könne sich nur schlecht konzentrieren. Außerdem fehle es ihm an Energie, Entschlossenheit und Präsenz, die ihm seine bevorstehende Verpflichtung abverlange. Er wisse nicht, wo er die Kraft hernehmen solle.

Ich hatte vorgehabt, einige „Zentrierungs“ – und „Groundings“-Übungen mit ihm zu machen. Das sind Übungen, die er in meinen vorausgegangenen Seminaren kennen gelernt hatte – Übungen, die helfen, im Körper die Schwerkraft zu spüren, um „Boden unter die Füße“ zu bekommen. Ich registriere, wie er körperlich verspannt ist mit einem angestregten Gesichtsausdruck, woraufhin mich ein Gefühl von Erschöpfung überkommt – geballte Energie im Kopf bei zusammen gezogenem Körper. Da ich mich selbst bis dahin ausgeruht gefühlt hatte, deute ich dies als körperbezogene Gegenübertragung.

Er beschreibt sich als unsicher und bezogen auf seine vergangene Woche: „Ich habe mich versteckt.“ Sein Wunsch ist es, dass wir nicht nur miteinander sprechen. Mein Angebot, zunächst einmal mit Körperwahrnehmung zu beginnen, nimmt er dankbar an.

Er legt sich auf die Praxis-Couch. Ich sitze daneben, und er führt mich, indem er mir über seine wechselnden Körperwahrnehmungen berichtet. Eine kurze durch das Liegen verursachte Entspannung tritt ein, die gefolgt wird von Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich.

Ich bitte Jan, diese Schmerzen mit der Stimme auszudrücken. Es kommen Laute, die die Stimmung von Überdross und Überforderung ausdrücken. Durch das Zulassen, Herauslassen, Verstehen und Würdigen dieser Tonsprache, verbunden mit einer behutsamen Hals-Atemübung und einer Hals-Schulter-Massage, löst sich die Verspannung. Jan nimmt diese Entspannung als Wärmegefühl im Kopf und Schulterbereich wahr. Er entdeckt aber, dass Beine und Becken sich wie „halb-tot“ anfühlen. „Damit muss ich mich nächstes Mal beschäftigen“, beendet er diese Sitzung.

Interventionen:

Einführendes Verstehen (1. Wirkfaktor)

Förderung leiblicher Bewusstheit und Selbstregulation (7. Wirkfaktor) Förderung stimmlichen Ausdrucks (4. + 9. Wirkfaktor)

Förderung psychophysischer Entspannung (7. Wirkfaktor)

Hypothese:

Jan hat autoaggressive Züge. Er kann die Wut nicht zulassen. Er neigt dazu, Wut zu internalisieren. Er hat Schwierigkeiten, sich zu spüren, möglicherweise deutet das auf eine Anästhesierung des perzeptiven Leibes hin. (Ursache: möglicherweise traumatische Erfahrungen im Zusammenhang mit seinem strengen Vater?)

Resümee:

Die Sitzung verlief befriedigend. Ein guter Kontakt (sowohl zu sich selbst als auch zu mir) konnte hergestellt werden.

2. + 3. Sitzung (Doppelstunde)

Thema:

Angst, Abwehr und Auflösung von Körperblockaden

Prozess:

Nach einem Rückblick auf die erste Sitzung setzen wir die Körperwahrnehmung fort. Obwohl er seit der letzten Stunde aktiver war (er übte wieder), wurde ihm bewusst, dass auch beim Kontrabassspielen seine Beine und sein Becken sich wie leblos anfühlen.

Durch leichte Druck- und Gegendruckbewegungen gelingt es ihm, dass seine Beine sich wieder lebendiger anfühlen und zu pulsieren beginnen. Aber dieses Spüren macht ihm Angst. Wenn seine Beine nicht mehr verspannt sind, fühlen sie sich schwach und leicht zitterig an. Sofort zieht er seinen Körper wieder zusammen, spannt die Beine an als Schutz vor der Angst, die mit den aufkommenden Schwächegefühlen verbunden ist.

„In sechs Wochen muss ich vorspielen, das schaffe ich nicht“, meint er plötzlich und hält inne. Realistisch gesehen war bis dahin noch genügend Zeit, um an seinem Programm zu feilen. Deswegen interpretieren wir diesen bedrohlichen Gedanken als intellektuelle Abwehr gegen die Angst, mit dem Loslassen in Schwäche und Hilflosigkeit zu stürzen. Diese Abwehr sollte vor der Angst schützen, die so dominierend war, dass sie das Wissen um die eigene gewachsene musikalische Kompetenz in Frage stellte.

Auf der Körperebene war die Energie wieder in den Kopf geschossen. Sein Körper hatte sich kompensatorisch „entvitalisiert“, fühlt sich eng und leer an. Erneut stehen wir vor der Aufgabe, seinen Angstpanzer zu lösen, wobei wir dieses Mal mit dem Medium „Gong“ einsteigen, das er unter den vorhandenen Instru-

menten auswählte. Das Spiel beginnt mit einem inneren „Achtsamwerden“, einer Aufmerksamkeit für die eigene Gestimmtheit. Er steht vor dem freihängenden Gong. Die Schlägel in beiden Händen pendeln leicht neben dem Körper. Aus diesem „Sich-einpendeln“ auf die eigene innere Schwingung erfolgt der Kontakt mit dem Gong. Jan hört auf die innere Resonanz seiner eigenen Impulse. Aus diesen heraus entwickelt er wieder und wieder Kontakt zum Instrument und nähert sich so einem Klang, der seiner inneren Gestimmtheit entspricht. Die Resonanzbewegungen bekommen eine improvisatorische Qualität. Die Arme mit den Schlägeln greifen weit aus, die Mimik wird durchlässig für die inneren Impulse und lässt Berührtheit sichtbar werden. Ich ermutige ihn, mit dem Gong zu singen. Seine gesungenen Töne bekommen, anders als in der ersten Sitzung, etwas Scharfes, Aggressives. Er bewegt den Kopf frei, sein Gesichtsausdruck erhält trotzig, stolze Züge, als wolle er sagen: „Hör mir mal zu.“ Jan fängt an, seine Beine und sein Becken leicht zu bewegen, und mündet schließlich in weite, kreisende Bewegungen seines Körpers – ein untrügliches Zeichen für energetisches Fließen, Wachheit und Neugier. Er lächelt und berichtet, dass er sich jetzt „total lebendig“ fühlt.

Zum Abschluss der Sitzung ermutige ich ihn, diese Erfahrung auf sein Instrument zu übertragen. Er nimmt den Kontrabass, der in meiner Praxis zur Verfügung steht, geht wieder in die Ausgangsstellung, die er am Gong eingenommen hatte: die Füße als „Wurzeln“ des Standes, schulterbreit mit leicht gebeugten Knien, das Becken und der Rumpf pendeln leicht hin und her. Er ist frei für die Resonanzbewegung. Es entstehen Resonanzen auf seinem Instrument, die die Durchlässigkeit seiner Bewegungen hörbar werden lassen. Die Umsetzung von Bewegung in Klang, von Eindruck in Ausdruck, von Berührtheit in Gebärde, das heißt: die Auflösung retroflektiver Muster gewinnt in diesem Moment eine fundamentale Qualität. Ich spüre und höre: Er ist mit sich selbst in Kontakt gekommen.

Nach einer kurzen Pause im Sitzen für den „inneren Nachklang“ schlage ich einen *intermedialen Quergang* (siehe unten) vor. Er soll das Erlebte in einem Bild festhalten. Der Wechsel ins andere Medium, bei dem die Ebene des symbolischen, analogen Denkens beibehalten wird (Watzlawick 1985), soll die entstandenen Atmosphären, Gestimmtheiten (Böhme 1985, Schmitz 1969) wahrzunehmen, zu erfassen und in weiterer Durchdringung zu vertiefen helfen. Jan malt mit raschen, energischen Strichen verschiedene Gongs, aus denen Gesichter mit Sprechblasen entgegenkommen. Lachende, witzige Gesichter mit Sprechblasen „Magic Moments“, „Nutella“, aber auch strafende, düstere Fratzen mit Sprechblasen „Zähne putzen ist Gott gewollt!“, „In Zweierreihen antreten!“, „Ausschlafen ist ungesund!“, „Was gibt's heute – Arbeiten!“

Das Gonggesicht mit den Riesenaugen und der Sprechblase „Gott sieht alles!“ sticht mir ins Auge. An wen ihn dieses Gesicht erinnert, frage ich. „An meinen Lehrer, aber auch an meinen Vater.“ Plötzlich verdüstert sich sein Gesicht, er ballt seine Hand zu einer trotzigem Faust: „Die können mich mal!“ Ich unterstütze diese Haltung und frage ihn, was er diesem Gesicht entgegenzusetzen könnte. Er erinnert sich an seinen älteren Bruder, der ihn immer wieder in Schutz nahm und ihm

einmal ein Bildlexikon in drei Sprachen schenkte, das sein heimlicher Schatz war. „Ich habe schon immer gern andere Sprachen gelernt ... wenn ich andere Sprachen spreche, dann bin ich auch selbst anders“, sagt er. Ob er das Lexikon noch besitze, frage ich. Er verspricht es das nächste Mal mitzubringen.

Intervention:

Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation (7. Wirkfaktor), Förderung emotionalen Ausdrucks (4. Wirkfaktor) und kreativer Gestaltung (9. Wirkfaktor) durch kreative Medien (Gong, Kontrabass), Förderung von Lernprozessen durch die Übertragung von Gong- und Stimmerfahrungen auf sein Instrument (Transfereffekt, 8. Wirkfaktor), *Intermedialer Quergang* zum bildnerischen Gestalten zur Vertiefung des Verstehens (12. Wirkfaktor).

Dieser gründet auf der vom „Leibe her“ ansetzenden „Hermeneutischen Spirale“ (Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen, Erklären), die sich in immer weiterführenden Bewegungen überschreitet und impliziert, dass Wahr-genommenes, Erfahrenes aufgenommen wurde als verkörperte, cerebral in mnestischen Speichern niedergelegte „Informationen über die Welt“ plus der „eigenleiblichen Resonanzen“ auf dieses Aufgenommene – die Bilder und die sie begleitenden Empfindungen. Genauer betrachtet, handelt es sich nicht nur um bildhafte Eindrücke, sondern um komplexe „impressa“ (Petzold 1968), um sequentielle „szenische und atmosphärische“ Holorepräsentationen als gesamtcerebrales Geschehen (gleichsam „Filme“ mit Geräuschen, Gerüchen, Gespürtem), also auch mit dem begleitenden innerleiblichen „Erleben im Prozess“, in der ablaufenden Sequenz des Geschehens.

Hypothese:

Seine intellektuelle Abwehr gegen die Auflösung von Blockaden ist ein Schutz vor der Angst, be- bzw. entwertet zu werden. Er benötigt noch mehrere dieser oder ähnlicher Erfahrungen, bevor er langfristig seinen erwachsenen und gewachsenen Kompetenzen vertraut.

Resümee:

Er gewann Verbindung zur eigenen Ausdruckskraft und Lebendigkeit. Er traut sich über bisher bekannte Grenzen seiner Körperlichkeit und Ausdrucksfähigkeit hinaus.

4. + 5. Sitzung (Doppelstunde)

Thema:

Angst, innere Widersacher und Gefährten

Prozess:

Über den Rückblick auf die letzte Sitzung und die Frage, wie er mit seiner Angst vor dem bevorstehenden Konzert fertig werden könne, erzählt er von einem inneren „Widersacher“, den er schon seit seiner Grundschulzeit kennt, der ihm das Leben schwer macht.

„Was sind seine Botschaften?“ frage ich. „Es ist ein Gefühl – wie ‚Bären-dreck‘“, sinniert er. Ob er dieses Gefühl auf einem Instrument ausdrücken könne? Dieses Mal geht Jan ans Klavier. Überraschenderweise bittet er mich, sein Spiel aufzunehmen – „damit ich das zu Hause noch mal anhören kann ... ich habe das Gefühl, ich muss das immer wieder hören, bis ich verstehe, was dieser Feind mir ständig ins Ohr bläst.“ Er spielt völlig versunken – mir schien die Zeit wie eine „Ewigkeit“ – dabei waren es gerade zehn Minuten.

Er will seine Klavierimprovisation mit mir zusammen anhören, um aus dem Nachklang des Gehörten in weiterer Durchdringung zu einem Verstehen zu kommen. Im nachbereitenden, durcharbeitenden Gespräch über seine Musik versucht er zu erklären, mir verständlich zu machen, was in ihm und mit ihm vorgegangen sei.

Dieser Prozess „persönlicher Hermeneutik“ steht für diese Sitzung zentral. Es geht um einen Prozess gemeinsamer Spurensuche und Spurensicherung, in dem Jan vier Abschnitte seiner Improvisation herausstellt:

- den „Staccato-Abschnitt“, dem er die Überschrift gibt: „Das schaffst du nie, mittelmäßig wie du bist“,
- den Abschnitt mit den abwärts führenden Tonkaskaden, dem er die Überschrift gibt: „Es wird alles böse enden“,
- den „Ta-ta-ta-taaaah“-Abschnitt, dem er die Überschrift gibt: „Wie kannst du nur!“
- den Abschnitt mit den ewig kreisenden Sekund-Intervallen, dem er die Überschrift gibt: „Sisyphus – alles ist umsonst.“

Ich entscheide mich gegen eine tiefende, intensivierende Intervention zugunsten der Arbeit mit den „inneren Gefährten“, um der negativen Involvierung etwas entgegen zu setzen.

Exkurs: „Innere Gefährten“

Das zeitlebens vorhandene Wissen vom „self-regulating-other“ und die zeitlebens hervorrufbaren Vorstellungen vom „evoked companion“ (Rahm et al. 1993, S. 212) bilden ein Reservoir an Gefühlen von Sicherheit, Zugehörigkeit und Verbundenheit. Wenn es zu Störungen oder Defiziten dieser inneren Repräsentanzen kommt (z. B. durch Unterbrechung des Kontaktzyklus zwischen Mutter und Kind), findet diese Verinnerlichung nicht oder nur ungenügend statt. Es kann ein Gefühl der inneren Leere entstehen. Der betreffende Mensch kann sich selbst nicht zum guten Gefährten (Mead) machen und kann keinen befriedigenden inneren Dialog führen. In Momenten von Angst oder Verlassenheit greifen Menschen auf ihre wichtigsten „inneren Gefährten“ zurück, die ihnen Zuspruch und Ermutigung geben. In meiner

Arbeit mit DIBB greife ich häufig auf diese Technik des „inneren Gefährten“ bzw. „inneren Beistands“ zurück, um die Klienten an ihre positiven inneren Ressourcen „andocken“ zu lassen. Eine positive Ressource muss nicht immer ein Mensch sein, es kann auch ein Übergangsobjekt evoziert werden. (s. 7. Sitzung)

Jan willigt zur Arbeit mit dem „inneren Gefährten“ ein. Ich bitte ihn, die Augen zu schließen und sich an Personen oder Gegenstände zu erinnern, die ihm in seinem Leben bedeutungsvoll waren. Dann bitte ich ihn, diese Personen vor seinem geistigen Auge vorbeiziehen zu lassen. Nach einer Weile bitte ich ihn anzuhalten und frage nach, an wen oder was er sich gerade erinnert.

Jan: „An meinen älteren Bruder.“

IT: „Was verbinden Sie mit ihm?“

Jan: „Ich habe ihn bewundert ... der hat so in sich geruht ... war total witzig.“

IT: „Was würde er zu Ihnen sagen, wenn er hören würde, wie Sie sich runtermachen?“

Jan phantasiert, wie er seinem Bruder von seinen „heimtückischen inneren Heckenschützen“ erzählt, die ihn überrumpeln und immer auf die empfindlichste Stelle treffen. Und von diesen grauen Eminenzen, die nichts sagen und das innere „Betriebsklima“ total vergiften. Er phantasiert weiter: Sein Bruder würde diese Teufel einfach abknallen und dann zu ihm sagen: „So, jetzt hör auf mit deinen hausgemachten Monstern. Lass uns lieber ’ne Runde Blues spielen.“

Die Sitzung endet mit dem lapidaren Satz von Jan: „Ich glaube, er hat recht – alles hausgemachte Teufel.“

Wir einigen uns wieder auf eine Doppelstunde zum nächsten Mal, weil er seinen eigenen Kontrabass mitbringen will.

Intervention:

Arbeit mit dem „inneren Gefährten“: Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens, hier auch zum Aufbau positiver „Innenwelten“ positive Attributionen internalisieren (12. Wirkfaktor)

Hypothese:

Es kristallisiert sich immer deutlicher heraus, dass die negativen Botschaften seines Vaters ihn unterschwellig ständig begleiten. Seine Unsicherheiten und Ängste resultieren aus Überforderungsgefühlen gegenüber seinem Vater.

Resümee:

Die intrapsychische Verfassung von Jan konnte stabilisiert werden. Es wird deutlich, dass er sich in einer Veränderungsphase befindet, in der die bisher undeutlich wahrgenommenen Gefühle nun mehr Prägnanz und Sprache finden können.

6.+7. Sitzung

Thema:

Übungszentriertes Arbeiten am Instrument, Realtraining

Prozess:

Jan bringt seinen Kontrabass mit. Er beschreibt wie er seine Hand verkrampft, wenn er an der Bogenspitze forte spielen soll, und wie er auch im pianissimo mit „festgezurrtter Hand“ spielt, ohne dass er es wahrnimmt. Diese Überanstrengung wird ihm meist erst im Nachhinein bewusst, wenn er seine schmerzenden Handgelenke spürt. Er kann es auch hören: Sein Ton ist in seiner Entfaltung behindert.

Diese beeinträchtigende Gewohnheit gehen wir zunächst durch einen kognitiven Erkenntnissschritt an: Wir lokalisieren eine Entspannungsmöglichkeit, die ihm hilft, die Aufmerksamkeit von den angespannten Handgelenken wegzulenken. Er spielt eine Passage, indem er sich auf seine Fingernägel konzentriert, statt wie sonst auf seine Fingerkuppen. Er realisiert den physiologischen Grund: die Fingernägel wirken wie Platten, auf denen sich der Druck verteilt, der von den Fingerkuppen herkommt.

Ich rege Jan an, einen „mentalenen Spaziergang“ durch den Körper zu machen, während er spielt. Er solle sich jeweils auf einen Körperteil konzentrieren, um die Flexibilität oder Verspannung dieses Körperteils zu erforschen. Er beginnt von oben und geht allmählich nach unten: Kopf, Gesicht, Lippen, Kiefer, Zunge, Hals, Schultern, Arme, Hände, Finger, Rücken, Bauch, Becken, Oberschenkel, Knie, Füße. Sein Kommentar: Alle spielen mit!

Zur Entspannung schlage ich einen Durchlauf seines Konzertstückes vor, in dem er beim Spielen „an gar nichts“ denkt. Schon beim ersten Fehler bricht er ab. Es fällt ihm schwer, Fehler stehen zu lassen. Ich ermuntere ihn dennoch weiter zu spielen, indem ich ihm den Unterschied klar mache zwischen dem normalen Üben und diesem Durchlauf, der ihm lediglich Information über sein derzeitiges Können geben soll. Er reagiert darauf mit einer Gelassenheit beim Spiel, die ihn selbst überrascht. Sein Ton entfaltet sich in seiner „Biografie“, die verrät – Jan hat an Lockerheit gewonnen.

Ermutigt durch diese Erfahrung möchte er mir sein Konzertstück von Eccles vorspielen. Wir inszenieren eine Bühnensituation. Ein Podest soll die Bühne markieren, die mit einer Stehlampe hell erleuchtet wird. Ich sitze im Dunkel des Raumes als „Publikum“. Er tritt auf die „Bühne“, verbeugt sich und schaut mich fragend an. Ich frage, wie er sich beim Gang zum Platz auf dem Podest gefühlt habe. Er antwortet: „Wie beim Gang zum Schafott.“

Wir erkunden diesen Satz und sein Implikat: Er ist nicht gewillt, die Führung zu übernehmen, d. h. die Situation in die Hand zu nehmen. Er hasse es, „eine Schau abzuziehen“, woraufhin ich lächle und mit der ironischen Bemerkung kontere: „Immer schön ich selbst sein, oder vielleicht doch lieber ein anderer?“ Er lacht. Er hat die Ironie meiner Bemerkung erkennbar verstanden, bemerkt dann, plötzlich ernst geworden: „Ich habe Angst, dass ich mich lächerlich machen könnte, wenn

ich auf der Bühne eine Rolle einnehme.“ Ich versuche ihm zu vermitteln, dass wir zwar nicht wählen können, ob wir schauspielern, aber die Wahl haben, gute oder schlechte Schauspieler zu sein.

Jan ist neugierig geworden: Was heißt es, auf der Bühne ein guter Schauspieler zu sein? „Das muss ich üben“, meint er grinsend. Er legt sein Instrument zur Seite. Wir beginnen mit dem Realtraining: Ich gebe die Instruktionen für diese Vorübung:

Übung 1. Er tritt dreimal in den Therapieraum ein. Beim ersten Mal imitiert er einen unsicheren, ängstlichen Menschen, beim zweiten Mal einen selbstsicheren, von sich überzeugten Menschen, und beim dritten Mal sucht er einen Mittelweg zwischen beiden Extremen.

Er soll dieses „Als-ob“ in den drei Positionen möglichst intensiv erleben und übertreiben, um die Gefühle, das Atmungsgeschehen, die zuweilen beträchtliche Körperanstrengung deutlich zu spüren und prägnant werden zu lassen. Mit Hilfe von Assoziationen gelingt es ihm, die Hemmschwelle zu überwinden. Vom „Weichei“, zum „Frauerversteher“, zum überheblichen „Belehrenden“ bis hin zum arroganten „Dandy“ findet er schließlich die Rolle, die für ihn stimmig ist: „der wilde Draufgänger“.

Exkurs: Assoziationen sind bei jedem Klienten wirksam, aber bei jedem unterschiedlich ausgeprägt; deshalb ist ihre Wirkung verschieden gewichtet. Ich versuche mit jedem Klienten festzustellen, welche Assoziationen bei ihm die größte Resonanz erzeugen. Eine solche Selbstprüfung kann auch ergeben, dass bestimmte Assoziationen den eigenen Ausdruckstyp bereichern und ergänzen können. Solche Assoziationen werden durch Gesten verstärkt.

Wir wiederholen die Übung an seinem Instrument. Ich leite die Übung an: Er soll wiederum in den o.g. drei verschiedenen Haltungen sich mit seinem Bass auf der Bühne präsentieren, um aus der inneren Resonanz heraus zu spüren, wie die Körpersprache Einfluss auf die Selbstsicherheit nimmt.

Übung 2. Jan geht im Therapieraum auf und ab, abwechselnd mit angespanntem Gesicht, mit großen und kleinen, langsamen und schnellen Schritten, entspannt, gelöst, verkrampft. Dabei merkt er, wie sich seine Körperhaltung auf sein Gefühl auswirkt und umgekehrt.

Für ihn heißt das, dass er bis zu einem gewissen Grad Sicherheit dazu gewinnen kann, wenn er es schafft, im aufrechten Gang die Bühne zu betreten.

Intervention:

Bewegungsbereitschaft durch Bewegung erzeugen
 Lokalisation von Entspannungsmöglichkeiten im Körper
 „Spannungsspaziergang“ durch den Körper
 gedankenloser Durchlauf
 Realtraining auf der Bühne

Hypothese:

Die repressiven väterlichen Botschaften haben sich auch in seiner Körpersprache „eingraviert“. Die Hypothese „Vaterproblematik“ hat sich bestätigt. Sie wirkt nicht nur mental. Auch in seiner Körpersprache und seinem Bühnenverhalten hat sie Spuren hinterlassen.

Resümee:

Jan benötigt besonders die Förderung leiblicher Bewusstheit und eines erlebnisaktivierenden Lebensstils (s. 4.1 erlebniszentrierte Modalität, 7. Wirkfaktor).

8. Sitzung (Einzelstunde)**Thema:**

Bühnenpanorama (s. o.: „Prozessuale Diagnostik“)

Prozess:

Jan möchte an der vergangenen Sitzung anknüpfen und fragt mich, ob ich ihm weitere „Regiewerkzeuge“ vermitteln könnte.

Wir beginnen mit einer „Bewusstseinsübung“ – entspannte Sitzposition, Augen schließen, bewusst ein- und ausatmen, Atem finden, kurze Heranführung an das Thema „Bühne“. Jan betont wieder, dass ihm Grundsätzliches fehle – er hasse zwar amerikanische Selbstdarstellungs-Vermarktung, aber er möchte sich selbst gern gut finden, wenn er auf eine Bühne tritt.

An dieser Stelle scheint es mir notwendig, den Fokus „Bühne“ besonders intensiv zu explorieren und zu bearbeiten. Hier lässt sich mittels der Panoramatechnik die thematische Linie „Bühnenerfahrungen im Längsschnitt“ untersuchen.

Ich wähle die für mich relevante Form des „dreizügigen Bühnenpanoramas“, das auf die Erkenntnis der Longitudinalforschung (Rutter 1988, Petzold et al. 1993) zurückgreift, dass die menschliche Persönlichkeit in ihren gesunden und kranken Dimensionen aus der Interaktion von „pathogenen Erfahrungen“, „salutogenen Erlebnissen“ und „prolongierten Mangel Erfahrungen“ verstanden werden muss.

Diesen Zusammenhang mache ich Jan einsichtig, indem ich in der Einstimmungsphase folgendes erkläre: „Verhalten auf der Bühne wird durch drei Erfahrungsformen bestimmt: 1. die guten Bühnenerfahrungen, die einen aufbauen und in der Entwicklung fördern, 2. die negativen Erfahrungen, die einen belasten und geschadet haben, 3. die Mangel Erfahrungen, bei denen einem etwas gefehlt hat, das man für die Entwicklung notwendig gebraucht hätte.“

Ich fordere Jan auf, diese drei Erfahrungsströme aufzuzeichnen und die Art und Weise, wie sie sich wechselseitig beeinflusst haben. Ich überlasse es ihm, welche Form der Bearbeitung er wählt. Er könnte figürlich arbeiten, Beschriftungen verwenden oder sich nur in Form und Farbe ausdrücken. So entstehen Bildserien von Ereignissen, die in Ereignisfolgen eingebettet sind, so kann ein übergeordneter

Sinn verstanden werden, der Verbindungen über die Zeit hin ermöglicht und Synopsen entstehen lässt.

Jan entscheidet sich für die reine Bildform. Nach einer langen Pause beginnt er, mir sein Bild zu erklären. Das entstehende Bild zeigt eine deutliche Zweiteilung in einen belastenden, leistungsorientierten und einen gesundheitsbezogenen, schützenden Strang. Die „Kette der widrigen Bühnenereignisse“, die er als schwarze dicke Punkte markiert, dominieren. Er denkt dabei an seine ersten „peinlichen Klavier-Muggen“, („Mugge“ bedeutet in der musikalischen Umgangssprache „Musikalisches Unterhaltungsgeschäft“) die er als Qual empfand, wegen seiner „blaufingerkalten“ zittrigen Hände. Der positive, schützende Strang des Panoramas beginnt mit einem pinkfarbenen (sic) Kontrabass. „Der war meine Rettung. Ein Instrument, das ich eigenständig auswählte (und nicht, wie das Klavier, „spielen musste“), obwohl es mein Vater nicht besonders leiden konnte und meine Mutter einfach „lächerlich“ fand.“ Ich frage: „Warum lächerlich?“ Jan: „Als Kontrabassist lebt man immer an der Grenze zur Lächerlichkeit, außerdem hat Quantz gesagt, dass die Kontrabassisten nicht gerade die gescheitesten Musiker sind. So nach dem Motto, wer sonst kein Instrument schafft, der spielt halt Kontrabass. Dafür reicht es immer noch irgendwie.“

Die Exploration ergibt weitere „protektive Erfahrungen“ – das Spiel mit seinen beiden Brüdern, die Kantateneinsätze in der Kirche, seine erste Kontrabass-Lehrerin, die Werkstatt, in der er selbst Hand anlegen durfte bei anfallenden Reparaturen oder Korrekturen (Saiten, Steg).

Die hohe Identifikation mit seinem Vater zeigt sich im Panorama darin, dass Jan die dunkelrote Leistungskurve seines Vaters als seine eigene fortzeichnet. Mit 18 Jahren erlebt er seinen „musikalischen Höhepunkt“ als Kontrabassist. Er gewinnt einen zweiten Preis bei „Jugend musiziert“ – angedeutet durch eine gelbe Sonne im dunkelroten Strom. Ich zitiere ihn: „Eigentlich hätte ich mich diesem Wettbewerb ja nicht stellen müssen, aber irgendwie hat mich das Risiko gereizt. Am meisten hat es mich weiter gebracht, dass ich trotz meiner Angst vor den Juroren mich überwunden und gespielt habe. Danach habe ich mich wie der „king“ gefühlt und natürlich gehofft, dass es beim nächsten Mal wieder klappt.“

Leider geschah das Entgegengesetzte. Der Erwartungsdruck, unter den er sich selbst setzte und den er von außen phantasierte, führte zu negativen Konsequenzen: Er begann sich ständig zu beobachten, verlor seine unbefangene Spielfreude. Der soziale Druck, unter dem er sich fühlte, „alles im Griff“ haben zu müssen, hatte einschneidende Folgen: Sein Ton auf dem Bass war in seiner Entfaltung gestört. Seine Greifhand begann sich zu verkrampfen. Sein Lebensgefühl: nichts als Stress. Stress im Unterricht, Stress zu Hause – den Stress malt er als schwarze Krallen, die seinen Hals zusammendrücken. Ein grüner Streifen hinter der schwarzen Krallen zeigt eine positive Ausnahme – die Bekanntschaft (später Freundschaft) mit einer Jazzgruppe, die ihn als Bassisten aufnimmt – eine neue Bühne, die er als (fast) stressfrei und entlastend empfindet, ganz im Gegensatz zu den blauen und schwarzen Wolken, die den grünen Streifen unterbrechen und verdunkeln, die er

als Symbole für seine Erfahrungen an der Musikhochschule wählt. Er hat wenig Kontakt zu seinen Mitstudenten, allerdings eine Freundin und einen Instrumentallehrer, den er bewundert, der aber von ihm verlangt, dass er seine Spielweise in allen Details übernimmt.

Jan bedankt sich für die Arbeit am Panorama. Stolz nimmt er sein Bild mit nach Hause, er will es seiner Freundin zeigen.

Intervention:

Bewusstseinsübung

kreative Medien, Technik: dreizügiges Bühnenpanorama (9. Wirkfaktor)

stützende Technik; verbale bzw. emotionale Stützung (2. Wirkfaktor)

Hypothese:

Meine Hypothese zur „Vaterproblematik“ erweist sich als zutreffend. Neu hinzukommt der Aspekt der Identifizierung mit dem Vater. (Jan selbst pointierte diesen Aspekt mit einem Witz: „Die größten Kritiker der Elche, werden später selber welche.“)

Resümee:

Ich spüre die veränderungswirksame Kraft eines solchen Panoramas, das Jan aus der berührten Distanz eine „Aufsicht auf sein Bühnenleben“ zu vermitteln vermochte. Dieses Instrument erlaubte ihm eine Gesamtansicht, die er bisher nicht in dem Maße besaß. Er bedankt sich am Ende der Sitzung, ein Zeichen, dass in ihm etwas „ins Fließen“ gekommen ist.

Kurze Zusammenfassung der Sitzungen 9. – 14.:

In der 9. Sitzung thematisiert er den Kontakt, den er zu sich selbst gefunden hat. Körperlich spürt er sich wärmer. Und er hat eine neue Einstellung zu seinem Körper gefunden, die er in folgenden Worten wiedergibt: „Es ist in Ordnung, schwach zu sein. Ich bin trotzdem stark genug. Ich werde das Konzert trotzdem schaffen.“ Die 10. und 11. Sitzung gilt ausschließlich der Vorbereitung seines Auftritts. Übungen für die Bühne stehen im Vordergrund, beginnend mit einer Bewusstseinsübung (s. 8. Sitzung), übergehend zur „schauspielerischen“ Einübung einer souveränen Haltung:

- Wir üben den federnden, energievollen, aber nicht nervösen Gang;
- wir üben eine Kopfhaltung, die Sicherheit und Beherrschung der Situation signalisiert („wie ein König“, „als würde der Kopf hinten an den Haaren nach oben gezogen“);
- wir üben vorbereitende Bewegungen beim Hinsetzen und Stimmen des Instruments, die eine „gelöste Spannung“ besitzen;
- wir üben, wie man durch eine äußere Haltung einen inneren Zustand beeinflussen kann (s. „Als ob“, 6.+7. Sitzung), Beispiel: er versetzt sich innerlich in einen hochmotivierten, angriffslustigen Zustand, nimmt diese Haltung will-

kürlich ein und führt die Bewegungen aus, die diesen Zustand signalisieren. Die Wirkung dieser „körperlichen Hochstapelei“ hat Folgen: sie begünstigt und lockt innere Sicherheit herbei.

- Wir wiederholen die Übungen zur Spannung und Entspannung am Instrument (s. 6.+7. Sitzung, „mentaler Spaziergang“).

Resümee:

Jan realisiert: Auftreten kann und soll man üben!

Die äußere Haltung beeinflusst die innere Haltung.

Die Chancen des Auftritts kann man einplanen – soll man nicht verschenken.

Lockerheit am Instrument und Spannung bedingen einander, deshalb ist das Wechselspiel zwischen Spannung und Entspannung wichtig. So erfährt Jan: Lockerheit entsteht durch Spannung.

Die 12. und 13. Sitzung (Doppelstunde) schlagen den Bogen zur Selbstinstruktion unter „Rampenlicht-Bedingungen“. Ein „Probeauftritt“ ist geplant, bei dem Jan zwei weitere Mitstudenten aus seinem Fach mitbringt, die als „Publikum“ fungieren und anschließend Feedback geben sollen.

Er beginnt mit einer von mir angeleiteten Kurzentspannung hinter der Bühne (s. „aktive Entspannung“ in meinem Buch *Vom Lampenfieber zur Vorfreude. Sicher und souverän auftreten*. Heidelberg 2004). Bevor er auf die Bühne tritt, rekapituliert er seine Haltung (in Bezug auf Körperbewegung und Auftreten):

- Ich bestimme und beeinflusse den Zustand meiner Zuhörer.
- Ich führe meine Hörer durch die Musik, bringe sie durch prägnante Bewegungen zum Nachvollziehen meiner musikalischen Aussagen.
- Ich zeige mich, indem ich innerlich sage: „Hört mir mal alle zu!“
- Ich gewöhne mich daran, bei Fehlern freundlich zu lächeln. (Das erzeugt Gemeinsamkeit, auch das Publikum wird durch ein Lächeln angesteckt – Resonanzeffekt.)

Nachdem er sein Programm gespielt hat, gibt jeder der Anwesenden ein gezieltes Feedback. Wir teilen ihm mit, wie wir ihn in seinen Bewegungen, seinem Ausdruck, seiner Spielweise und seinem Bühnenverhalten erlebt haben. Diese Rückkoppelung erfolgt nicht nur durch verbale Statements, sondern auch durch Spiegeltechnik, Verhaltensimitation, um Jan sein (musikalisches und bühnentechnisches) Verhalten vor Augen zu führen und ihm die dahinterstehende Haltung zu verdeutlichen.

In der 14. Sitzung wird das Material des Feedbacks einer Untersuchung und Bearbeitung unterzogen. Bei Jan ging es um folgende Verbesserungsvorschläge:

1. mangelnder Blickkontakt zum Publikum,
2. seine freien Einsätze beginnen unvermittelt, ohne Vorbereitung,
3. seine musikalische Kommunikation könnte verbessert werden durch unterschiedliche Gewichtung von Wichtigem und weniger Wichtigem (wo alles wichtig ist, ist nichts wichtig!).

ad 1) Jan schweift auf der Bühne mit seinen Blicken ins Leere. Er weicht den Zuschauern oder Hörern aus. Er guckt häufig auf den Boden. Wir üben einen Augen-dialog:

Er stellt sich vor, ein Konzert zu beginnen. Er nimmt mit den Hörern Augenkontakt auf. Sein Blick wandert durch den Raum, da gibt es freundliche, gelangweilte, verkiffene, erwartungsvolle, gespannte Augenpaare. Er sucht sich ein Augenpaar aus, bei dem er sich besonders wohl fühlt und verharrt dort eine Weile. Dann fängt er an zu spielen. Später während einer Pause zwischen den Stücken kehrt er wieder zu seinem gewählten Augenpaar zurück und genießt die Zustimmung und das Wohlwollen, das ihm entgegen kommt.

ad 2) Vor dem Einsatz versetzt er sich in die Stimmung und den Rhythmus des jeweiligen Stückes und vor-erlebt sie als eine Art „inneren Swing“. Er übt diese Vorbewegung, die schon lange vor dem ersten Ton ansetzt und in das Stück hineinwirkt.

ad 3) Wir erarbeiten sogenannte „Wichtigkeiten“, die eine Stelle als wichtiger erscheinen lassen als das Übrige. Er entscheidet sich für eine bestimmte musikalische Wendung, die er als Erkennungspunkt „markiert“, um eine spätere Variante daran anzuknüpfen. Er wählt ein plötzliches Diminuendo, das er als späteren Bezugspunkt durch Ähnlichkeit festmacht und immer wieder leicht variiert. Als Hörerin nehme ich die Ähnlichkeit wahr und stelle fest: Er führt mich mit dieser „Markierung“ durch das Stück, als würde er fragen: „Erinnerst du dich?“ Ich verstehe den gestifteten Sinn im Zusammenhang. Jan geht auf die Suche nach weiteren musikalischen Regiewerkzeugen (Dur-Moll-Wechsel, Klangfarbenwechsel, prägnante rhythmische Ereignisse).

Hypothese:

Jan hat erfasst, wahrgenommen und verstanden, der kreative Akt künstlerischen Übens bedeutet: Fragen stellen.

15. und 16. Sitzung

Thema:

Nachbesprechung des Konzertes, „Reste“, Imagination mit Zukunftsausrichtung, Expression „Sich zeigen“, Ressource „der Risikofreudige“

Prozess:

Jan eröffnet die Sitzung mit den Worten „Eigentlich geht es mir gut“. Ich hinterfrage diese ambivalente Botschaft. Er berichtet von seinem Konzert, das ihm erstaunlich gut glückte, mit Ausnahme kleiner Intonationsschwächen, die mit seiner Überspannung zusammenhängen. Und er berichtet stolz, dass er als Folge zu einer Konzertsreihe nach Istrien eingeladen wurde, was mit einer dreiwöchigen Reise

verbunden ist. Für uns bedeutet das den vorläufigen Abschluss unserer Arbeit, weil er sich in den Semesterferien für eine „Übklausur“ zurückziehen möchte.

Auf die Frage, was ihm an unserer Konzertvorbereitung wichtig war, antwortet er: „Ich bin stolz auf das, was ich im Ernstfall umsetzen konnte, aber da gibt es noch einiges an Arbeit. Ich will einfach noch freier werden.“

Ich greife diesen letzten Satz auf, um seine gegenwärtige Situation und seine angedeuteten Zukunftswünsche einzubeziehen. Um diese Zielsetzung zu gewährleisten, steige ich ein mit einer geleiteten Imagination, die zu einer Überschau über das, was ist, zu dem, was sein soll, hinführt.

Nach einer kurzen Entspannungs- und darauf folgenden Zentrierungsübung (Strecken, Dehnen, Gähnen und festem Aufliegen auf dem Boden, so dass er „Boden unter den Füßen hat“), fordere ich ihn auf, einmal in die Rolle eines wohlwollenden neugierigen Beobachters zu gehen, der auf seine Lebenssituation schaut:

„Wie geht es dem Jan gerade? Was sieht der Beobachter in Jans Lebenssituation?“ (Ich wechsele dann zwischen dem Beobachter und Jan selbst, um vom distanzierten Blick zu einer „engagierten Distanz“ zu gelangen.) „Was sehen Sie in Ihrer Lebenssituation: was nährt, was unterstützt, was schadet, was belastet? Welche Resonanz spüren Sie in Ihrem Körper? Wo erleben Sie sich weit und hell, oder eng und düster?“ (Sensibilisierung der Leiblichkeit, damit Jan mehr mit sich selbst in Kontakt kommt.) „Welche Atmosphären berühren Sie, wie verhalten Sie sich, wo sind Sie zurückhaltend?“

Diesen Anweisungen wird viel Zeit gegeben, so dass innere Resonanzen aufkommen können. „Fragen Sie sich, wohin zieht es mich, wohin gehen meine Wünsche, Hoffnungen? In welche Richtung gehen meine Ziele? Könnte es so weitergehen?“ (Sensibilisierung für emotionale Grundtönung, für das „Lebensgefühl“, Exploration der Zukunftsausrichtung.)

Von der imaginativen Ebene aus versuche ich, auf die expressive Ebene über zu leiten. Hier bietet sich ein Rollenspiel oder eine musiktherapeutische Vignette an, um den Kontakt mit sich selbst zu vertiefen.

Jan entscheidet sich für eine musikalische Improvisation. Die flüchtigen Bilder seiner Imagination sollen Form und Gestalt gewinnen, damit vertiefte Auseinandersetzungen mit seinen „facts of life“ möglich werden. Die Instrumente werden in diesem Geschehen zum „Intermediärobjekt“ (Rojas-Bermúdez 1983), das eine Brücke zur Kommunikation mit anderen schlagen soll.

Exkurs

Ich unterscheide „Übergangsobjekte“ (Winnicott 1953), mit denen der Klient selbstbezogen „spielt“, um sich selbst zu begegnen, von Intermediärobjekten, die eine kommunikative Brücke zu anderen bilden.

Jan stellt seine Improvisation unter den Titel „Sich zeigen“. Er wählt drei Instrumente: Gong, Marimbaphon, Pauke. Mir weist er das Klavier zu: „Damit können

Sie mich begleiten, wenn es nötig ist.“ Nach einem Warm-up (einem Einschwingen des Körpers, um Kontakt zu den inneren Impulsen zu erhalten): „Lassen Sie diesen Impulsen freien Lauf, lassen Sie sie über den Leib in die Gestik, Haltung und Spielbewegung dringen.“ Ich ermutige auf diese Weise Ausdrucksverhalten, und helfe ihm dabei, aus seiner anfänglichen Scheu und Scham, sich oder etwas von sich zu zeigen, herauszuführen.

Methodisch und didaktisch ist es wichtig, dass ich die auftauchenden Phänomene aufgreife und benenne, um eine prozesshafte Feinspürigkeit zu fördern. „Spielen Sie, was jeweils in Ihnen aufkommt, ohne Zensur, ganz wie es sich zeigen will.“ (Erlaubnis aus der Position wohlwollender „Beistände“ [s. 4.+ 5. Sitzung „innere Gefährten“], die den bewertenden, abwertenden verinnerlichten Stimmen entgegensteuern soll, um „Toxisches“ abzupuffern, das musikalische Gestaltung verhindert.)

Die musikalische Erfahrung der Improvisation, die äußere Parallelen zur Improvisation in der 4.+ 5. Sitzung aufweist – wieder vier Abschnitte – unterscheidet sich dennoch grundlegend davon. In der Kommunikation mit mir (Klavier) erlebt er beim Einsatz der Pauke, dass er auch einen „Draufgänger“, einen „Ausgeflippten“ und einen „Risikofreudigen“ (Marimbaphon) in seinem „inneren Team“ mit sich führt.

Diese Erfahrung greife ich auf und schlage einen zweiten Durchgang vor, bei dem er ein Element seiner Improvisation aufgreift und wie mit dem Vergrößerungsglas nochmals spielt. Er wählt seinen „risikofreudigen Teil“. Obwohl es sich in der Regel bei der „Vergrößerung“ um die musikalische Durchdringung eines Details handelt, werden Aspekte als komplex und klar zugleich erlebt.

Ich frage: „Kennen Sie so einen ‚Risikofreudigen‘, vielleicht von früher oder aus anderen Zusammenhängen?“ Jan verneint, aber er erinnere sich an jemanden – seinen Großvater, der vor Leuten immer ganz groß heraus gekommen sei. Ich ermuntere Jan, seinen Großvater mental herbeizurufen und durch Großvaters Stimme in seinem Ohr, sich von dieser Qualität anstecken zu lassen.

Bei diesem Vorgehen steht die Mobilisierung von Ressourcen im Vordergrund.

Jan stellt zu seinem Erstaunen fest, nachdem er vom Marimbaphon zum Klavier überwechselte („das Marimbaphon passt nicht mehr, ich brauche ‚was Kräftigeres“), dass er mit einer Kraft in sich in Berührung kam, die er bisher so nicht kannte. Sein Kommentar: „Ich glaube, ich muss einfach mehr zu meinem Großvater hinüber schauen, damit mein Vater sich nicht so breit macht in mir.“

Er beginnt mit kräftigen Strichen seine Beine zu massieren, dann die Arme und sagt: „Jetzt möchte ich an den Kontrabass ... ich will wissen, wie ich spiele, wenn ich mich stark fühle ... ich will hören, wie es sich mit ‚Großvater-Energie‘ spielt.“

Er nimmt sich anschließend an sein sehr ausdrucksstarkes, mitunter auch ruppiges Spiel ausnehmend viel Zeit, setzt sich ganz langsam, sein Gesicht hat einen neuen Ausdruck bekommen, und sagt: „Ich glaube, da geht’s lang.“

Intervention:

Geleitete Imagination

Expression mit kreativen Medien (Instrumente)

Technik: Aufmerksam machen

Arbeit mit Intermediärobjekt

Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens durch „intramediale Vergrößerung“ (positive Zuschreibungen internalisieren, 12. Wirkfaktor)

Erarbeitung positiver Zukunftsperspektive

Hypothese:

Jan hat in dieser Sitzung eine bisher immer unterschwellig vorhandene Problematik (Vater) auflösen bzw. durch eine positive Ressource (Großvater) ersetzen können. Er hat größere Rollenflexibilität gewonnen. Eine langfristige Umsetzung dieser Erkenntnisse bedarf der Nacharbeit (eine Fortsetzung unserer Arbeit ist nach den Semesterferien geplant!). Die Nacharbeit müsste fokussieren auf: 1. Stärkung der Ressource „Mut“ (keine negativen Selbstanweisungen), 2. spezifische Stärkung der Ressourcen „Mut zur Rolle“, „Mut zur Übertreibung“, „Mut zur Geste“, 3. Umgang mit Fehlern („Fehlertoleranz“).

Resümee:

Eine Sitzung von hoher emotionaler und musikalischer Dichte, die punktuell Jans Entwicklungsmöglichkeiten aufzeigen konnte. Jan möchte seine Arbeit im nächsten Semester fortsetzen.

Gesamtresümee

Die hier dokumentierten 16 Sitzungen gingen insgesamt über einen Zeitraum von einem halben Jahr. Im Verlauf von DIBB wurde deutlich, wie „effektiv“ der Einsatz kreativer Medien und intermedialer Quergänge für die Arbeit mit meinen Klienten ist (besonders in der erlebniszentrierten Modalität). Jan kam auf fast „spielerische Weise“ mit seinen Bühnenängsten in Berührung (z. B. beim Bühnenpanorama). Er kam mit seiner Biografie in Kontakt, mit Atmosphären und Szenen seiner musikalischen Bühne, und er lernte seine Körperresonanzen spüren. Dies hatte nicht nur Auswirkungen auf sein seither entspannteres Instrumentalspiel, sondern auch auf das Verhalten auf der Bühne. Er wirkt insgesamt sicherer. Seine Spielhaltung und sein Bühnenverhalten sind natürlicher und gelöster geworden.

Eine sichtbare Veränderung ist sein erstes Auslandsengagement (Istrien) und sein damit zusammenhängendes diszipliniertes Üben, das auch für ihn eine nachhaltige Verhaltensänderung bedeutet.

Aus meiner Sicht haben sich in mehreren Bereichen objektive Veränderungen ergeben, die mit den 12 Heilfaktoren zumindest in Verbindung stehen:

- seine leibliche Bewusstheit hat zugenommen

- es fällt ihm leichter, über Gefühle zu sprechen
- er hat begonnen, seine Narrative – fixierte Muster – in Frage zu stellen und zu korrigieren
- er hat einen wichtigen Integrationsprozess in der Beziehung zu seinem Vater eröffnen können
- er hat Einsicht in Zusammenhänge seiner Bühnenangst gewonnen
- sein Verhalten auf der Bühne ist selbstbewusster geworden
- seine Haltung und sein Kontakt zum Instrument haben sich verbessert.

Literatur

- Böhme, G. (1985): Anthropologie in pragmatischer Hinsicht. Frankfurt: Suhrkamp
- Flammer, A. (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Bern: Huber
- Frohne, I. (1981): Das Rhythmische Prinzip. Lilienthal: Eres
- Frohne-Hagemann, I. (1990): Musik und Gestalt. Klinische Musiktherapie als integrative Psychotherapie. Paderborn: Junfermann
- Frohne-Hagemann, I., Pleß-Adamczyk, H. (2005): Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter. Musiktherapeutische Diagnostik und Manual nach ICD 10. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Grawe, K. (1998): Psychologische Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe
- Müller, L., Petzold, H. G. (1997): Musiktherapie in der klinischen Arbeit. Integrative Modelle und Methoden. Gustav Fischer, Stuttgart et al.
- Petzold, H. G. (1993): Integrative Therapie, 3 Bde. Paderborn: Junfermann
- Petzold, H. G. (1996): Der „Andere“ – das Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen anlässlich des Todes von Emmanuel Levinas (1906–1995). In: *Integrative Therapie*, 21/2–3, 319–349. Paderborn: Junfermann
- Petzold, H. G., Sieper, J. (Hrsg.) (1993): Integration und Kreation. 2. Aufl. 1996 Paderborn: Junfermann
- Petzold, H. G., Sieper, J. (2003): Wille und Wollen in der Psychotherapie. 2 Bde. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Priestley, M. (1983): Analytische Musiktherapie. Stuttgart, Klett-Cotta
- Rahm, D. et al. (1993): Einführung in die Integrative Therapie. Paderborn: Junfermann
- Rojas-Bermúdez, J. G.: Die Puppe und Medien als Intermediär-Objekte. In: *Integrative Therapie* 1/2 (1983), 27
- Rutter, M. (1988): Studies of psychosocial risk. The power of longitudinal data. Cambridge: Cambridge University Press
- Schmitz, H. (1964–1982): System der Philosophie, 10 Bde., Bonn: Bouvier
- Schroeder, W. (1995): Musik – Spiegel der Seele. Paderborn: Junfermann

- Schuch, W. (2000): Grundzüge eines Konzeptes und Modells „Integrativer Psychotherapie“. In: Petzold, H., (2000) *Integrative Therapie*, Jubiläumsausgabe. Paderborn: Junfermann
- Strobel, W. (1990): Von der Musiktherapie zur Musikpsychotherapie – Kann aus der Musiktherapie eine anerkannte Form von Psychotherapie werden? *Musiktherapeutische Umschau* 11(1990), 313–338
- Tarr, I.(1990): Bulimie und Widerstand. Ein musiktherapeutisch orientierter Ansatz. Heidelberg: Asanger
- Tarr, I. (2004): Vom Lampenfieber zur Vorfriede. Sicher und souverän auftreten. Heidelberg und Kröning: Asanger
- Tarr, I. (2008): Bühnenangst bei Musikern. Differentielle integrative Behandlung von Bühnenangst (DIBB). Wissenschaftliche Beiträge aus dem Tectum Verlag. Band 6. Marburg: Tectum
- Tarr, I., (2009): Lampenfieber. Stark sein unter Stress. Freiburg: Herder
- Watzlawick, P. (Hrsg.) (1985): Die erfundene Wirklichkeit. Beiträge zum Konstruktivismus. Bern: Huber
- Winnicott, D. W. (1953): Transitional objects and transitional phenomena: a study of first not-me possession. In: *International Journal Psycho-Analysis* 3, 89–97; dtsh. Übergangsobjekte und Übergangsphänomene. *Psyche* 23 (1969), 666–682

Dr. Irmtraud Tarr, Palmstrasse 9, 79618 Rheinfelden

Rezensionen zum Jahrbuchthema

**Ingo Engelmann: Manchmal ein bestimmter Klang
Analytische Musiktherapie in der Gemeindepsychiatrie
Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen 2000, 243 Seiten, 25,90 €
ISBN 978-3-525-45858-7**

Ausgehend von Interviews mit ehemaligen Teilnehmern der Musiktherapiegruppe in der Gemeindepsychiatrie und deren qualitativer Auswertung entwirft Engelmann hier ein ebenso anschauliches wie in einem komplexen Netzwerk von Theorie gefasstes Bild von Musiktherapie im sozialpsychiatrischen Kontext.

„Manchmal ein bestimmter Klang ...“ der Titel ist zunächst rätselhaft ... Es handelt sich um ein Buch der Verknüpfungen und Brückenschläge. Brückenschläge hinein in eine unwegsame, unbestimmte, sich dem direkten Zugriff entziehende und wenig erkundete Landschaft, Brückenschläge – insgesamt vier – in die subjektive Lebenswirklichkeit sozial-psychiatrischer Patienten. Dabei ist seine Arbeit erklärtermaßen nicht eine theoriegeleitete Konstruktion des Subjektes, sondern der – durchaus Theorie gestützte und insofern rekonstruierende – Versuch, das Subjekt selbst zu Wort kommen zu lassen, der sich als Promotion an ein theoretisch versiertes Fachpublikum wendet.

Der erste „Brückenschlag“ bietet einen fundierten Abriss der jüngeren Entwicklung der Sozialpsychiatrie in Deutschland. Sozialpsychiatrische Einrichtungen kümmern sich um chronische, das heißt langfristig psychotisch oder mehrfach erkrankte Menschen, die aus den ambitionierten Förderungs- und Forschungsprogrammen herausgefallen sind, und die am wenigsten Chancen und Möglichkeiten zu selbstbestimmter Lebensgestaltung haben. Dabei haben sie sich,

einem biologisch medizinischen Paradigma folgend, lange Jahre auf die Versorgung und Verwaltung, die Aufbewahrung und Sicherstellung der ihr anvertrauten Menschen beschränkt. Subjektivität und Intersubjektivität sind Grundgegebenheiten psychotherapeutischer Prozesse, und der Autor zeigt, dass diese in der Gemeindepsychiatrie in der Regel nicht gegeben waren.

Erst in jüngerer Zeit gibt es Ansätze zur Achtung der Subjektivität sowohl akut psychotischer als auch sozialpsychiatrischer Patienten. Als Beispiel nennt er die unterschiedlichen Ansätze, die sich unter dem Begriff „Soteria“ zusammenfassen lassen, und denen es im Wesentlichen um das ermöglichen der strukturellen und atmosphärischen Voraussetzungen für heilsame Prozesse geht.

Eine vertraute „weiche“ Atmosphäre und kontinuierliche Begleitung durch ein und dieselbe Person sollen dem akut psychotischen Menschen ermöglichen, (ohne Medikamente) einen eigenen Weg zu finden, mit der Psychose umzugehen.

Als weiteres Beispiel nennt er das „Psychose-Seminar“, das von Thomas Bock und Dorothea Buck (selbst Betroffene) in Hamburg seit fünfzehn Jahren entwickelt wird. Hier entsteht ein Begegnungsraum, in dem sich Patienten, Angehörige und Professionelle über ihre Sicht auf die Psychose verständigen können.

Der Zweite „Brückenschlag“ beinhaltet eine entwicklungspsychologische Fundierung gemeindepsychiatrischer Arbeit. Es erfolgt ein historischer Abriss über die verschiedenen für die Psychoanalyse relevanten Entwicklungstheorien. Beginnend mit S. Freud über M. Klein, D. W. Winnicott, M. Mahler bis hin zu den neueren Ansätzen der Säuglingsforschung. Der Autor entwickelt seine entwicklungspsychologische Einordnung früher Störungen im inneren Dialog mit und in Abgrenzung zur klassischen Psychoanalyse.

Dabei hält er nach Ansätzen Ausschau, die die Grenzen der analytischen Neurosen-therapie überschreiten. Deutlich arbeitet er heraus, dass das herkömmliche am verbalen (sekundär-) Prozess orientierte Vorgehen der „klassischen“ Neurosen-therapie, der „Redekur“, zu kurz greift, um mit sozialpsychiatrischen Patienten in einen Entwicklung und Veränderung ermöglichenden Kontakt zu kommen. Da bei den „frühen Störungen“ die Störung vor dem Spracherwerb liegt, gilt es, auch den therapeutischen Prozess und das Verstehen desselben von einer Theorie der vorsprachlichen Interaktion her zu organisieren. Hierbei beruft er sich v. a. auf Lorenzers für die Musiktherapie so grundlegendes Konzept des „szenischen Verstehens“ sowie auf Winnicotts Modell einer „haltenden Umwelt“ und einer „genügend guten Mutterfürsorge“.

Aus der Säuglingsforschung schließlich skizziert er das für musiktherapeutische Theoriebildung zentrale entwicklungspsychologische Modell Daniel Sterns. Frühgestörte Menschen setzen ihr Leiden auf der „äußeren Bühne“ ihres jeweiligen Lebenskontextes in Szene, und diese „Szene“ gilt es zu entschlüsseln.

Die Station, die Einrichtung, das Team, die soziale Gruppe werden zum Teil der Szene – ebenso sind es die Symptome, die in der Regel die wichtige Funktion haben, fehlende Regulierungsfunktionen des Selbst auszugleichen. Folgerichtig wird die Musiktherapiegruppe zur „klingenden Bühne“. Engelmann beschreibt diese „Bühne“ anhand der erstmals von Yalom so genannten 11 unspezifischen Wirkfaktoren von Gruppentherapie (unspezifisch heißt unabhängig von der Therapieschule oder der Therapeutenpersönlichkeit wirksam). Es sind dies Faktoren wie „Hoffnung einflößen“, „Universalität des Leidens“, „Altruismus“ usw. hier kommen auch immer wieder Engelmanns Interviewpartner zu Wort.

In der Sozialpsychiatrie sind es häufig die von Engelmann sogenannten „prototerapeutischen Situationen“, die bedeutsam werden. Jede gemeinsame alltägliche Szene kann zu einer prototerapeutischen Situation führen, indem sie achtsam gehandhabt und in ihrer Bedeutung verstanden und beantwortet wird. So zum Beispiel auch das gemeinsame Hören einer bedeutsamen Musik. Hierbei stehen nicht die Deutung oder die verbale Erklärung im Mittelpunkt, sondern „szenisches Verstehen“, stützende Haltung und: Antwort.

Der Dritte Brückenschlag schließlich handelt „über Musiktherapie“ und hat den Untertitel „das Geräusch der Seifenblase“. Hier geht es um theoretische Wurzeln, die sich aus der Musik und der Tätigkeit des Improvisierens selbst sowie der analytischen Musiktherapie ergeben.

Er kreist sein Thema mit einer Fülle von Exkursionen ein, so z. B.: über Zeitgenössische Musik, Schulen der Musiktherapie, Geschichte der Improvisation – Gegenüberstellung von komponierter und improvisierter Musik, das Wesen therapeutischer Improvisation... u. a. m.

Herausgreifen möchte ich an dieser Stelle seine Anregung, Daniel Sterns Entwicklungsstufen des Selbst und der Bezogenheit (Ontogenese) mit den Entwicklungsschritten des menschlichen Bewusstseins (Phylogenese), wie sie der Kulturphilosoph Jean Gebser entwickelt hat, in Verbindung zu bringen, um auf diese Weise Sinn und Bedeutung von Psychose besser einordnen zu können:

Am Anfang steht nach Gebser ein Zustand des Ungeschieden-seins, der Allheit, in dem Himmel und Erde sprachlich eins waren, und die Menschen eingewoben in den Stoff der Welt traumlos schliefen. Die „Allgegenwart des Ungetrennten“, die sog. „archaische Bewusstseinsstruktur“ weist auf die ontogenetische Stufe eins des „auftauchenden Selbst“ nach Daniel Stern.

Die „magische Bewusstseinsstruktur“ bildet den Schritt in die Dualität, in der der Mensch nicht mehr mit der Welt eins und traumlos ist, sondern ihr gegenübertritt und sie als beseelte, von ihm getrennte Umwelt erlebt, und weist auf die Stufe das „Kernselbst“ nach Stern.

In der „mythischen Bewusstseinstufe“ geht es um die Entdeckung von Seele und Innenwelt, wie sie sich in den Meerfahrtmythen, Sonnenmythen und Hadesmythen zeigt. Dieser wird als Organ der Mund (myth-mouth) zugeordnet. Dieser wird die Phase der beginnenden Intersubjektivität nach Stern gegenüber gestellt.

In der „mentalenen Bewusstseinsstruktur“ ist der Mensch nicht nur als Mitglied der Gattung von der Natur unterschieden, sondern er ist auch als Individuum getrennt von den anderen Menschen. Zu dieser Struktur gehört die Entwicklung der Perspektive und der Polyphonie.

Dieser Stufe ist Sterns verbales Selbst, die Entwicklung der Sprache zugeordnet. Anzeichen für Gebsters „integrale Bewusstseinsstufe“ findet Engelmann in improvisierter Musik, die das wandern im Raum (innen/aussen) und in der Zeit (jetzt/früher) ermöglicht, und in der immer wieder Elemente vorangegangener Bewusstseinsstufen auftauchen können. So der „Klang gewordene Schlaf“ magischer Musik ebenso wie auch die in der mentalenen Musik gewonnene Tiefenstruktur der Tonalität. Auch findet er sie in Enos computer-gestützter neuer Musik, in „Konzeptstücken“, die durch einige Regeln gekennzeichnet sind, und darüber hinaus jedoch immer wieder anders gespielt und verknüpft werden können.

Und: Es wird auch praktisch, in diesem Kapitel. Es finden sich eine Fülle von Hinweisen, wie Musiktherapie im sozialpsychiatrischen Kontext funktionieren kann.

Musiktherapie als Behandlungsform muss dem jeweiligen Arbeitsfeld angemessen eingesetzt werden, und in der Gemeindepsychiatrie braucht sie bestimmte

Erleichterungen, um mehr therapeutischen Spielraum zu gewinnen. Im Falle des Autors ist es der überaus seltene

Umstand, dass zwei ausgebildete Musiktherapeuten die Gruppe leiten, ein Mann und eine Frau. So können die Gruppenleiter als Elternpaar fungieren und es wird es möglich, in der Begleitung der Gruppe verschiedenen Impulsen zu folgen. Während der eine die Funktion des Holding übernimmt, kann die andere sich ihren Gegenübertragungsimpulsen überlassen.

Wichtig darüber hinaus ist der „Haltgebende Rahmen“ das Setting ... der vertraute Raum mit seinen Instrumenten und Therapeuten, die festgelegte Uhrzeit, die Dauer der Therapiesitzung.

Die in der Begegnung eingebaute „Gegnerschaft“ enthält immer auch Spannung und drängt nach Halt und Form. Musik fungiert als Symbol und Protosymbol im Sinne Lorenzers und eröffnet damit vielfältigen Raum, Sprache im therapeutischen Prozess zu überwinden. Musik ist Medium und Instrument zum Aufbau von Beziehung und zur Gestaltung von Begegnung. Sie verleiht diesem Prozess einen hörbaren, flüchtigen Ausdruck. Das beziehungsstiftende „attunement“ wird zum Klang, bekommt eine Melodie.

Kernstück des Buches und vierter „Brückenschlag“ sind die Interviews von insgesamt 20 ehemaligen Psychiatriepatienten „in vertrauter Atmosphäre“ und deren qualitative Auswertung.

Die Teilnehmer der Interviewstudie sprachen vorwiegend über ihre emotionalen Erlebnisse in der Musiktherapie. Es ging v. a. um die Begegnung mit der eigenen inneren Realität, die in einem wenig einschränkenden Rahmen erkundet werden konnte. Beziehungen zu anderen wurden ebenfalls genutzt, um sich selbst genauer zu erkunden oder im Spiegel der anderen kennenzulernen.

Der Autor macht deutlich, dass es gerade die strukturell regressive Kraft des Mediums Musik ist, die ganz spezifische Chancen zur Entwicklung der Affektdifferenzierung in der Behandlung psychiatrischer Patienten eröffnet. Es handelt sich hierbei nicht um eine Regression im Sinne von Kindheitserinnerungen, sondern um eine strukturelle Regression auf frühe Formen von Bezogenheit, bei der die sog. präsentative Symbolik eine stärkere Bedeutung erlangt.

In den Äußerungen seiner Interviewpartner entdeckt Engelmann zwei Kategorien, die sich den ersten beiden Entwicklungsphasen nach Stern/Gebser zuordnen lassen: Stern unterscheidet zwischen „feelings“ und „affects“: Frühe, unspezifische Vitalitätsaffekte wie Spannung/Entspannung, Angefülltheit/Leere, Intensität, Interesse oder Langeweile bezeichnet er als „feelings“. Diese sind der ersten Entwicklungsstufe des auftauchenden Selbst und der auftauchenden Bezogenheit zugeordnet.

Im Laufe der Persönlichkeitsentwicklung werden sie zunehmend erweitert um die sogenannten kategorialen Affekte wie Freude, Ärger, Ekel, Scham. Diese kategorialen Affekte werden dem Kernselbst und der Kernbezogenheit zugeordnet.

Diesen beiden Entwicklungsstufen kann Engelberg die Äußerungen seiner Patienten wie folgt zuordnen:

1. Gefühle sind noch sehr allgemein. Hier geht es um das „ob“ und noch nicht um das „wie“ von Beziehungen. Affektive Berührung findet statt, aber es bleibt verborgen, welche Affekte angerührt sind. (Auftauchendes Selbst) „Die Musik hat mich innerlich erreicht. Das erfüllte mich einfach. Aber genauer kann ich das nicht sagen...“
2. Gefühle finden Bezeichnungen. Diese Gesprächspartner beschreiben ihre Gefühle genauer konkreter und verknüpfen diese Beschreibungen mit inneren Strukturen. Es geht um wesentliche Bestandteile der Beziehung – zu sich selbst und zu anderen auf der folgenden, dem Kernselbst nach Stern zugeordneten Ebene der kategorialen, benennbaren Affekte. „Ich konnte immer mehr in mich hineinhorchen und ganz fremde, unbekannte Gefühle entdecken,... Und ich konnte mich mit anderen unterhalten, durch die Musik, konnte Kontakte knüpfen, der mit Worten nicht entstanden war.“
3. bei zwei Gesprächen stand die Abwehr im Vordergrund, daher war keine Bewertung der emotionalen Differenziertheit möglich.

Der Autor zeigt, dass sich bei seiner Stichprobe die Beschreibungen unbestimmter auftauchender Feelings (auftauchendes Selbst) vor allem bei den psychotischen Patienten findet, und die Stufe der Kategorialen, benennbaren Affekte (Kernselbst) bei den Persönlichkeitsgestörten Patienten (7 von 8). In der Psychose findet Engelmann ein zurückgehen auf die „archaische“ Entwicklungsstufe des auftauchenden Selbst, bei Persönlichkeitsstörungen einen Recours auf die „magische“ Stufe des entstehenden Kernselbst.

Aufgrund der formalen Analogie sind die frühen von den Vitalitätsaffekten geprägten „feelings“ musikalischen Parametern sehr nahe. Musikalische bzw. musikhähnliche Parameter tauchen auch in den Attunement-prozessen zwischen Mutter und Säugling auf.

Engelmann bezeichnet die Musik im gruppentherapeutischen Kontext als „Fahrstuhl“, der die Teilnehmer der Musiktherapie in die unteren Stockwerke transportiert, wo sich bewusstes und unbewusstes mischen. Die Regressionen gehen bis zu frühen emotionalen Strukturen an der Grenze von Vitalitätsaffekten und kategorialen Affekten. (Auftauchendes Selbst und Kernselbst)

Wenn der Fahrstuhl an die Oberfläche des Alltages zurückkehrt, dann verändert sich durch den Kontakt zu den tieferen Schichten möglicherweise auch das Sprechen.

Insgesamt ein theoretisch fundiertes, auch Theorie generierendes und auf einen reichen Schatz an Erfahrung gründendes Buch, das sich an ein Fachpublikum aus Ärzten, Psychologen und Musiktherapeuten wendet. Fundstücke, Bruchstücke, prototherapeutische Situationen und Fäden, aufgenommen und theoretisch „gefasst“. Wachsende Inseln von Konsistenz.

Hier erklärt sich auch der zunächst unscharf anmutende, rätselhafte Titel des Buches. Am Übergang aus dem unbestimmten, unbenannten, unerkannten heraus in etwas klarer umgrenztes und konturiertes ist es „manchmal ein bestimmter Klang“ der etwas kenntlich macht, der Inseln wachsen lässt. Wachsende Inseln von

Konsistenz, manche mit Brücken verbunden und manchmal zugänglich. Nicht zuletzt wegen einer achtsamen, das Gegenüber in seiner subjektiven Alltagswirklichkeit aufspürenden und beantwortenden, theoretisch fundierten Haltung.

Manuela Delhey, Dipl. Musiktherapeutin,
Universitätsklinikum Ulm, Abt. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

**Hans-Jörg Meyer: Gefühle sind nicht behindert
Musiktherapie und musikbasierte Kommunikation mit schwer
mehrfach behinderten Menschen**

**Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau 2009, 157 Seiten, 16,80 €
ISBN 978-3-7841-1894-9**

Während das Foto auf dem Einband den inhaltlichen Rahmen des Buches darstellt – zu sehen ist eine Gitarre, von einer Person gehalten und ein behinderter junger Mann, der an den Seiten zupft – wirft der Titel „Gefühle sind nicht behindert“ zunächst Fragen auf. Behindern uns nicht manchmal unsere eigenen Gefühle? Fühlen wir uns im Alltag behinderten Menschen nicht fern, weil sich ihre Erlebniswelt von der unsrigen zu unterscheiden scheint? Hansjörg Meyer selbst verweist darauf, dass der Titel nach Erklärung drängt. Mit seinem Buch möchte der Autor dem Vorurteil begegnen, dass schwer mehrfach behinderte Menschen ihre Umwelt und andere Menschen nicht wahrnehmen und damit eine Beschäftigung mit ihnen sinnlos ist. Diesem Vorurteil setzt er die persönlichen Erfahrungen aus seinen Therapiestunden mit schwer mehrfach behinderten Menschen entgegen. Eindrücklich beschreibt er in seinen Fallstudien, dass bei Menschen mit mehrfachen Behinderungen zwar die Fähigkeit Gefühle auszudrücken eingeschränkt ist, nicht aber die Fähigkeit Freude und Trauer zu empfinden: Gefühle sind nicht behindert. Dieser Buchtitel, der dem Gedichtband „Schattensprünge – Gedichte über Behinderte“ entlehnt wurde, ist der Schlusssatz eines Gedichtes von Martin Schmitt, welches Gefühle als die Brücke zwischen Menschen mit und ohne Behinderungen thematisiert. Für Hansjörg Meyer sind Gefühle die Grundlage für die musiktherapeutische Arbeit und die musikbasierte Kommunikation.

Der Autor stellt sein Buch als ein Fachbuch vor, welches vorrangig ein Praxisbuch sein möchte. Ein Buch, das aus der praktischen Arbeit mit schwer mehrfach behinderten Menschen berichtet und Anregungen gibt für eine verbesserte non-verbale Kommunikation im alltäglichen Kontakt. Damit richtet sich das Buch sowohl an Musiktherapeuten als auch an einen breiteren Kreis von Interessierten, wie Eltern, Sonderpädagogen und Personal in Behinderteneinrichtungen. Es wendet sich an all jene, die mittels Musik die Kommunikation mit schwer mehrfach behinderten Menschen ermöglichen oder verbessern wollen.

Die Menschen, von denen Hansjörg Meyer in seinem Buch berichtet, sind schwer mehrfach behindert, haben eine angeborene oder erworbene Hirnschädigung und meist ist keine oder nur eine minimale Sprachverständigung möglich. Bei den meisten seiner Patienten kommt eine schwere körperliche Behinderung hinzu. Häufig werden sie durch Sonde ernährt und teils können sie ohne maschinelle Hilfe nicht atmen.

Das Buch ist in drei Kapitel unterteilt. Dem ersten Teil, „Wenn Worte nur Klang sind“, einer Annäherung an die Erlebniswelt von Menschen mit mehrfachen Behinderungen, folgen neun Falldarstellungen im zweiten Teil des Buches. Im dritten Kapitel wird das Konzept der musikbasierten Kommunikation dargestellt.

Mit dem ersten Teil seines Buches möchte sich Hansjörg Meyer der Erlebniswelt von geistig behinderten Menschen annähern und die Bedeutung von Musik in deren Welt darstellen. Menschen ohne Behinderung ist es möglich, über ihre Gefühle zu sprechen, sie zu verstehen, zu verarbeiten sowie sie zu verdrängen oder abzuwehren. Den Menschen, mit denen Hansjörg Meyer arbeitet, ist es nicht möglich, über ihre Gefühle zu sprechen, Worte sind Klang allein. Aufgrund begrenzter Ausdrucksmöglichkeiten bleiben diese Menschen mit ihren Gefühlen, ihren Ängsten und Schmerzen, aber auch mit ihrer Trauer und Wut oft allein. Als Folge fehlen ihnen häufig Grunderfahrungen wie Geborgenheit, Vertrauen, Geliebt-werden, oder aber diese Erfahrungen werden nur unzureichend gemacht. Häufig erleben sie auch, nicht dazu zu gehören, oder sogar für andere gar nicht vorhanden zu sein. Der Autor beschreibt, wie Menschen mit mehrfachen Behinderungen sich und ihre Gefühle über den Körper ausdrücken. Das kann in manchen Fällen nur über die Atmung oder durch die Stimme z. B. ein Lautieren oder Krächzen, oder durch Bewegungen des Körpers, manchmal nur einen Augenaufschlag, erfolgen. Die Aufgabe des Musiktherapeuten ist es hier, genau hin zu spüren und das Wahrgenommene in Musik umzusetzen. Der Autor beschreibt, dass selbst schwer hirngeschädigte Menschen den emotionalen Gehalt von Musik erleben können, selbst von komplexen Musikstücken. Sie hören gerne und machen gerne aktiv Musik mit denen ihnen gegebenen Möglichkeiten. Seine These ist, dass in jedem Menschen eine schöpferische Kraft liegt, und dass diese schöpferische Kraft nicht von einem geschädigten Gehirn behindert ist. Zwar ist es noch nicht wissenschaftlich untersucht worden, wie Musik auf schwer behinderte Menschen wirkt, wissenschaftlich nachgewiesen ist jedoch, dass Musik auch eine Wirkung auf Menschen hat, deren Gehirn noch nicht voll ausgebildet ist. In dieser Welt kann Musiktherapie bzw. Musik Folgendes bewirken: Sie kann beruhigen, stimulieren, Kontakt und Kommunikation herstellen und damit der Einsamkeit entgegenwirken, das Gefühl von Geborgenheit schaffen. Sie aktiviert die kreative Kraft behinderter Menschen und regt eigenständiges Tun an, aus dem Selbstvertrauen wachsen kann. Viele in der Musik gemachte Erfahrungen bewirken mit der Zeit auch Verhaltensänderungen im Alltag, mit weitreichenden positiven Folgen auch für andere zwischenmenschliche Beziehungen zu Eltern, Familie und Betreuern.

Im zweiten Teil dieses Buches werden einzelne Therapiestunden und Therapieverläufe von insgesamt neun verschiedenen Kindern und Erwachsenen darge-

stellt. Aus meiner Sicht der spannendste Teil dieses Buches, der sehr eindrücklich den Einsatz von Musik, ihren Mitteln und ihrem Material mit der entsprechenden Wirkung zeigt. Insbesondere schön zu lesen sind diese Darstellungen, weil der Autor selbst sich als Entdecker, als Suchender in der Beziehung mit einem Menschen beschreibt, von dem er nur erahnen kann, wie sein eigenes Verhalten, sein Klavierspiel aufgenommen wird. Das Hinspüren ist die Basis für das Verstehen von Menschen, die nicht sagen können, ob es ihnen gut geht oder nicht, ob ihnen etwas gut tut oder nicht. Hansjörg Meyer beschreibt dies sehr einfühlsam und das eigene Handeln reflektierend, und so benennt er auch Gefahren und Schwierigkeiten, wie den Atem eines Patienten zu manipulieren, oder auch mit der eigenen Interpretation des Wahrgenommenen nicht richtig zu liegen. Für Musiktherapeuten sind diese Fallbeschreibungen anregend, auch für die therapeutische Arbeit mit anderen Personengruppen.

Im dritten Kapitel seines Buches stellt Hansjörg Meyer die Vorgehensweise der musikbasierten Kommunikation dar. Dieses Kapitel ist die Antwort des Autors auf die immer wieder an ihn gerichtete Frage vieler Mitarbeiter von Behinderteneinrichtungen, Förderschulen und Förderkindergärten, wie auch musikalische Laien mit schwer mehrfach behinderten Menschen auf der Grundlage von Musik kommunizieren können. Ausgehend von der schöpferischen Musiktherapie nach Nordhoff/Robbins entwickelt der Autor ein Konzept, das den Schwerpunkt auf die nonverbale Kommunikation legt. Er betont, dass dieses Konzept keinen therapeutischen Charakter hat und verweist darauf, dass sein Vorgehen weder musikalisches noch instrumentales Wissen voraussetzt. Grundlegend wichtig für jede Kommunikation mit schwer mehrfach behinderten Menschen ist nach Meinung des Autors, dass sich der jeweilige Gesprächspartner auf eine andere Erlebniswelt und ein anderes, langsames Tempo einlässt. Die einzelnen Schritte der Vorgehensweise werden anhand von Körpersignalen, wie Bewegung und Körpergeräuschen wie Stimme und Atem vorgestellt. Wie bereits erwähnt, gilt es als erstes, die Fähigkeit des Hinspürens, d. h. des Wahrnehmens von Körpersignalen und Körpergeräuschen und der darin enthaltenen musikalischen Elemente, wie Rhythmus, Tempo, Dynamik, Tonhöhe oder Tonfolgen zu schulen, welche vergleichbar ist mit dem Zuhören in der verbalen Kommunikation. Der nächste Schritt ist die Umsetzung der körperlichen Äußerungen in Musik. Durch ein Nachahmen und Spiegeln, kann ein erster Kontakt entstehen, denn der behinderte Mensch wird auf einer Ebene wahrgenommen, die ihm vertraut ist. In Übungen zu zweit werden die einzelnen Schritte der Herangehensweise der musikbasierten Kommunikation vorgestellt bis hin zum Wahrnehmen von Stimmungen und Gefühlen und deren Umsetzung mit musikalischen Mitteln.

Das Buch schließt mit einem Anhang, in dem sich ein Kapitel über die Sprache des Musiktherapeuten, ein Glossar mit den wichtigsten musikalischen Grundbegriffen sowie ein Essay von Clive Robbins findet.

Dieses Buch greift ein Thema auf, welches in der Musiktherapie eher ein Randthema ist. Mit dem Ziel ein Praxisbuch zu sein, berichtet es aus der praktischen Arbeit eines Musiktherapeuten und gibt praktische Anleitung für die Kommunikation im Alltag mit schwer mehrfach behinderten Menschen. Besonders lesenswert finde ich die Beschreibungen von Therapiestunden und –verläufen, anhand derer man sehr gut nachvollziehen kann, wie non-verbale, musikbasierte Kommunikation aussehen kann, wie ein Musiktherapeut mit schwer mehrfach behinderten Menschen arbeitet, und was Musiktherapie bei Menschen mit Behinderungen bewirken kann. Das Buch eignet sich daher sehr gut für Musiktherapeuten, die einen ersten Einstieg in das Thema suchen. Es ist ein Buch mit vielen Anregungen für die praktische Arbeit für alle, die mit behinderten Menschen in ihrer Arbeit in Berührung kommen. Es kann auch Eltern und Familienangehörigen empfohlen werden, um einen Einblick in die musiktherapeutische Arbeit zu erhalten oder sich Anregungen für eine musikbasierte Kommunikation zu holen.

Henrike Roisch, München

Micha Hilgers: Scham – Gesichter eines Affekts
Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen 2006 (3. Auflage)
361 Seiten, € 25,90
ISBN 978-3525462515

Schamaffekte und -konflikte tauchen in einer Vielzahl therapeutischer Situationen auf. Micha Hilgers widmet sich in seinem Buch „Scham – Gesichter eines Affekts“ umfassend diesem Themengebiet und deckt sowohl theoretische Grundlagen als auch Implikationen im praktischen Umgang in der stationären und ambulanten Behandlung ab.

Dem Buch liegen folgende Grundannahmen zugrunde:

1. *Scham ist kein primär pathologisches Gefühl.*
 Scham und Stolz sind notwendige Gefühle, welche die Entwicklung des Menschen begleiten und regulieren. Daher ist für jede Psychotherapie der angemessene Umgang mit Schamkonflikten wichtig.
2. *Entwicklungspsychologisch ist Scham an keine Lebensphase gebunden.*
 Jede Altersstufe kennt spezifische Schamkonflikte, wie etwa die unerreichten Wünsche und Ideale eines Kindes oder den allmählichen Verlust der eigenen Autonomie im hohen Alter.
3. *Es existiert nicht ein Schamgefühl, sondern verschiedene Affekte lassen sich zur Familie der Schamgefühle zählen.*
 Zu den Schamaffekten gehören insbesondere existentielle Scham, Kompetenzscham, Intimitätsscham, Scham bei aktiver Demütigung/Folter, Idealitätsscham bei Diskrepanz zwischen Selbst und Ideal oder schuldhaftem Handeln, Scham in

abhängigen Beziehungen, ödipale Scham und Scham-Schuld-Dilemma mit widersprüchlichen Über-Ich-Forderungen.

4. *Es gibt keine sog. „Schamkrankheiten“.*

Schamgefühle tauchen in allen psychischen Krankheiten auf und können auch bei körperlichen Erkrankungen (z. B. Krebs) bedeutend sein.

Der Autor des Buches, Micha Hilgers, ist als Psychoanalytiker und Psychotherapeut tätig und setzt sich in zahlreichen fachlichen sowie populären Veröffentlichungen u. a. mit den Schwerpunkten Scham, Dissozialität, Rechtsradikalismus, Umwelt- und Sozialpsychologie auseinander.

Zielgruppe dieses Buches sind alle Menschen in heilenden und sozialen Berufen. Der analytische Hintergrund des Autors sollte auch fachfremde Interessenten am Thema Scham nicht abschrecken. Das Buch ist ansprechend und gut lesbar geschrieben.

Inhaltlich ist es wie folgt aufgebaut: Der *erste Teil* des Buches widmet sich den *theoretischen Grundlagen* von Schamaffekten aus phänomenologischer, biologischer und wissenschaftstheoretischer Sicht.

Im *zweiten Teil* wird *Scham im Zusammenhang mit spezifischen psychischen Störungen* behandelt. Zunächst werden Grundlagen der Scham im klinischen Alltag erläutert. Schamaffekte sowie -konflikte werden bei spezifischen psychischen und somatischen Erkrankungen sowie bei der stationären Behandlung diskutiert.

Im *dritten Teil* des Buches werden *Schamkonflikte in bestimmten therapeutischen Settings und Situationen* wie Erstgespräch, Anwesenheit von Angehörigen usw. betrachtet und auch mögliche Ansätze für den Umgang mit solchen Situationen aufgezeigt. Typische Schamkonflikte in der Gruppentherapie werden vorgestellt und nach unterschiedlichen Gruppensettings (bspw. offene/geschlossene, stationäre/ambulante Gruppen) differenziert. Auf Schamkonflikte in Ausbildungs- und Supervisionsgruppen wird gesondert eingegangen.

Im *vierten Teil* wird schließlich *Scham in spezifischen Zusammenhängen* wie etwa bei psychisch kranken Straftätern, bei Gewalt in Familien, im Zusammenhang mit elektronischen Medien und weiteren gesellschaftlichen Themen vertieft.

Bei der Betrachtung von Schamkonflikten wird die sekundäre Scham als Begleiterscheinung von allen psychischen Krankheiten betont. Viele Patienten nehmen soziale Folgen ihrer psychischen Störungen wahr und weisen durch die primäre Krankheit bedingt eine sekundäre Scham auf. So kann beispielsweise für ausgeprägte Zwangskranke die Wahrnehmung ihrer „unsinnigen“ Handlungen durch andere mit Scham behaftet sein oder suizidale Patienten können sich vor Reaktionen anderer, wenn sie ihre Suizidideen verbalisieren, schämen.

In der Diskussion rückt neben dem Patienten auch der Therapeut in den Fokus der Betrachtung von Schamkonflikten. So sind beispielsweise beim Umgang mit Fra-

gen des Patienten auch Schamkonflikte des Therapeuten zu berücksichtigen. Eine Patientenfrage könnte beim Therapeuten eventuell eine Kompetenzscham auslösen, wenn sich der Therapeut in dieser angegriffen fühlt. Micha Hilgers bespricht anhand anschaulicher Praxisbeispiele den sinnvollen Umgang mit solchen Situationen und plädiert in dieser Situation für eine flexible Haltung, indem z. B. die eigenen Schamgrenzen des Therapeuten gegenüber dem möglichen Rückzug des Patienten bei Verweigerung einer Antwort abgewogen werden.

Die praktisch diskutierten Beispiele bieten für unterschiedliche Situationen im therapeutischen Alltag Lösungsansätze an. Verschiedene potentielle Schamszenen werden angesprochen: Wie ist mit Geschenken von Patienten umzugehen? Dürfen Therapeuten Geschenke machen? Wie geht ein Therapeut mit sexuellen Avancen eines Patienten um? Wie kann auf Situationen wie Zuspätkommen oder Nichtbezahlen des Patienten unter Berücksichtigung von Schamkonflikten sinnvoll reagiert werden?

Neben dem allgemeinen Nutzen in der therapeutischen Arbeit sind einige Aspekte des Buches auch spezifisch für Musiktherapeuten interessant. So wird die Wahrnehmung des (musik-)therapeutischen Angebots in der stationären Behandlung thematisiert: Ein Drängen auf Einhaltung von Therapieterminen kann vom Patienten als Demütigung, Willkür oder Bevormundung wahrgenommen werden. Andererseits kann ein Pflichtangebot entlastend für den Patienten sein, wenn nur die Anwesenheit und nicht die aktive Teilnahme verpflichtend gefordert wird. So bräuchte sich etwa ein Patient, der die Musiktherapie aufgrund des eigenen Wertesystems als „Kinderkram“ ablehnt, sich bei aktiver Beteiligung nicht zu schämen. Er könnte das Angebot unbefangener („wenn man schon mal da ist...“) wahrnehmen, da die Anwesenheitspflicht von außen angeordnet wird.

Micha Hilgers bietet mit dem vorliegenden Buch einen umfassenden Einblick in das Themengebiet der Scham. Wünschenswert wäre ggf. noch eine eingehendere Betrachtung kulturspezifischer Aspekte, da diese – wie der Autor selbst einräumt – zu unterschiedlichen Ausprägungen der Scham führen.

Insgesamt bildet „Scham – Gesichter eines Affekts“ durch die gut zugänglichen Anregungen und fundierten Praxisbeispiele ein bereicherndes und empfehlenswertes Buch für Musiktherapeuten in allen Tätigkeitsbereichen.

Burak Akbel, München,
E-Mail: BurAkbel@gmx.de

**Donald W. Winnicott: Aggression
Versagen der Umwelt und antisoziale Tendenz
Klett-Cotta, Stuttgart 1988, 358 Seiten, € 22,90
ISBN 3-608-96010-4**

Bei dem Buch handelt es sich um eine Sammlung von Winnicotts Aufsätzen und Vorträgen zu den Problemen frühkindlicher Deprivation sowie antisozialer Tendenz und Delinquenz bei Kindern und Jugendlichen. Einen vertieften Einblick in diese Themenkreise bekam der Autor, als er während des zweiten Weltkriegs im Rahmen des Evakuierungsprogramms für britische Stadtkinder tätig war. Dabei supervidierte er die Betreuerteams von Heimen für Kinder, die aufgrund ihres delinquenten Verhaltens nicht von Pflegefamilien aufgenommen werden konnten. Winnicott stellte fest, dass diese Kinder bereits vor der Evakuierung unter Deprivationen gelitten hatten. Auf diese Weise wurde für ihn der direkte Zusammenhang zwischen Deprivation und Delinquenz offensichtlich. Nach dem Krieg engagierte er sich stark gesundheitspolitisch, damit das Heim-Modell generell zur Erziehung schwieriger Kinder eingesetzt wurde.

Während sich die im ersten Teil zusammengefassten Aufsätze Winnicotts vorrangig mit seinen praktischen Erfahrungen während des Krieges beschäftigen, sind im zweiten Teil Arbeiten zum Wesen und Ursprung der antisozialen Tendenz zusammengetragen. Diese Aufsätze stammen aus unterschiedlichen Perioden seines Schaffens, sodass sich hier, nebenbei erwähnt, Winnicotts eigener Entwicklungsweg als Psychoanalytiker nachverfolgen lässt: Während er sich in den früheren Arbeiten noch als Vertreter der kleinianischen Schule präsentiert und vor allem die innere Welt des Kindes, dessen unbewussten Phantasien und Konflikte hervorhebt, entwickelt er ab den späten vierziger Jahren seine eigenständige Theorie der emotionalen Entwicklung, in der er die Rolle der Umwelt besonders betont. Nach Winnicott ist die Ursache der antisozialen Tendenz eine Deprivation, d. h. ein emotionales Verlusterlebnis. Hatte das Individuum während des Säuglings- und Kleinkindalters noch die Erfahrung einer Halt gebenden und Grenzen setzenden Umwelt gemacht, so erlebte es später, dass diese positiven Umweltqualitäten verloren gingen. Winnicott betont, dass die in der Folge auftretenden antisozialen Verhaltensweisen als Ausdruck der Hoffnung des Kindes zu sehen sind. Sie dienen der Objektsuche und der Suche nach einer Umwelt, die stark genug ist, um dem Druck durch sein impulsives Verhalten stand zu halten.

Als wichtige Möglichkeiten, Destruktivität in sich zu behalten, erwähnt Winnicott das Spielen und den Gebrauch von Symbolen. In diesem Zusammenhang weist er darauf hin, dass es gerade für das antisoziale Kind charakteristisch ist, dass dessen Persönlichkeit keinen Raum enthält, in dem Spielen möglich ist, und es stattdessen agieren muss. Es kann keine einander widerstrebenden, ambivalenten Gefühle einer anderen Person gegenüber ertragen oder Schuldgefühle empfinden. Außerdem kann es die Fähigkeit zur Besorgnis nicht entwickeln, die es ihm ermöglichen würde, mittels konstruktiver Handlungen persönliche Verantwortung für

seine destruktiven Triebimpulse zu übernehmen – eine Fähigkeit, die Winnicott als einen Reifungsknotenpunkt bezeichnet.

Der dritte Teil des Buches beschäftigt sich mit der Behandlung von Kindern mit antisozialen Tendenzen. Winnicott entwickelt hier Leitlinien für die Einschätzung der persönlichen und sozialen Faktoren einer Deprivation sowie eine Klassifizierung, welche den Grad der Integration der Persönlichkeit beschreibt. In jedem Einzelfall solle von der Frage ausgegangen werden, welche Art von sozialer Einrichtung am hilfreichsten für das jeweilige Kind sein wird. Wiederholt betont Winnicott, dass die angemessene Behandlung für delinquente Kinder und Jugendliche die Unterbringung in einem Heim ist: Diese Kinder benötigen einen festen Rahmen kombiniert mit einer strengen Autorität, da sie selbst nicht in der Lage sind, gleichzeitig ihre Spontaneität und ihre innere Kontrolle aufrecht zu erhalten. Eine Psychoanalyse sieht er bei diesen Kindern ausschließlich dann als sinnvoll an, wenn sie zusätzlich zu einer Heimbetreuung stattfindet.

Der vierte Teil beinhaltet Arbeiten zum Nutzen von Psychotherapie für deprivierte Kinder. Differenziert und vollständig wird hier ein psychotherapeutisches Interview mit einem achtjährigen Mädchen wiedergegeben, in dem eine Dissoziation sichtbar wird.

Reflektiert man die Bedeutung der Konzepte Winnicotts für die Musiktherapie, so sind unumstritten das Übergangsobjekt und der Intermediäre Raum zentral für die Themenkreise Spielen und Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit. In Ergänzung dazu lädt die Lektüre des hier besprochenen Buches zu Reflexionen über das Therapiesetting ein: Im Rahmen der Musiktherapie ist es dem Klienten möglich, auf der Handlungsebene mit seinen aggressiven Impulsen zu experimentieren. Damit dies für den Klienten förderlich ist, braucht es einen begrenzten, Halt gebenden Raum. Dem Therapeuten kommt in diesem Zusammenhang insbesondere eine Grenzen setzende Funktion zu. Er ist der Hüter der Unversehrtheit der Personen und Instrumente. Dadurch schützt der Therapeut den Klienten davor, dass dessen Aggressionen unkontrollierbar und zerstörerisch werden.

Edith Zahler, Wien. Diplommusiktherapeutin und Diplompsychologin,
Psychotherapeutin in Ausbildung.

Léon Wurmser: Die Maske der Scham

Die Psychoanalyse von Schamaffekten und Schamkonflikten

Springer Verlag Berlin – Heidelberg – New York 1990/1993, 532 Seiten,

€ 29,80 (kartoniert)

ISBN 3-540-56205-2

„Schäm’ dich!“ gehört wohl zu den Sätzen, die uns allen ein schmerzhaft unangenehmes Gefühl machen. Aber was ist Scham, wie kommt sie in unser Leben und welche Macht hat sie über uns? Können Schamgefühle dazu führen, dass unsere

ganze Persönlichkeitsentwicklung in frühen Konflikten gefangen und verstrickt bleibt, die wir aus eigener Kraft kaum erkennen oder verändern können?

Der 1931 in Zürich geborene Psychoanalytiker Léon Wurmser legte 1997 mit dem oben genannten Werk eine umfassende Analyse von Über-Ich- und Schamkonflikten vor. Die Themen reichen von der Phänomenologie, Struktur und Genese der Scham, ihrer – oft vernachlässigten – Abgrenzung gegen die Schuld, über Schamformen, -abwehr und Entfremdung bis zu den resultierenden Schlussfolgerungen für die psychoanalytische und -therapeutische Technik. Wurmser zeigt dabei ein breit gestreutes Wissen, das tief in den jüdisch abendländischen Traditionen und auch im östlichen Denken beheimatet ist. Dabei behandelt er nicht nur die psychischen Aspekte von Scham, die es ohne kulturelle und gesellschaftliche Bedingungsbeziehungen als isolierte Phänomene ja auch nicht geben könnte, sondern versucht, die sozialen und gesellschaftlichen Wurzeln bis hin zu dem Aspekt der Entfremdung mit einzubeziehen. Darüber hinaus ist das ganze Buch darauf ausgerichtet, unterschiedliche Aspekte der zentralen Konflikte zu untersuchen und zu verstehen, um z. B. auch die Differenz zwischen neurotischen oder psychotischen Schamkonflikten besser zu begreifen oder das Zwillingungsverhältnis zwischen Narzissmus und Scham überhaupt in den Blick zu bekommen.

Aufgrund der nicht zu konzentrierenden Fülle des Materials kann diese Rezension nur versuchen, wichtige Aspekte aus dem Werk aufzugreifen und in verkürzter Form so mitzuteilen, dass erste Eindrücke entstehen können. Dabei ist das Buch so aufgebaut, dass Wurmser zwischen den einzelnen Kapiteln mit theoretischen Erörterungen und Reflexionen immer auch Fallvignetten einbindet, um die unterschiedlichen Aspekte der Scham in der Praxis zu beschreiben. Beim Lesen des Werkes wird bald deutlich, dass manche der Einsichten sicher nur im Rahmen langjähriger Analysen wachsen konnten und dass diese Behandlungsrealität weit von dem entfernt ist, was die meisten von uns aus der eigenen Praxis kennen. Obwohl diese Realität so unterschiedlich ist, sind in diesen Fällen aus meiner Sicht immer wieder kleine Perlen und Juwelen verstreut, die i.S. eines Perspektivwechsels zeigen, wie ‚anders‘ wir unsere PatientInnen auch manchmal sehen könnten und wie das Wechselspiel von Scham und Maskierung auch in unserem Alltag und unserer Arbeit zu finden ist. Unter Maskierung ist hier die vom Autor beschriebene Erkenntnis zu verstehen, dass ursprünglich einem Schamgefühl entstammende Konflikte sich später hinter Erkrankungen wie Sucht, Essstörungen, sexuellen Abweichungen etc. verstecken können, ohne dass der Ursprungscharakter sofort in den Blick gerät.

Für Wurmser ist die ganze Schamproblematik nicht vorstellbar ohne die Funktionen des Sehens und damit auch des Verhüllens. Dabei ist das Auge nicht allein das biologische Auge, sondern es ist darüber hinaus noch viel mehr: es ist das innere Auge, das göttliche Auge, das Gesetz, die soziale Norm oder auch das introjizierte strafende oder verfolgende Auge eines primären Objektes oder dessen Stellver-

treterers. Er sieht einen Aspekt der Scham darin, dass die Scham „als Wächterin der inneren Realität“ (ebd. S. 122) verstanden werden kann, die wie ein Gradmesser darüber wacht, ob ein narzisstisches Ideal oder die symbiotische Vereinigung mit einem Objekt erreicht ist oder nicht. Dabei unterscheidet er zwischen dem Selbst als privatem, inneren Raum und definiert diesen als einen Kern der Identität, während das öffentliche oder soziale Selbst sich davon unterscheiden müssen, damit diese Identität überhaupt existieren und somit auch psychisch eine Abgrenzung bilden kann.

Ihn beschäftigt die Frage, wozu wir diesen Mechanismus der ‚Hemmnis‘ überhaupt brauchen und er entwickelt eine Denkfigur, die an den Unterscheidungen zwischen primärprozesshaftem und sekundärprozesshaftem Denken orientiert ist. Unter primärprozesshaftem Denken wird das Denken verstanden, welches eher der Logik des Unbewussten und der Logik des Traumes entspricht, während das sekundärprozesshafte Denken die Verbindung zur äußeren Realität organisiert und aufrecht erhält. Dabei ist ihm wichtig, dass äußere oder soziale Normen Scham oder Schamaffekte nicht ausreichend erklären, wie er z. B. an der Nacktheit zeigt, die in vielen Kulturen keinesfalls schambesetzt war. Vielmehr schreibt er: „Die spezifische Hypothese bestünde daher darin, dass Scham ursprünglich als Wächterin der Autonomie des Primärprozesses, unseres intimsten Lebens – unserer Gefühle, ‚der Logik des Herzens‘ – vonnöten ist.“ (ebd. S. 124)

Er zeigt, dass in allen Kulturen bestimmte Arten des Kontrollverlustes durch Lächerlichmachung geahndet werden, wobei die Affektkontrolle hier die Sprache, den Körper, die Gestik oder die Bewegung einschließen kann. Vor allem der plötzliche oder nicht willentlich verursachte Kontrollverlust werden zum Anlass von Schamaffekten, so dass die Grenze zwischen Selbst und Gesellschaft durchbrochen wird. Doch über diese Notwendigkeit der Grenzziehung zwischen Einzelem und Gesellschaft hinaus untersucht Wurmser die Scham auch als ein komplexes Reaktionsmuster, das tief in unseren seelisch-leiblichen Gegebenheiten verwurzelt ist.

Dieses Reaktionsmuster ist zum einen verbunden mit Angst, wobei Wurmser die Angst in gewissem Sinne als Hintergrundfolie sieht: Objekt- und Selbstverlustangst erzeugen das Gefühl, ein Nichts zu sein oder ein Gefühl von Wertlosigkeit und Leere, was zu Schamaffekten führt. Diese siedelt er noch im Bereich von sehr unmittelbaren Gefühlen an und nennt diesen Zustand „Schamangst“ (S. 145), aus der dann sowohl affektiv-kognitive Reaktionsmuster als auch Charakterhaltungen entstehen können. Die Vielfalt und Phänomenologie, mit der Wurmser sich dann auch im klinischen Alltag auseinandersetzt, kann hier nicht annähernd dargestellt werden. Im Überblick wird aber deutlich, dass er von einer Art Hierarchie ausgeht und zwischen archaischen Schamformen bzw. Schamreaktionen und späteren Ausprägungen mit mehr neurotischen oder sozialen Ausprägungen unterscheidet.

Die archaische Scham, die er im Bereich schizophrener Patienten und schwerer Borderlinestörungen ansiedelt, versteht er als Wunsch, Macht und Kontrolle über das Objekt zu haben bzw. als die Angst, mit diesen Wünschen zu scheitern. Hier markiert die Scham eine schwere psychische Beschädigung, weil in den Konflikten zwischen Triebbefriedigung und Objektaneignung die Kommunikation zerbricht und nur ein „innerer Richter voller Hohn und kalter Verachtung“ (S. 235) übrig bleibt. Nach Wurmser existieren von Beginn des Lebens an die beiden Wünsche, „die Realität zu schaffen und die Realität zu verändern“ (ebd.) und wenn diese Wünsche nicht umgesetzt werden können, bleibt der besagte Richter zurück. Die Scham verweist dann auf das Scheitern und die zerbrochenen Träume einer verzweifelten Existenz, die diese Niederlage nicht verwinden kann.

Wenn Wurmser von diesen archaischen Formen, die auch in Wahn und Paranoia münden können, weiter schaut, kommt er zu verschiedenen Krankheitsbildern, die einerseits vertraut und bekannt scheinen, andererseits aber durch seine Perspektive und die Betrachtung der Schamaffekte noch einmal in einem neuen Licht erscheinen. Dass Voyeurismus und Exhibitionismus mit Scham zu tun haben ist ebenso nahe liegend wie z. B. Phobien oder Sprech- und Schreibhemmungen, aber Essstörungen oder Sucht unter dem Aspekt der Scham zu betrachten, führt ebenso zu neuen Erkenntnissen wie z. B. die Betrachtungen der Depression unter dem Aspekt der Schamdepression – in Ergänzung zur Schulddepression.

Wurmser folgt in seinem Psychogeneseverständnis und Theoriemodell nicht primär dem Triebmodell der Psychoanalyse, sondern ergänzt dieses durch die Erkenntnisse der Säuglings- und Interaktionsforschung. Insofern versteht er Affekte nicht nur als einfache Triebabkömmlinge, sondern sieht in ihnen „globale Phänomene“ i. S. übergreifender Strukturen, die z. B. orale und narzisstische Aspekte gleichzeitig beinhalten können. Als das zentrale Problem der Scham versteht er „die Intoleranz gegenüber Affekten“ (S. 382), die dann in den vielen Verzweigungen (primär Unlust, dann Wut, Ekel, Dysphorie, Spannung etc.) zu unterschiedlichen Affektregulationsstörungen führt. Der „affektive Kern“ (S. 383) der Persönlichkeit wird nach Wurmser nicht mit dem Triebmodell erfasst, sondern hier spielt für ihn auch die psychische Selbstbehauptung eine Rolle, wie sie von Stern und anderen aus der Säuglingsbeobachtung beschrieben wird. Diese nimmt bei der Affektentwicklung und der Integration sowie Bewältigung der damit verbundenen Konflikte eine ebenso entscheidende Rolle ein, weist aber über das Lustprinzip und das Modell der Triebabfuhr hinaus.

Was sagt der Autor nun zu den Auswirkungen auf die therapeutische Praxis? In einer – hier sehr vereinfachenden Weise dargestellt – konstatiert er zunächst die Haltung vieler Patienten, dass im Grunde jede Behandlung auch einen Widerstand gegen den Verlust von Privatheit und Intimität in sich birgt. Und dass es dahinter wiederum einen Widerstand gegen die Aufdeckung und Bearbeitung von Wider-

ständen gibt, da das Abgewehrte daran gebunden ist und daran haftet. Solche Widerstände zeigen sich dann als Trotz oder als die Abweisung jeder Intervention/Deutung, um das Selbstgefühl nicht zu gefährden. Wurmser gibt hier nun keine praktischen Anleitungen, wie diese Widerstände zu bearbeiten oder zu überwinden sind, aber er zeigt Zusammenhänge auf, die uns wachsamer und bewusster werden lassen können.

Es gibt einen Punkt in dem Buch, der vielleicht nicht unerwähnt bleiben sollte. Die vom Autor eingeführte und ausführlicher begründete Begrifflichkeit der „Theatophilie“ und der „Delophilie“ – sehr frei als Schau- und Zeigelust übersetzt – mag manchem etwas künstlich erscheinen, weil hier nur in anderer Form die Aspekte des Schauens und des Zeigens noch einmal als zentrale Aspekte der Schamproblematik herausgestellt werden. Letztlich sollte dies jeder Einzelne für sich entscheiden, eine wirkliche Erweiterung der theoretischen Begrifflichkeit wird aber vermutlich von diesem Begriffspaar nicht ausgehen.

Was bedeutet nun die Lektüre des Buches für die musiktherapeutische Praxis? Als Rezensent kann ich nur von meinen Erfahrungen berichten, dass dieses Buch auf der einen Seite meinen Horizont um viele Aspekte erweitert hat, dass aber auf der anderen Seite auch ein neuer „Blick“ in meine alltägliche Arbeit gekommen ist, der zwar nicht ständig präsent, aber im Hintergrund verfügbar ist. Ich achte mehr auf Scham und Schamgefühle, die in der oft hektischen Alltagspraxis – zumindest im Klinikbetrieb – oft gar nicht mehr in den Blick geraten. Dies erlebe ich als eine Bereicherung meiner Praxis, weil ich unter dem Blickwinkel eines Schamkonfliktes mein Gegenüber oft mehr spüre, als wenn ich von einem Selbstwertproblem oder einer Kränkung ausgehe. Dies scheint zunächst irrational, aber in meiner Empfindung treten die Konflikthaftigkeit der Existenz und die Probleme der Entwicklung eines stabilen Selbst noch sehr viel ‚nackter‘ (!) in Erscheinung, wenn ich an Scham denke und nicht an Selbstwert. Scham kann töten, Scham ist unmittelbarer und archaischer für mich als ein Selbstwertkonflikt und lässt mich die frühe Verwundbarkeit spüren, die uns vom Zeitpunkt unserer Geburt an begleitet. Deshalb möchte ich dieses Buch denen empfehlen, die sich auf eine Entdeckungsreise in einen sehr verwirrenden Kontinent begeben möchten, den Wurmser auf seine Art erforscht und erkundet hat.

Manfred Kühn, Dipl. Musiktherapeut – Psychotherapie

**Isabelle Frohne-Hagemann, Heino Pleß-Adamczyk:
Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen
im Kindes- und Jugendalter
Musiktherapeutische Diagnostik und Manual nach ICD-10
Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 2005, 268 Seiten, € 39,90
ISBN 3-525-46211-5**

Das vorliegende Buch versteht sich als ein „Beitrag zur klinischen Fundierung der Musiktherapie“. Es kann als „Handbuch“ oder „Nachschlagewerk“, welches musiktherapeutisches Handeln begründen will, wohl am besten verstanden werden und leistet als solches einen grundlegenden Beitrag für die musiktherapeutische Arbeit im Bereich von Kindern und Jugendlichen.

Fragen wie „Was ist das Spezifische, das Musiktherapie zur Entwicklung und Heilung eines Menschen beitragen kann?“ „Welche therapeutische Funktion hat die Musik?“ und „Wovon ist diese therapeutische Funktion abhängig und worauf bezieht sie sich, um in gegebenen Kontexten und Prozessen zu wirken?“ werden gestellt und unter Berücksichtigung einer störungsspezifischen Indikation beantwortet.

Gegliedert ist die Veröffentlichung in vier Teile. Teil 1 führt in die theoretischen Grundlagen der Diagnostik ein. Die fünf einander bedingenden Achsen (Krankheitserleben, Beziehung, Konflikt, Struktur, Psychische und psychosomatische Störungen) der „Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik“ (OPD) werden ausführlich vorgestellt und Konzepte anderer Autoren, wie „das Entwicklungskonzept“ nach D. Stern und „das Strukturkonzept von Leib-Selbst, Ich und Identität“ nach H. G. Petzold einbezogen.

Teil 2 untersucht die musiktherapeutische Diagnostik. Der Schwerpunkt dabei ist neben dem „Befund“ auch das „Befinden“ und liegt damit auf der Beziehungsqualität. In Form der acht Kontaktmodi (nach K. Schumacher und C. Calvet-Kruppa) wird auf die musiktherapeutische Beziehungsqualität Bezug genommen. Verbindungen zum oben dargestellten OPD-Konzept werden durchgängig hergestellt. Abschnitte zum Thema Spiel/ Spielformen, Interventionslehre, Gruppenmusiktherapie und eine umfassend beschreibende Zusammenstellung der therapeutischen Funktionen der Musik und der Musikinstrumente ergänzen dieses Kapitel.

Teil 3 befasst sich mit „störungsspezifischen Indikationen“. Zur Veranschaulichung werden fünf Behandlungsfälle aufgezeigt. Die, ambulant über einen längeren Zeitraum durchgeführten Therapieverläufe illustrieren die verschiedenen theoretischen Aspekte. Ein Fall wird im Rahmen einer Antragsstellung für eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit musiktherapeutischen Anteilen nach den Psychotherapierichtlinien vorgestellt.

Das „Manual“ wird im Teil 4 systematisch ausgeführt. Anhand der ICD-10-Kategorien arbeiten die Autoren konsequent die psychischen Störungen, ihre Indikation für Musiktherapie, die therapeutischen Funktionen der Musik und Inter-

ventionen (mit Beispielen) nach den Achsen Krankheitserleben, Beziehung, Struktur und Konflikt von F 0 bis F 9 durch. Besprochen wird auch die Indikation für Säuglinge und Kleinkinder anhand der diagnostischen Klassifikation 0–3 (ZIT-DC: 0–3) (Zero to Three 1998). Die Autoren verknüpfen hier die vorangegangenen Kapitel und integrieren die verschiedenen Aspekte und Konzepte sorgfältig in die Darstellung des medizinischen Klassifikationsmodells.

Insgesamt ist die Publikation eine sehr gute Zusammenfassung zum Thema musiktherapeutische Diagnostik. Es werden mehrperspektivisch-integrative diagnostische Modelle aus dem Bereich Kinder – und Jugendliche zusammengetragen und überschaubar erklärt. Das Manual nach ICD-10 musiktherapeutisch umgesetzt, ist eine systematische Arbeit, die für ein Durchlesen zunächst trocken wirkt und Wiederholungen birgt, in ihrer Funktion als Nachschlagewerk aber einen einzigartigen Wert besitzt.

Gerade bei der differenzierten Überlegung und Formulierung von Indikation und Zielsetzung in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, bei der Dokumentation und bei Anträgen zur Finanzierung von Therapie, bietet das vorliegende Buch eine wichtige und gelungene Hilfestellung und Unterstützung.

Nicht zuletzt seien das umfangreiche Quellenverzeichnis und die musiktherapeutische Literatur zu störungsspezifischen Indikationen genannt, die hier systematisch zusammengetragen und zu einem guten Überblick geordnet wurden.

Ute Rentmeister, Musiktherapeutin (Mag. art., Uni Wien),
app. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, München

**Margarete Schnauer: „Musiktherapie in der Gerontopsychiatrie“
Ein Lehrfilm
Booklet mit 16 Seiten, DVD-Box,
Vandenhoeck und Ruprecht GmbH & Co. KG,
Göttingen 2009, 45 Minuten, 24,90 € (D)
ISBN 978-3-525-40108-8**

Schön dass es diesen Film gibt. Ich jedenfalls freue mich über ihn, konnte Manches lernen und fühle mich angeregt. Lächelnde, authentische Gesichter in „ersichtlich“-schlüssigen musikalischen Kommunikationsräumen sind für mich ein Schlüssel für meine Lust an diesem Film und das zugewandte, aufmerksame Verstehen musikalischen und menschlichen Seins in mehrschichtigen therapeutischen Zusammenhängen. Das habe ich hinter seinem nüchternen Titel mit dem Zusatz „Lehrfilm“ zunächst nicht erwartet. Und zugegebenermaßen hatte ich anfangs auch Schwierigkeiten, meine Vorstellung von „künstlerisch“, und auch von „Dokumentarfilm“, so die im Begleitheft einleitend gleich doppelt den Film charakterisierenden und meine Phantasie anregenden Begriffe, abzugleichen mit der tatsächlichen Um-

setzung des Themas. Aber jeder wird sich anders annähern und unterschiedliche Schwerpunkte erleben. Die 45 Filminuten beschränken sich dabei natürlich nicht aufs Lächeln ...

Das gut strukturierte 16-seitige Begleitheft führt ein in den Charakter des Films, begleitet ihn quasi chronologisch einfühlsam durch die auch in ihm verwendete Struktur, Begrifflichkeit und Systematik, liefert zudem unterstreichende szenische Fotos und Hinweise zum theoretischen Bezugsrahmen, und bietet somit eine gute Hilfe zum Vertiefen. Ein übersichtliches Textheft macht es zudem auch leichter einmal zurückzuschlagen, seinem individuellen Tempo gemäß vor auszulesen bzw. nachzuspüren als einen Film zu spulen. Angebotener Ruhepol für Auge und Seele also. Das Heft beinhaltet weiterhin eine reichhaltige Literaturzusammenstellung, ebenso überschaubar nach Stichpunkten gestaltet, und bietet somit reichlich Futter zum Weiterkauen.

„Die Fetzigigen von St. Vinzenz“: Der Film selbst zeigt zunächst 4 Frauen im Rahmen einer Gruppensituation: 3 von ihnen chronisch-psychisch krank, in einer Pflegeeinrichtung lebend, die vierte von ihnen begleitet sie als Musiktherapeutin durch eine regelmäßige, wöchentliche und für den Film quasi exemplarische Therapie-sitzung. Ritualisierter Rahmen, Schutzraum, Vertrauen, Lebensqualität werden sichtbar. Später tritt partiell ein Praktikant hinzu, der Prozess führt schließlich die Gruppe hinaus in die Öffentlichkeit: aus Rückzug ins eigene Innere wird Hinwendung zu anderen, mobilisierte Ressourcen münden in offenere, befriedigende Kommunikation, das krankheits- und situationsbedingt beschränkte Lebensspektrum wird wieder freier, das Medium Musik wird Träger Leben spendender Energien, von einer der (älteren) Frauen sogar als „Kick“ artikuliert. Die Zuschauenden werden durch begleitende Kommentare eingeführt in das Woher und Wohin, bekommen grundlegende Informationen zum Umfeld, so auch zum eingangs erwähnten Gruppennamen.

Auf dieser Basis werden nun Einzelaspekte herausgefiltert um Zusammenhänge darzustellen und theoretisch zu vertiefen. Im Zentrum stehen zunächst lebensgeschichtliche Aspekte der Frauen. Sie werden auf eine zugewandte, wertschätzende Weise und unter Herausstellung ihrer individuellen Charaktere und spezifischen Ressourcen einzeln porträtiert. Dies geht schließlich ein in den Zusammenhang des musikalischen, verbalen und organisatorischen Geschehens und bildet somit das direkte therapeutische Material sowohl für den gestalterisch-kreativen Verlauf des Gruppengeschehens als auch dessen jeweils situationsbezogene theoretische Aufarbeitung. Dabei werden die personenspezifischen Aspekte therapeutischer Arbeit (Anamnese, Diagnose, Ziele) im Rahmen des kommunikativen Prozesses bzw. durch die künstlerische (und auch musikalisch-handwerkliche!) Arbeit ausbalanciert mit dem Ziel der Förderung kreativer, dynamischer, positiv erlebbarer Lebensentwicklung. Der Film bzw. der dargestellte Prozess klammert Traurigkeit

und Depression, Rückzug, Antriebslosigkeit, Ängste, Schmerzen, Wut, all das Beschwerende, Lähmende und Widersprüchliche der individuellen Biografien nicht aus, u. a. durch subtile, aussagestarke Porträts und Nahaufnahmen (... ein Bild sagt mehr als tausend Worte), aber er bleibt dabei nicht stehen. Besonders berührt hat mich, dass in dem Film gelungene Kommunikations- und Übungsprozesse mit Hilfe gezielter, professioneller, therapeutischer Begleitung in einem geschützten Raum kombiniert wurden mit gemeinsam gestalteten, musikalischen Auftritten der Patient/Innen in der Öffentlichkeit. Auf beide Weisen konnte die Gruppe Freude, Lebendigkeit und Wertschätzung erleben.

Die theoretische Reflexion umfasst auch das Behandlungskonzept, so beispielsweise die Methode der „Integrativen Musiktherapie“ und ihr innewohnende Aspekte der Leib- und Biografiearbeit. Dies alles immer im konkreten, für mich nachvollziehbaren Zusammenhang des individual- bzw. gruppenspezifischen Entwicklungsprozesses. Die Methode basiert auf einem analytisch-tiefenpsychologischen Verständnis individueller und gruppenspezifischer Entwicklungsprozesse und scheint daher auch geeignet, allen in ähnlichen therapeutischen Berufen Tätigen und Auszubildenden einen Einblick in musiktherapeutische Arbeitsmöglichkeiten und Gestaltungsräume zu vermitteln.

Als Höhepunkt erlebe ich eine Sequenz, in der es um das musikalische Ausagieren von Rivalitäten bzw. um das Kräftemessen zweier Gruppenmitglieder geht. Hier verdichtet sich die Atmosphäre, es geht ganz archaisch und gleichzeitig spielerisch „zur Sache“. Mich berührt die Musik wie die Atmosphäre und ich finde es an dieser Stelle besonders bedauerlich, dass sie mit gleichzeitigen theoretischen Reflexionen auf einer Metaebene faktisch „zuverbalisiert“ wird, das musikalisch-kommunikativ Wichtigste also nicht für sich stehen und ungefiltert wirken darf. So als ob es „unwichtiger“ wäre, nachgeordnete Bedeutung, als ob Worte, Erklärungen, Reflexionen erst das „eigentlich Wichtigste“ seien, Musik „nur“ „Mittel zum Zweck“, die in den Hintergrund treten müsste ... – Andererseits berührt mich im Zusammenhang hier auch die subtile verbale Reflexion der agierenden Frauen und ihrer therapeutischen Begleiter sowie die differenzierte theoretische Analyse. Schade nur, dass diese Szene erst in der 35. Filmminute einsetzt. Sie könnte der verdienstvollen Arbeit, meine ich, eine filmkünstlerische Überschrift sein und die Dynamik wie die kraftvollen Ressourcen der „Fetzigen von St. Vinzenz“ von Beginn an unterstreichen.

Bernd Ebener, Dipl. Musiktherapeut, Greifswald/Hamburg,
E-Mail: b.ebener@web.de

Die Autoren

Hauke Egermann

received in 2000 his University Entrance Diploma at a music-specialized secondary school in Germany. 2001 he started studying Systematic Musicology, Media Science, and Communication Studies in the Magister Artium program at the Hanover University of Music and Drama. He received his M. A. in 2006 by conducting an online study on the emotional effects of music. Subsequently he completed the 3-year PhD-program at the Center of Systemic Neurosciences Hanover where he finished his dissertation about social influences on musically induced emotion using psychophysiological methods. During his Master's and PhD studies he was employed as Student and Research Assistant at the Institute of Music Physiology and Musicians' Medicine. In parallel he has also worked freelance for different research and consulting companies, investigating marketing strategies. Starting December 2009 he will be Postdoctoral Fellow at the Schulich School of Music, McGill University, Montreal, Canada.

Rolf Klüwer

Prof. Dr. phil., Psychoanalytiker DPV. Promovierte 1953 in Köln als Psychologe und ließ sich in München, Zürich und Frankfurt psychoanalytisch ausbilden. Ab 1964 war er zunächst wissenschaftlicher Mitarbeiter am Sigmund-Freud-Institut in Frankfurt, später dort als Professor und wissenschaftliches Mitglied Leiter der Abteilung für Ausbildung. Viele Jahre auch am Institut für analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Frankfurt in der Ausbildung tätig. Seit 1989 wieder in freier Praxis, nun im Ruhestand. Zahlreiche Veröffentlichungen vor allem zur Fokaltherapie und zu Fragen der Technik.

Angela Knoche

*1966, Master of Arts (Musiktherapie), Diplom-Musikerin. Nach dem Abitur vierjähriger Auslandsaufenthalt mit Studium an der britischen *University of Keele* und Abschluss Bachelor of Arts in *Music and Russian Studies*. Danach Klavierdiplom und Künstlerische Ausbildung an der Musikhochschule Würzburg und Hochschule für Kirchenmusik Heidelberg. Über zehnjährige Unterrichtstätigkeit an verschiedenen Musikschulen. Konzerte, Liedbegleitung, Teilnahme an zahlreichen Meisterkursen in Deutschland und England. Dann Neuorientierung und Studium der Musiktherapie im Masterstudiengang an der Fachhochschule Frankfurt am Main. Seither als Musiktherapeutin u.a. auf zwei Stationen der Allgemeinpsychiatrie des Pfalzkrankenhauses, Rheinland-Pfalz tätig. Schwerpunkt dort auf der Behandlung von Patienten mit affektiven Störungen und emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen.

Sylvia Kunkel

Dr. sc. mus. (Jg. 1967), Dipl.-Musiktherapeutin und Dipl.-Musikpädagogin. Studium der Musikpädagogik an der Hochschule für Musik „Franz Liszt“, Weimar; Zusatzstudium Musiktherapie an der WWU Münster, Promotion an der Hochschule für Musik und Theater, Hamburg. Seit 1993 Musiktherapeutin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Münster, seit 1996 Lehrbeauftragte im Zusatzstudiengang Musiktherapie an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, darüber hinaus tätig als Klavierlehrerin und Chorleiterin. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte sowie Veröffentlichungen zu den Themen Musiktherapie in der Psychiatrie und Musiktherapie mit schizophrenen Patienten.

Dorothea Oberegelsbacher

Mag. Art., Dr. phil., Wien. Musiktherapeutin, Psychologin und Psychotherapeutin in freier Praxis. Lehrt Musiktherapie an der Universität für Musik und darstellende Kunst Wien sowie Psychotherapiewissenschaften an der Sigmund Freud Privat Universität Wien. 1997 Mitbegründerin des Wiener Instituts für Musiktherapie. Weitere Lehrtätigkeit im In- und Ausland. Über 50 Publikationen, darunter die Fachbücher „Il potere di Euterpe. Musicoterapia a scuola e con l'handicap“ (2003, Milano FrancoAngeli, gemeinsam mit G. Rezzadore), sowie „Lehrbuch Musiktherapie“ (2008, Ernst Reinhardt UTB, gemeinsam mit Decker-Voigt und Timmermann). Forschungsschwerpunkt Psychotherapie mit „poor communicators“.

Irmtraud Tarr

geb. 1950, Dr. phil, Psychotherapeutin für Kinder und Jugendliche, Lehrtherapeutin am EAG arbeitet als Psychotherapeutin und Musiktherapeutin in eigener Praxis in Rheinfelden. Als Konzertorganistin ist sie international tätig (Europa, Japan, USA) und hat zahlreiche Aufnahmen für Tonträger, Funk und Fernsehen gemacht. Ihre CDs – fast sämtliche auf historischen Orgeln – hat sie in Frankreich, Spanien, Portugal, Italien, Deutschland und Lettland gemacht. Außerdem hat sie zahlreiche Notenausgaben für Orgel herausgegeben. Unter ihren mehrfachen Auszeichnungen und Preisen sind die Verdienstmedaille der Stadt Rheinfelden in Silber für kulturelle Verdienste (2003), sowie weitere aus Bayern und Czechien zu nennen. Sie ist Autorin von inzwischen 28 Büchern, die in vielen Sprachen übersetzt wurden.

Bettina Weixler

Mag. Phil. Mag. Art. Studium Musikwissenschaft an der Universität Wien (Diplomthema: Affekte in Kantaten J. S. Bachs); laufendes Doktoratsstudium Musikwissenschaft; Studium Musiktherapie an der Universität für Musik und darstellende Kunst Wien (Diplomthema: J. S. Bach in der Musiktherapie). Derzeit im geriatrischen Arbeitsfeld musiktherapeutisch tätig.

Sachregister

- Abwehrform 155
Achtsamkeit 60, 69, 74f, 83, 86f, 95f, 98
Aesthetic emotion 37, 41, 52
Affekt 7, 8, 13f, 18f, 58fff, 68, 71, 83ff, 97, 100, 107, 123, 127ff
Affektenlehre 127ff, 131fff, 190
Affektregulation 5, 7, 8, 59ff, 65, 71, 74f, 80, 83, 94f, 135, 190
Akzeptanz 74, 84, 90, 98
Anästhesierung 154f, 158
Appraisal 56
Arousal 47
Assoziationen 25, 81, 164
atmosphärisches Erfassen 155
- Basic emotion 37, 41, 47, 50, 52
Bedürfnisanalyse 153
Beschreibungstexte 104fff, 121, 123
Bewertung 59, 83, 86, 91, 135, 179
Beziehungsformen 104fff, 116, 120fff
Borderline-Persönlichkeitsstörung 97fff, 190
Bühnenpanorama 149, 165, 167, 172
- Chill 35
Containment 13, 24fff
- Dialektik 66, 100, 105
Dialektisch Behaviorale Therapie 59f, 65, 68, 97f
Differentielle Integrative Behandlung von Bühnenangst 147, 148, 174
Dissoziation 76, 79fff, 154, 187
emotion component 41, 46, 49, 52
emotion space 48, 51, 57
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung 65
emotionale Atmosphären 148
Emotionale Differenzierung 5, 7, 8, 100, 147
Emotionsidentifikation 69, 89, 91
Emotionsregulation 67, 69, 74ff, 79, 83ff, 91, 94ff
Empathy 43
- Erlebnisinhalte, präverbale 15f, 18, 23, 33
erlebniszentrierte Modalität 165
Erstkontakt 5, 8, 19, 99, 103f, 115, 120f
Exposition 79f, 89, 97
expressiver Leib 154
Exzentrizität 155
Fremdheit 22, 11ff
Geistige Behinderung 33
Gitarre 24ff, 105f, 180
Handlungsimpuls 77, 83, 86f, 91, 94
Hospitalisierung 21
Individualpsychologie 23, 33
Induction 36, 40, 52
Inkorporative Tendenz 19
innere Gefährten 161, 171
innere Widersacher 160
Integrative Musiktherapie 139, 148
Interaktionsanalyse 155
Interaktionsmuster 104, 116ff, 124
intermedialer Quergang 160, 172
Intermediärobjekt 170, 172
Intersubjektivität 102, 148, 154, 175, 177
intramediale Vergrößerung 172
- Katharsis 16, 128
Kindsmörderisches Introjekt 22f
Korrespondenz 154
- Leibfunktionsanalyse 151, 153
Leiblichkeit 151, 154, 170
Limbic system 38
- Mandoline 27
Manual 60, 67, 71f, 95, 173, 192f
memorativer Leib 153f
Memory 37, 39, 41, 43, 48f, 55
Metapher 29, 66, 71, 91, 101
Minderwertigkeitskomplex 23
Mood 57
- Online method 50, 56

- Perceived emotion 35fff, 55fff, 99
 perzeptiver Leib 151
 Phobie 89
 Problem- und Konfliktanalyse 153f
 protektiver Faktor 153
 prozessuale Diagnostik 152, 165
 psychodynamische Musiktherapie 33
 Psychophysiology 56
 psychophysische Entspannung 158
 Psychosen 101f, 125
- Realtraining 163f
 Refrain 13f, 24
 Regression 15, 155, 178f
 Rekonstruktion 33, 104
 Repräsentanz des Fremden
 im Spaltungsmodus 13, 24
 Ressourcenanalyse 154
 Ritual 21
- Schizophren 101
 Schizophrenie 101, 125f
 Selbstpsychologie 25, 33
 Selbstverletzung 69f
 Selbstwertproblematik 23, 152
 Sexueller Missbrauch 21, 64
 Skills 67, 69f, 80, 98
 Social facilitation 58
- Social feedback 44
 Social influence 54
 Social loafing 44
 Spiegeln 26, 182
 Sprechen im interpretierenden
 Modus 13
 Stresstoleranz 65, 67, 69, 80
 Strukturaufbau 30
 Symbolisierung, nachträgliche 13fff,
 123, 132, 187
 szenisches Verstehen 155, 176
- Therapeutische Beziehung 16, 21, 67,
 70, 83, 126, 139, 192
 Thrill 72
- Übergangsobjekt 162, 170, 174, 187
 übungszentrierte Modalität 156
 Urszene 14f
- Valence 47
 Validierung 66f, 84
 Vegetative nervous system 56
- Web experiment 50ff
 Widerstand 79, 155, 174, 190f
 Wirkfaktore 156, 176

Personenregister

- Aebischer, V. 45, 54
Akert, R. 44, 54
Altenmüller, E. 45, 46, 48, 50f, 54f, 57, 58
Amering, M., Schmolke, M. 101, 125
Anders, B. 96
Aronson, E. 44, 45, 54
Asch, S. E. 44, 54
- Barradas, G. 36, 56
Benecke, C. 93, 97
Benedetti, G. 100, 105, 115f, 125
Berger, M. 64, 96
Berking, M. 74, 96
Bigand, E. 48, 54
Blankenburg, W. 103, 125
Blood, A. 42, 50, 54
Bock, Th. 100f, 125, 176
Bock, Th., Deranders, J. E., Esterer, I. 125
Böhme, G. 173
Bohus, M. 62ff, 67ff, 70, 73, 80ff, 96ff
Bollas, C. 15, 33
Bongard, S. 50, 56
Boucsein, W. 49, 54
Broda, M. 65, 98
Brokuslaus, I. 73, 92, 96
Brown, A. 56
Buchheim, P. 71, 96
Buck, D./Zerchin, S. 104, 125
- Cialdini, R. B. 44, 54
Clarkin, J. F. 71, 96
Cloninger, C. R. 42, 54
Crozier, W. R. 45, 54
- Dacquet, A. 48, 54
Dammann, G. 71, 96
Davidson, J. W. 37, 45, 47, 50, 54
Davidson, R. J. 37, 45, 47, 50, 54, 55
De Backer, J. 125
De la Motte, D. 118, 125
Deuter, M. 3, 9, 11, 125
Dodds, P. S. 45, 57
Duke, R. A. 45, 55
- Dulz, B. 64, 96f
Dümpelmann, M. 102, 125
- Egermann, H. 45ff, 51ff, 197
Ekman, P. 37, 47, 50, 55, 135
Engelmann, I. 7, 61, 97, 175ff
Erdheim, M. 22, 32
Erlenberger, M. 103, 126
Eschrich, S. 39, 55
Every, C. 55
- Falls, A. L. 51, 56
Fiedler, P. 62, 64, 96
Finzen, A. 101, 126
Fischer, A. H. 43f, 55f
Flammer, A. 173
Flatten, G. 64, 97
Fonagy, I. 24, 33
Frohne, I. 173
Frohne-Hagemann, I. 4, 61, 97f, 133, 143f, 148, 173, 192
Furman, C. E. 45, 55
- Gabrielsson, A. 39, 41, 55
Gindl, B. 126
Goldstein, A. 36, 41, 44, 55
Goldstein, N. J. 54
Goydke, K. N. 50, 55
Grandjean, D. 53, 58
Grawe, K. 64, 97, 153, 173
Greenberg, L. S. 97
Grewe, O. 41fff
- Hand, I. 79, 80, 97
Hänsel, M. 88, 98
Hargreaves, D. J. 36, 45, 54, 57
Hautzinger, M. 97, 145
Henderson, M. 45, 54
Hevner, K. 48, 48, 55
Hewstone, M. 45, 54
Himmerich, H. 63, 98
Hoffmann, P. 102, 126
Honing, H. 51, 55f
Höschel, K. 68, 96f
Hunter, P. G. 52, 56

- Iversen, S. 38, 56
- Jänig, W. 38, 56
- Jensen, M. 64, 96
- Jungaberle, H. 88, 98
- Juslin, P. N. 56, 58, 98
- Kächele, H. 97
- Kallinen, K. 39, 56
- Kandel, E. R. 38, 56
- Kempker, K. 100, 125f
- Kernberg, O. F. 63, 65, 71, 96f
- Klein, R. L. 44, 56
- Knoche, A. 5, 8, 98, 197
- Konečni, V. J. 41, 56
- Kopiez, R. 41f, 45f, 48, 50, 51, 55, 57f
- Krapf, J.-M. 124, 126
- Krause, R. 93, 97, 136
- Kreutz, G. 42, 50, 56
- Kröger, C. 91, 97
- Krumhansl, C. L. 46, 48, 52, 56
- Kupfermann, I. 38, 56
- Kupski, G. 72f, 84f, 97
- Ladinig, O. 51, 56
- Lammers, C.-H. 75, 98
- Landmann, E. 4
- Lanfermann, H. 50, 56
- Laqua, M. 4
- Lazarus, R. 63, 97
- Lichtenberg, J. D. 15, 33
- Liljeström, S. 36, 56
- Lim, V. K. 50, 54
- Linden, M. 97
- Lindström, S. 41, 55
- Linehan, M. 61fff
- Litle, P. 42, 56
- Louis, F. 63, 98
- Madurell, F. 48, 54
- Makowitzki, R. 92, 97
- Manstead, A. S. R. 36, 43f, 55f
- Marcell, M. M. 51, 56
- Marozeau, J. 48, 54
- Mentzos, St. 105, 115f, 126
- Meyer, L. B. 41, 57
- Meyer, H. 180ff
- Müller, J. 55
- Müller, L. 148, 173
- Münste, T. 39, 50, 55
- Musch, J. 51, 57
- Nagel, F. 48, 55, 57f
- Nawe, N. 4
- Niedecken D. 13f, 22f, 33
- Niedecken D., Lauschmann I., Pötzl M. 33
- North, A. C. 36, 45, 54, 57
- Oberegelsbacher D. 5, 7, 13fff, 128
- Oerter, U. 97
- Ogden, T. H. 15, 33
- Ornstein A. D. 13f, 25, 33
- Osawa, P. 42, 56
- Ott, U. 42, 56
- Panksepp, J. 36, 38, 41f, 52, 57
- Parlitz, D. 50, 54
- Peretz, I. 36, 50, 57, 72, 98
- Petzold, H. G. 148f, 151, 153f, 160, 165, 173
- Pleß-Adamcyk, H. 148, 173
- Priestley, M. 173
- Przybeck, T. R. 42, 54
- Radocy, R. E. 45, 57
- Rahm, D. 152f, 161, 173
- Ravaja, N. 39, 56
- Reips, U. D. 50f, 56f
- Rommel, A. 96f
- Roggendorf, G., Rief, K. 100, 126
- Rojas-Bermúdez, J. G. 170, 173
- Rotteveel, M. 43, 55
- Rüegg, J. C. 64, 98
- Rummenholler, P. 118, 126
- Russ, M. 56
- Russell, J. A. 37, 47f, 53, 57
- Rutter, M. 165, 173
- Sachsse, U. 65, 96ff
- Salganik, M. J. 45, 51, 57
- Schauenburg, H. 65, 98
- Schehr, K. 70, 96, 98
- Scheidt, G. 72, 98

- Schellenberg, G. E. 52, 56
Scherer, K. R. 37fff, 52ff
Scheytt-Hölzer, N. 97
Schiepek, G. 97
Schiller, L. 100, 126
Schimmack, U. 53, 56
Schirmer, H. 4, 5, 8
Schmidt, H. U. 73, 98
Schmitz, H. 159, 173
Schneider, P. K. 102, 126
Schramm, H. 39, 57
Schroeder, W. 148, 173
Schubert, E. 48, 57f
Schuch, W. 151, 155, 174
Schürmann, K. 50, 54
Schwabe, C. 82, 98, 139
Seitz, E. 4
Sendera, A. und M. 62, 67, 75, 87, 98
Sherif, M. 44, 58
Sieper, J. 173
Silva, A. 36, 56
Sinason V. 22, 26, 33
Sloboda, J. 36fff, 58
Sokolowski, K. 37, 47, 52, 58
Spitzer, M. 72, 98
Stern, D. 15, 33, 176ff, 190, 192
Stieglitz, R.-D. 62, 64, 96
Stiglmayr, C. E. 70, 75, 98
Strobel, W. 174
Sutherland, M. 46, 52f, 58
Svrakic, D. M. 42, 54
Tarr, I. 5, 8, 147f, 174, 198
Teichmann, D. 42, 56
Tenbrink, D. 13, 15f, 33
Thompson, D. 36, 58
Tüpker, R. 125f
Unckel, C. 91, 97
Vaitl, D. 42, 56
Västfjäll, D. 36fff, 56
Veselinovic, T. 63, 98
Veillard, S. 48, 54
Vollmoeller, W. 96f
Wanic, R. A. 56
Watts, D. J. 45, 57
Watzlawick, P. 159, 174
Wetzel, R. O. 42, 54
Wilson, T. 44, 54
Winnicott, D. W. 15, 33, 170, 174, 176,
186f
Wulff, E. 105, 126
Zajonc, R. B. 44, 58
Zatorre, R. 42, 50, 54
Zentner, M. 39ff, 53, 57f
Zeuch, A. 88, 98
Znoj, H.-J. 74, 96
Zuckermann, M. 42, 56

