

Forschen oder Heilen

Kritische Betrachtungen zum herrschenden Forschungsparadigma

Rosemarie Tüpker

Das Junktum von Forschen und Heilen war mir immer ein wichtiger Grundsatz. Er ist der psychotherapeutischen Arbeit immanent. Besteht doch die psychotherapeutische Arbeit mit unseren PatientInnen insgesamt darin, mit ihnen gemeinsam die Gründe des Leidens zu erforschen und die Wege zu entdecken und zu entwickeln, mit denen dieses Leiden sich verwandeln kann. In den Künstlerischen Therapien bedienen wir uns dabei neben dem Wort all der anderen Mittel menschlicher Erkenntnis, die die Künste über Jahrtausende ausgebildet haben. Wir verstehen Musik, Malerei, Plastizieren, Tanz, Theater hierbei nicht primär als die Produktion von Werken, die eine *öffentliche* Wirkung entfalten, sondern wenden uns dem Teil der künstlerischen Beschäftigung zu, der die Künste als Möglichkeit sinnlicher Erkenntnis und seelischer Verwandlung in den Vordergrund stellt (Psychästhetik). Innerhalb des Forschungsprojektes »Behandlung« fokussieren wir unser Erkenntnisinteresse dabei jeweils auf diesen einen Menschen als *eine* individuelle Ausgestaltung möglicher Lebensformen, die zum Zeitpunkt der Behandlung in eine Krise geraten ist – wie auch immer diese Krise sich zeigen mag; als Psychose, als körperliches Leiden, als Angst oder als soziale Verwicklung. Über die einzelne Behandlung hinaus lassen sich die Erkenntnisse, die wir in der gemeinsamen psychästhetischen Arbeit mit den PatientInnen gewinnen, zusammentragen zu Erkenntnissen über die Entstehung menschlicher Leidenszustände und die Möglichkeiten ihrer Metamorphose.

Dass ich mein Referat mit dem provokanten Titel »Forschen oder Heilen« überschrieben habe, liegt darin begründet, dass ich die Gefahr sehe, dass das gegenwärtig herrschende Forschungsparadigma diese Möglichkeit der Forschung zunehmend zerstört und stattdessen eine Forschung evoziert, die sich dem Heilungsinteresse entgegenstellt. Der Bitte Peter Petersens, das Symposium 2001 mit einem »Paukenschlag« zu eröffnen, kam ich daher gerne nach. Ich hatte dafür als »Ouverture« 15 Thesen skizziert und einige davon mit Beispielen versehen und erläutert. Manches andere wird hoffentlich in der »Durchführung« an einigen ausführlicheren Beispielen deutlicher werden. Im dritten Teil wird als nicht ganz so düsterer »Ausklang« von einem Forschungsprojekt im Rahmen des Studiengangs Musiktherapie an der Universität Münster berichtet, dessen spätere Weiterführung ebenfalls Eingang in dieses Buch gefunden hat.

Seit der Erstveröffentlichung dieser Thesen hat sich leider vieles bestätigt, manches sogar zugespitzt, sodass insgesamt keine wesentliche Zurücknahme der hier dargestellten kritischen Sicht erfolgen kann. Dennoch bleiben die Thesen das,

als was sie gemeint waren: provokant formulierte Thesen, die ich mehr zur eigenen Reflexion und Positionierung zur Verfügung stellen möchte als dass es mein Bestreben wäre, hier (für) immer Recht zu behalten.

Es sind aber gerade in der Kunsttherapeutischen Forschung inzwischen auch weitere methodische Ansätze und Forschungen entstanden, die auch hoffen lassen, dass sich Behandlung und Forschung von den Künsten aus weiter konsolidieren und von ihnen aus immer wieder auch Impulse für den Umgang mit dem Leiden in unserer Gesellschaft entstehen.

1. Ouvertüre

Wenn ich in den folgenden Ausführungen etwas verallgemeinert von *dem* herrschenden Forschungsparadigma spreche, so kann ich in diesem Kreise darauf verzichten, das damit Gemeinte näher zu erläutern. Stichworte wären: das Primat naturwissenschaftlicher Methodik, die Suche nach einem biologisch-neurologisch-chemisch-genetischen Korrelat psychischer Störungen, klinische Studien, Vergleichsgruppen, Doppelblindstudien, standardisierte Verfahren, Randomisierung, Magie der großen Zahl, Evidence-based Medicine.

An dieser Stelle sei auch auf die Ausführungen der Kollegen Kiene und Kriz in diesem Buch hingewiesen.

These 1

Das herrschende Forschungsparadigma zerstört die Kollegialität der therapeutischen Zusammenarbeit.

Ein Beispiel aus dem klinischen Alltag einer Universitätsklinik: Ein erfahrener Psychologe, der als Kunsttherapeut arbeitet, soll – im Auftrag des Chefarztes – die Wirkung der Kunsttherapie bei einer bestimmten Klientel nachweisen. Der Chef der Klinik hat dafür Forschungsgelder der DFG eingeholt. Den üblichen methodischen Kriterien entsprechend stellt sich wie naturgemäß die Frage nach der Kontrollgruppe. Der Chef bezieht nun die Bewegungstherapeutin dergestalt in das Projekt mit ein, als ihre Gruppe zur Kontrollgruppe wird. Was vom Forschungsdesign her naheliegend und problemlos erscheint, heißt auf der Ebene der kollegialen Zusammenarbeit, dass nachgewiesen werden soll, dass der Kunsttherapeut mit seiner Arbeit bessere Erfolge erzielt als die Bewegungstherapeutin.

Was dies für die Zusammenarbeit auf einer solchen Station bedeutet, brauche ich wohl nicht näher auszuführen. Jeder kann sich die vielfältigen Dilemmata, die daraus entstehen, selbst ausmalen. Anstelle kollegialer Teamarbeit tritt hier die Profilierung einer Methode auf Kosten der anderen. Anstelle gegenseitiger Förderung der Arbeit wird ein im Grunde bitteres Konkurrenzverhältnis der Behandelnden untereinander erzeugt. Bitter deshalb, weil es im Sinne der Logik des Paradigmas wäre, im Falle des gelungenen Nachweises der Hypothese die Bewegungsthera-

peutin zu entlassen. (Wenn man ein besseres Medikament gefunden hat, braucht man die anderen nicht mehr.)

Das zusätzlich Unlautere daran, was das gesamte Forschungsdesign mehr als in Frage stellt, ist die Tatsache, dass es sich bei der Bewegungstherapeutin um eine junge Sportlehrerin handelt, die gerade eine bewegungstherapeutische Ausbildung beginnt, bei dem Kunsttherapeuten aber um einen erfahrenen Kollegen am Ende seiner Laufbahn. Außerdem arbeitet er als Psychologe in der Gesamtbehandlung der Patienten (einschließlich Aufnahme, Entscheidung über Therapieverlauf etc.), während die Bewegungstherapeutin »nur« eine zusätzliche Gruppe betreut. Jeder, der die unterschiedliche Übertragungs- und Beziehungsstruktur, die durch solche Rahmenbedingungen in Kliniken entstehen, kennt, weiß, dass es dadurch zu Artefakten kommen wird, die vermutlich einen größeren Einfluss auf die Untersuchungsergebnisse haben werden als die zu untersuchende Behandlungsmethodik. Von daher ist zum einen das Ergebnis der Untersuchung vorhersehbar und zum anderen wissenschaftlich unbrauchbar, was aber vermutlich niemand merken wird. Gehen wir davon aus – und ich wüsste nicht, ob da jemand widersprechen würde –, dass eine gute Teamarbeit die Heilung der PatientInnen fördert, eine von Konkurrenz geprägte einer Heilung hinderlich ist, heißt dies de facto, dass hier die Interessen der PatientInnen den Forschungsinteressen geopfert werden.

Auch wenn dieses Beispiel zugespitzt wirken mag, so spiegelt sich darin ein grundsätzliches Dilemma, welches mir durchaus häufig begegnet: häufiger in der Form, dass KollegInnen in Kliniken überlegen, ihre alltägliche Arbeit in einer vergleichbaren Form einer Evaluation zu unterziehen (etwa in Form einer Prä-/Poststudie), um damit einen Beitrag zur Forschung zu leisten. Lassen sie sich von üblichen Forschern beraten, so werden sie wie von selbst mit der Forderung der Kontrollgruppe konfrontiert. Diese ist in der üblichen Praxis aber – etwa durch Patienten in der Warteschleife – nicht realisierbar. Also wird nach einer parallelen Patientengruppe im eigenen Hause gesucht werden, die mit einer Methode behandelt wird, die man für nicht oder weniger wirksam hält, was dann in selbiges Dilemma führt. In etlichen Fällen habe ich erlebt, dass die KollegInnen an dieser Stelle von ihrem Forschungsvorhaben Abstand nehmen.

Methodisch ist hier natürlich zusätzlich zu kritisieren, dass wir davon ausgehen können, dass in stationären psychotherapeutischen Settings stets zu berücksichtigen ist, dass hier eine Gesamtheit von Behandlungen, ihr Zusammenwirken, das ist, was das Spezifische der Wirkung eines stationären Aufenthaltes ausmacht. Dazu gehören dann auch solche Phänomene wie die Atmosphäre, die von der Gruppe der Mitarbeiter ausgeht, die Eingangsrituale der PatientInnen untereinander und vieles mehr. Um das zu untersuchen bedürfte es eines Methodenrepertoires, wie wir es eher aus der Feldforschung der Ethnologie, der Soziologie oder anderen Sozial- und Geisteswissenschaften kennen. Auch insofern wären übrigens PatientInnen, die noch nicht in die Klinik aufgenommen werden können, keine methodisch saubere Kontrollgruppe für die Untersuchung eines einzelnen Verfahrens, welches in einer Klinik angewandt wird.

These 2

Die derzeit üblichen Maßnahmen zur sogenannten Qualitätssicherung dienen weder der Feststellung noch der Sicherung, geschweige denn der Verbesserung der Qualität, da andere Interessen (z. B. Erhalt berufsständischer Hierarchien) der Qualität der Arbeit überstellt sind.

Die zunehmende Differenz zwischen dem oft hohen Qualifikationsniveau vieler künstlerischer TherapeutInnen und ihrem verstärkt nach hierarchischen Kriterien entschiedenen »Einsatz« im Setting der Kliniken, spricht hier eine eindeutige Sprache: Der psychologisch völlig ungeschulte Neurologe soll die psychotherapeutischen Gespräche führen. Die Musik- oder KunsttherapeutIn mit diversen psychotherapeutischen Zusatzqualifikationen soll nur »zuliefern« und bekommt – wenn ihre Qualifikation zu sehr auffällt – alles mögliche verboten, damit sich der Unterschied in der Qualität der Behandlung nicht zu sehr abhebt. Zum Beispiel darf sie nicht die Übertragung deuten – weil der Neurologe das nicht kann, bzw. nicht so recht weiß, was das eigentlich ist –, oder auch nicht nach Träumen fragen. All dies sind keine ausgedachten Beispiele, sondern Erzählungen, die ich in Supervisionen oder informellen Gesprächen mit KollegInnen zu hören bekomme.

Erschreckend ist auch, in wie vielen psychotherapeutischen Kliniken, selbst Universitätskliniken, keine Supervision stattfindet. Stattdessen wird in den sogenannten Studien zur Qualitätssicherung mit Betten-, Patienten- und Aufenthaltsdauerzahlen jongliert, die naturgemäß keinerlei Aussagen über die Qualität der Arbeit machen. Auch anspruchsvollere Modelle neigen zu einer erzwungenen Vereinheitlichung und Medizinalisierung (s. auch These 6) und ignorieren die Differenziertheit bisheriger Erkenntnisse, statt zu ihrer Erweiterung beizutragen.

In ihrer Kritik der Psy-BaDo (Psychotherapeutische Basisdokumentation) haben Pohlen und Bautz-Holzherr (2000) dargestellt, wie eingeschränkt der Gesundheits-Krankheitsbegriff ist, wie die den Patienten gestellten Fragen allein die Oberfläche eines normierten Befindlichkeitsbegriffes zur Geltung kommen lassen. »Der Therapieerfolg als qualitative Änderung in der Sichtweise der Problematik des Patienten wie des Therapeuten ist nicht vorgesehen« (ebd., 159). Außerdem versagt die gesamte Psy-BaDo hinsichtlich der Darstellung therapeutischer Prozesse. Betrachtet man das Design der Studie von ihrer Zeitstruktur her, so ist sie für den einzelnen Therapeuten (an den sie sich aber richtet) in Bezug auf die Frage der Qualitätssicherung oder Verbesserung seiner Arbeit so gut wie wertlos, da er erst nach Jahren erfährt, wie »erfolgreich« er denn nun mit seinen Verfahren im Vergleich arbeitet. So sehen die Autoren denn in diesem psychotherapeutischen Annäherungsversuch an die »Evidence-based Medicine« eher einen wissenschaftlichen Legitimierungsversuch der »Enteignung der Eigenheiten von konkurrierenden Systemen« (ebd., 160) und das »Diktat der Vereinheitlichung«. Sie kritisieren die Psychiatrisierung der Diagnostik, die Ausklammerung der Gütekriterien der therapeutischen Beziehung und fassen zusammen: »Die Psy-BaDo macht psychotherapeutische Behandlung zum Krankheitsmanagement, das seine Qualitätssicherung

an Normalisierungskriterien bemisst und damit dem medizinischen Modell der Transformierung von Krankheit in Gesundheit folgt« (ebd., 149).

Bei einer Durchsicht der Patientenfragen der Psy-BaDo unter MusiktherapeutInnen fiel uns ergänzend auf, dass ein großer Teil der PatientInnen der Musiktherapie kaum in der Lage wäre, die gestellten Fragen zu beantworten. Sprachgestus und Vokabular scheinen davon auszugehen, dass Psychotherapie nach wie vor nur für Menschen ab einem gewissen IQ, mit gehobenem Bildungsniveau und einem bestimmten schichtenspezifischen Vokabular geeignet ist.

Nur verweisen möchte ich an dieser Stelle auf die weitere interessante und differenzierte Debatte zu diesen Fragen im »Forum der Psychoanalyse«: Pohlen (1999/1), Buchholz (2000/1), wie erwähnt Pohlen/Bautz-Holzherr (2000/2) und Naatz (2000/3) sowie die abschließende Gegenwehr einer ganzen Gruppe von Vertretern der verschiedenen Gesellschaften, die wenig auf die Komplexität der vorangegangenen Debatte eingehen, dafür aber umso massiver auftreten. (Wie anders kann man einen Diskussionsbeitrag verstehen, der zwar nur fünf Seiten umfasst, aber von 11 Autoren verfasst wurde, die sich durch die Referenz zweier Universitätskliniken und 9 medizinischer Fachgesellschaften ausweisen müssen (Heuft et al. 2000/4).)

These 3

Das herrschende Forschungsparadigma verhindert, solche Mechanismen und das Entstehen institutionalisierter Widerstände aufzudecken.

Theoretische Ansätze und methodische Kriterien, die in der Lage wären, Phänomene wie institutionalisierte Widerstände, systemimmanente Fehlentscheidungen, Produktion von Unbewusstsein oder Wechselwirkung von psychischer Grundstruktur einer bestimmten Klientel und Teamstruktur aufzudecken und damit einer Veränderung zugänglich zu machen, gibt es durchaus (vgl. Mentzos 1988, Erdheim 1988, Kisker 1988). Sie scheinen sich aber nicht im Blickwinkel dessen zu befinden, was derzeit in der Forschung interessiert. Hier entsteht ein erster Kreis des Irrlaufens: Solche Forschungen werden nicht durchgeführt, da die dafür anerkannten Methoden nicht Teil des Methodenkanons sind, der dem herrschenden Forschungsparadigma entspricht. Alles, was gemäß diesem Methodenkanon nicht erforschbar ist, bleibt eo ipso aus dem Forschungsinteresse ausgeschlossen. Endgültig scheint sich in diesem Bereich durchzusetzen, dass nicht die für den Untersuchungsgegenstand angemessene Methode zu suchen ist, sondern die Methodik das bestimmt, was als erforschbar gilt. Fragen wir uns, wieso diese Verdrehung so resistent gegen die ja zigfach geäußerte und begründete Kritik ist, so gelangen wir zu einer nächsten These.

Ein aktuelles Beispiel: Ein junger Medizinprofessor kontaktiert den an der gleichen Hochschule lehrenden Musiktherapeuten mit der Frage nach einer Zusammenarbeit bei der Erforschung musiktherapeutischer Co-Behandlung von TumorpatientInnen. Schnell stellt sich heraus, dass aber als »musiktherapeutische

Behandlung« nur in Frage käme, ein bestimmtes »Musikprogramm« »einzusetzen«, von dem der Mediziner gehört hatte. Der Versuch, ein Interesse daran zu wecken, wie Musiktherapeuten überhaupt arbeiten, welche Methoden hier Sinn machen würden, was den TumorpatientInnen helfen könnte, scheiterte sofort daran, dass die ins Auge gefasste »Musiktherapie« sich daran zu orientieren hat, was leicht und mit den Standardverfahren erforschbar ist, sprich: wofür sich schnell und problemlos Forschungsgelder akquirieren lassen. Eine Musiktherapie, bei der Menschen und eine therapeutische Beziehung mit dabei wären, war damit von vorneherein ausgeschlossen.

These 4

Die Einengung auf das Forschungsparadigma dient der Verwechslung von Erkenntnis und Interesse.

Denn betrachten wir die jeweilige Interessenlage, so wird deutlich, dass die Einengung, die sich durch das Forschungsparadigma ergibt, durchaus ihren Sinn hat. Aber eben nicht im Sinne der Zunahme an Erkenntnis, sondern im Sinne des Erhalts von Herrschaft, der Wahrung berufsständischer Interessen. Auf der Seite der PatientInnen dient sie der Ausgliederung von Menschen, deren Förderung als »zu teuer« angesehen wird. Schizophrenien als wie auch immer biologisch bedingt und damit weitgehend psychologisch nicht beeinflussbar oder zumindest psychotherapeutisch nicht behandelbar anzusehen, hat »den Vorteil«, dass das Gesundheitssystem gar nicht diskutieren muss, wer für die möglicherweise tausend Stunden Psychotherapie aufkommt, die hier wirklich zu einer Verwandlung führen könnten. Stattdessen setzt sich durch, Psychotherapie sei bei Schizophrenien *nicht indiziert*. Die hoffnungsvollen Anfänge des Verstehens der Schizophrenien (Benedetti 1964, 1975, 1983; Searles 1965; Arieti 1979; Ciompi 1982; Scharfetter 1986; Mentzos 1992; Wulff 1995 etc.) gelten schon fast als historische Sackgasse, weil die Interessenlage hier offensichtlich mächtiger ist als ein ernstzunehmendes Erkenntnis- und Heilungsinteresse. Man kann es auch drastischer formulieren: Da es für die Karriere eines Forschers dienlicher ist, ein neues Gen entdeckt als einen schizophrenen Patienten geheilt zu haben, verliert sich das Interesse am Patienten zugunsten der Tätigkeit im Labor. (Ein Universitätskollege, Psychiater »alten Schlages«, drückte es so aus: »Wir brauchen die Patienten eigentlich nicht mehr für die Forschung, wir brauchen nur ihren Saft.«) Das Junktum von Forschen und Heilen *ist* hier bereits zerstört.

Auch Buchholz (2000) spricht im Zusammenhang mit der Debatte um EST (empirically supported therapy) und der neuen Rechtslage durch das neue Psychotherapeutengesetz von einer »Konfusion von wissenschaftlichem, wirtschaftlichem, juristischem und professionellem Kontext« und zeigt auf, wie vielerorts wissenschaftlich sich gebärdende »Dominanzansprüche im Dienste der Ökonomie« stehen.

These 5

Es löst Psychologie in Medizin auf, Kultur in Gesundheitsfetischismus.

Eine Studentin hat den Wunsch, sich im Rahmen ihrer Diplomarbeit mit etwas zu beschäftigen, was sie zunächst – als Arbeitshypothese – als »heilsame Wirkung des Chorsingens« bezeichnet. Als begeisterte Chorsängerin und engagierte Chorleiterin geht sie dabei von ihrer persönlichen Erfahrung aus. Spontan, im Sinne einer ersten vorwissenschaftlichen Sichtung, geben ihr die SeminarteilnehmerInnen, die alle reichlich Chorerfahrung haben, mit ihrer Vermutung Recht. Bei der Diskussion darüber, wie und mit welchem methodischen Repertoire man diese Hypothese untersuchen könnte, kommt relativ schnell die Frage nach »der Kontrollgruppe« auf. Als ein positiver Aspekt wird zum Beispiel das Gemeinschaftserlebnis beim Chorsingen hervorgehoben. Dann kommt die Frage auf: Aber! Erleben das nicht auch Sportler in ihrem Sportverein? Ob sich wirklich *nachweisen* lässt, dass Singen im Chor heilsamer ist als Blaudrucken in der Frauengruppe? (Man achte hier auf die Komparation, die sich unbemerkt in die Debatte eingeschlichen hat!)

Die Diskussion bewegt sich in diese Richtung fort, ohne dass zunächst das methodische Versatzstück »Kontrollgruppe« hinterfragt wird. Amüsiertes Entsetzen kommt auf, als ich einwerfe, ob denn dann, wenn nachzuweisen wäre, dass Makramée-Knüpfen heilsamer ist als Chorsingen, wir nun alle nicht mehr in den Chor dürften und stattdessen anfangen müssten zu knüpfen oder umgekehrt die, die das Knüpfen lieben, dann singen müssten?

Die Selbstverständlichkeit, mit der in dieser Art methodische Versatzstücke aus dem Methodenrepertoire des herrschenden Forschungsparadigmas in Diskussionen auftauchen, in denen sie, gemessen an der Fragestellung, überhaupt nichts zu suchen haben, macht deutlich, wie sich mit dem herrschenden Forschungsparadigma eine Gestaltlogik über ihren eigentlichen Geltungsbereich hinaus ausbreitet wie die unbeherrschbare Speise im »Märchen vom süßen Brei«.

These 6

Das herrschende Forschungsparadigma neigt zum Totalitarismus oder – psychologischer formuliert – zur Besessenheit

Denken wir dies einmal an dem obigen Beispiel weiter: Die Frage nach einer Kontrollgruppe macht ja nur da Sinn, wo es um ein »Entweder-Oder« geht. Wenn eine Substanz gegen ein fest umrissenes Symptom – unabhängig vom »Träger« dieses Symptoms – besser, schneller, preiswerter, nebenwirkungärmer wirkt, so macht diese Entweder-Oder-Konkurrenz im Vergleich der beiden Substanzen einen Sinn. Im Bereich der Kultur aber ist diese Sichtweise absurd: Was ist »besser«: Malerei oder Musik? Tanz oder Theater? Kirchen oder Denkmäler? Kino oder Fußball? Welch groteske Fragestellung. Der Gestaltlogik des herrschenden Paradigmas in der Medizin folgend kämen wir über kurz oder lang zur Abschaffung der meisten Künste und kulturellen Ereignisse. Auch beim Essen könnten wir – wäre die

optimale Menüfolge einmal »wissenschaftlich nachgewiesen« – auf den Rest der Kochkunst verzichten und müssten uns mit der täglich gleichen optimalen Speisefolge abfinden.

Worin gründet eine solch abstruse Verkehrung? Eine solche Wissenschaft strebt nach Vereinheitlichung, Kultur aber nach Vielfalt. Diese Art der Wissenschaft sucht Endgültiges (De-finitionen), Festlegung, Sicherheit. Die Richtung der Kunst ist Offenheit, Neuheit, Sich-Einlassen auf Unsicherheit. Nicht zufällig führte Bion mit dem Begriff der »negative capability« eine Denkfigur aus der künstlerischen Erfahrung in die psychotherapeutische Wissenschaft ein (vgl. Bion 1990). Der Begriff des englischen Dichters John Keats umschreibt einen psychischen Vorgang, durch den eine namenlos unerträgliche Erfahrung in etwas Fassbares verwandelt wird, dadurch potenziell auch »zur Sprache kommt« und damit wiederum in den Erkenntnisprozess einer Gesellschaft einmünden kann. Die Rolle der Kunst ist bei einem solchen Vorgang ebenso bedeutsam wie die der Beziehung.

Wird das Gesundheitssystem ausschließlich dem Primat der Wissenschaftlichkeit unterstellt, so führt das durch die dieser Gestalt immanente Logik, zu einer Funktionalisierung des Menschen, gerinnt Behandlung zum optimierten Reparatursystem. Krankheit als Krise, Leiden als Erfahrung, Entwicklungsoffenheit, Individuation, Differenz und Scheitern haben darin keinen Platz mehr. Die Vermarktung von Musik, Steinen, Lebensmitteln, Sport zu Gesundheitszwecken macht spürbar, wie dies dann auch den kulturellen Bereich besetzt.

Zeichen dieser Entwicklung sind nicht nur die Phänomene der Musikapotheke, sondern auch Kuriositäten wie die, dass man keinen Stein mehr ersteinen kann, ohne gesagt zu bekommen, wofür oder wogegen er »wirkt«, dass Studien veröffentlicht werden, die nachweisen, dass lesende Menschen länger leben als solche, die nicht lesen, dass Musik machen intelligenter macht, kreative Menschen gesünder sind und vieles dergleichen mehr. Alles wird zur Therapie, Gesundheit zur »Besessenheit«, Lebensprozesse verkehren sich zur Überlebensmaßnahme. Auch wenn einige dieser Beispiele nicht gerade aus dem Bereich der Schulmedizin kommen, so folgen sie dennoch der Logik des herrschenden Paradigmas und steigern es zu einer Funktionalisierung der Kultur wie auch der Natur. Kultur und Ästhetik werden aufgelöst in »gesund«, »hilft gegen...«.

Gelingt es den Künstlerischen Therapien nicht, sich dieser Gestaltlogik zu entziehen, so verlieren sie nicht nur ihre wesensmäßige Immanenz, sondern verfehlen das, was vielleicht auch ihre Aufgabe im Gesundheitswesen ist, nämlich darauf zu beharren, dass das Gesundheitswesen auch ein kulturelles Phänomen ist. Dem Begriff des »wissenschaftlich Anerkannten« ist der des »kulturell Erstrebenswerten« gegenüberzustellen. Das heißt auch, dass der Diskurs über die Fragen der Behandlungen ein gesellschaftlicher Diskurs bleiben muss, an dem mehr Professionen und gesellschaftliche Gruppen beteiligt sein müssen als dies derzeit der Fall ist. Über den hier angesprochenen Bereich der psychologischen Behandlungen hinaus ist dies ebenso wichtig für die Brennpunkte der High-Tech-Medizin, der Genforschung, der Biotechnologie. Anstelle der Verwissenschaftlichung von Kunst und

Kultur sollten wir besser auf die Kultivierung von Wissenschaft setzen. Zwar kann man über Kunst und Kultur auch wissenschaftlich nachdenken, dennoch bleibt die Tatsache bestehen, dass Wissenschaft zu betreiben immer auch ein kulturelles *und* gesellschaftliches Phänomen ist, welches sich als solches nicht rein naturwissenschaftlich betrachten lässt, ohne in einen verengenden Zirkelschluss zu geraten.

These 7

Das vorherrschende Forschungsparadigma zerstört den wichtigen, entwicklungs-offenen Grundsatz medizinischen Denkens, der bisher erfolgreich totalitären Tendenzen entgegenwirken konnte: den Grundsatz: Wer heilt, hat recht.

Neuere Erfahrungen mit Krankenkassen, einschließlich privater Kassen, zeigen, dass dieses Prinzip als Maßstab für die Finanzierung von Leistungen bereits aufgegeben worden ist. Ob ein Patient – auch nachweisbar – durch eine Behandlung geheilt wurde, spielt selbst für die *nachträgliche* Finanzierung dieser Behandlung keine Rolle. Allein entscheidend ist, ob diese Behandlung in Bezug auf diese Diagnose nach Vereinbarung xy als »wissenschaftlich anerkannt« gilt.

Aus Sicht des Versicherungsnehmers als Vertragspartner etwa der privaten Kassen grenzt dieses Vorgehen meines Erachtens oft an Betrug. So werben zum Beispiel viele Kassen damit, dass auch alternative Heilmethoden wie Akupunktur, Manuelle Therapien oder die Behandlung beim Heilpraktiker bezahlt würden. Verschwiegen wird, dass dies aber dann nicht für alle Krankheiten gilt, bei denen dies aus ärztlicher Sicht im Einzelfall indiziert oder zumindest erprobenswert erscheint, sondern eben nur bei den Diagnosen, bei denen diese Verfahren jeweils als »wissenschaftlich anerkannt« gilt. Wer dies wann, wo, wie und warum entschieden hat, was da zum Beispiel bei Eintritt in eine Kasse der Stand der Dinge ist, erfährt der Versicherungsnehmer ebenso wenig wie die jeweiligen Änderungen, die ja im Grunde stets eine Änderung des Vertragsverhältnisses sind. Auch hier zeigt sich die totalitäre Tendenz: Welches andere Vertragsverhältnis im bürgerlichen Recht könnte sich solche Unschärfen und einseitigen Vertragsbestimmungen und -veränderungen erlauben?

Arzt und Patient einigen sich bisweilen in einer Art Gegenbetrug, indem dem Patienten mehr oder weniger deutlich abweichende Symptommennungen empfohlen werden, damit quasi die zu einer bestimmten Behandlung »passenden« Beschwerden in der Rechnung auftauchen können. (»Sie haben doch bestimmt auch manchmal Kopfschmerzen.«) Worüber dann eine anderweitig als sinnvoll vermutete Akupunktur abrechenbar wird. Nicht vorgesehen ist es hingegen, dass sie sich als entscheidungskompetente und mündige Menschen begegnen und verhalten, indem Arzt und Patient sich zum Beispiel einigen, hier einen Versuch zu wagen und neue Wege in der Behandlung eines Symptoms zu beschreiten, von denen etwa der Arzt mit gutem Gewissen sagen kann, dass es »manchmal klappt« und der Patient bereit ist, sich auf diese offen-unsichere Chance einzulassen. Dies gilt auch bei Erkrankungen, bei denen die Heilungsrate der offiziell vorgesehenen Methoden weit

unter 50 Prozent liegen. Natürlich können sich Arzt und Patient in solchen Fällen auch einigen, dass der Patient die Behandlung selbst bezahlt. Das ändert aber nichts an der grundsätzlichen Kritik, um die es mir hier geht. Führt doch diese Situation meist dazu, dass neuere oder sogenannte alternative Verfahren vom Gros der Ärzte gar nicht erst in den Diskurs mit dem Patienten gelangen oder erst dann, wenn Patienten anfangen, entlang ihrer Erkrankungen eigene kleine private Forschungsprojekte (Internetrecherche, Fachliteratur, Betroffenenliteratur) zu starten und den Arzt mit den jeweiligen Ergebnissen konfrontieren. Das aber kann wohl kaum das wünschenswerte Bild des sogenannten mündigen Patienten sein. Aus diesen Gedanken ergibt sich als weitere These:

These 8

Das führt erstens dazu, dass der Diskurs als eines der wesentlichen Insignien von Wissenschaft zum reinen Stempel degradiert wird.

»Wissenschaftlich anerkannt« wird zum Etikett, zum Warenzeichen. Es ist klar, dass dies auch zur Folge hat, dass neuere Behandlungsmethoden, die in vielen Einzelfällen durchaus im direkten Versuch am Patienten, beziehungsweise *mit* ihm, ethisch vertretbar erprobt werden könnten – wie eben auch Künstlerische Therapien – dem Patienten gar nicht erst angeboten werden, da die verordnenden ÄrztInnen die entstehenden Verwicklungen mit den Kassen und den PatientInnen verständlicherweise scheuen.

Durch den zunehmenden Druck, dem die Künstlerischen Therapien seit der Neureglung durch das »Psychologische Psychotherapeutengesetz« ausgesetzt sind, ist zu beobachten, dass das Forschungsinteresse auch in der Musiktherapie-szene sich zunehmend auf die Frage einengt, welche Forschungen zum begehrten »Label« »wissenschaftlich anerkanntes Verfahren« = »Kassenzulassung« führen könnten. Bei einem Kongress der DGMT in Hamburg (2000) fand zunächst ein Fachgespräch im kleineren Kreis und dann eine Podiumsdiskussion zum Thema »Forschung in der Musiktherapie« statt. Als Teilnehmerin des geladenen Fachkreises stellte ich zu Beginn der Podiumsdiskussion den fünfzig bis sechzig MusiktherapeutInnen im Publikum sinngemäß die folgende Frage: »Wenn Sie einmal absehen von der Not des Forschen-Müssens zum Zwecke der Kassenzulassung, was interessiert Sie wirklich, was möchten Sie wissen? Was hätten sie gerne von ‚den Forschern‘ erforscht oder was würden Sie selbst gerne herausfinden?« Trotz mehrfachen Insistierens bekam ich neunzig Minuten lang keine Antwort auf diese Frage.¹

¹ Bezeichnenderweise wird aus der ursprünglich ungerichteten Formulierung des Themas »Forschung 2000« in der Wahrnehmung einer Teilnehmerin, die einen Bericht über die Tagung schrieb, die Frage: »In welcher Weise kann Musiktherapie erforscht werden, damit sie umfassende wissenschaftliche Anerkennung findet?« (Schönhals-Schlautd 2001). Klarer kann man die Zweckorientierung kaum formulieren.

These 9

Und zweitens zur massiven Verfälschung des gesamten epidemiologischen und statistischen Datenmaterials.

Dies gilt zum einen für Beispiele (wie das mit der Akupunktur und den dazu passend »empfohlenen Kopfschmerzen«), die in der ärztlichen Praxis vermutlich völlig alltäglich und von nicht zu unterschätzender Zahl sind. Es gilt aber auch für unseren Bereich der psychotherapeutisch relevanten Erkrankungen und Störungsbilder. Ein eher kurioses Beispiel: In Münster und Umgebung gab es bis zu einem bestimmten Zeitpunkt auffällig wenig Borderline-Störungen. Der einfache Grund war der, dass *der* Psychiatrieprofessor der Münsteraner Universitätsklinik schlicht keine Lust hatte, diese neue Diagnose zur Kenntnis zu nehmen und sie deshalb innerhalb der Universitätspsychiatrie einfach nicht gestellt werden durfte. Das wirkte sich natürlich auch auf die Diagnostik der umliegenden Kliniken und Praxen aus, zumal viele in Münster ausgebildete PsychiaterInnen sich in der Nähe niederließen oder als Chefs der umliegenden Psychiatrien das (Nicht-)Gelernte weitergaben. (Durch den Wechsel des Lehrstuhlinhabers dürfte es inzwischen zu einem sprunghaften Anstieg der Borderline-Störungen im Münsterland gekommen sein.) Aber neben solchen leicht zu identifizierenden Verfälschungen sind bedeutsamer die Verschiebungen, die sich durch die Regulierungen für die Erstattung von Psychotherapie in Abhängigkeit von der Diagnose ergeben. Wird zum Beispiel derzeit eine Zunahme an Depressionen und Angststörungen verzeichnet, so ist überhaupt nicht mehr erudierbar, inwieweit dies ein Artefakt der Tatsache ist, dass Kassenanträge mit diesen beiden Diagnosen eine relativ hohe Erfolgchance haben. Das Ganze wird endgültig zum in sich geschlossenen Irrläufer, wenn Studien, wie etwa nach dem Modell der Psy-BaDo, dann den bei der Behandlung angewandten Verfahren eine hohe Erfolgsquote bescheinigen würden und sich daraus wiederum ergäbe, dass diese Verfahren als besonders indiziert für diese Diagnosen gälten.

These 10

Das vorherrschende Forschungsparadigma verhindert eine Klarheit der Begriffsbildung und das Verstehen von Zusammenhängen in der psychologischen Dynamik von Krankheiten.

Es verhindert erkenntnisfördernde Forschung und minimiert das Interesse junger ForscherInnen an der Entstehung psychischen Leidens und den Bedingungen seiner Linderung oder Heilung. Wenn wir bedenken, welch bedeutsamen Ergebnisse die Forschungen Freuds, die oben erwähnten Therapeuten Benedetti, Kohut und viele andere, die alle *nicht* so geforscht haben, wie es nach dem herrschenden Forschungsparadigma opportun wäre, für das Verständnis seelischer Erkrankungen erbracht haben, von denen *alle* therapeutischen Richtungen de facto weiterhin zehren, so fragt man sich, ob dieses ja durchaus unabgeschlossene Projekt nun versanden soll. An welchen Universitätskliniken gibt es Forschungen zu den

Heilungschancen psychotischer PatientInnen durch langfristige psychotherapeutische Behandlung? Wo finden sich nach den ersten Ansätzen (vgl. Hirsch 1994) weitere Forschungen, die die Alzheimer-Erkrankung als auch psychologisch zu verstehendes Phänomen zu erfassen suchen und daraus therapeutische Umgangsformen entwickeln? Zwar sind inzwischen sinnvolle Umgangsformen konzipiert (vgl. Feil 2009; Kitwood 2004) und haben zum Glück zu einem grundsätzlichen Umdenken in Pflege und Betreuung geführt. Aber während die Alzheimer-Erkrankung immer wieder gerne als Feigenblatt für eine Grundlagenforschung genutzt wird, die ansonsten gesellschaftlich nicht gut akzeptiert wird – wie z. B. die Genforschung – werden alternative Therapieformen zwar als hilfreich angesehen, ihre »Einbindung« in Behandlungskonzepte aber auf einem völlig indiskutablen Level konzipiert².

Wo sind – nach der sinnvollen Ausgliederung der geistig Behinderten aus den Großpsychiatrien – die psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten für diese Menschen, die nachweisbar in großer Zahl auch an psychischen Störungen leiden? Ob zum Beispiel Musiktherapie aufgrund ihrer sprachübergreifenden Möglichkeiten hier eine sinnvolle Form der Psychotherapie sein könnte und welche anderen Formen der Psychotherapie möglich sind, kann trotz ermutigender Erfahrungen (Niedecken 1989; Heinemann/Groef 1997) kaum weiter erforscht werden, weil für diesen Personenkreis einfach keine Psychotherapie vorgesehen ist. Stattdessen fördert es, wie ich im zweiten Teil zeigen möchte, die weitere Ausgrenzung des Leidens aus »der Mitte der Gesellschaft«, die sich gerne auf ewig jung, gesund, schön, strahlend, rein, unbehindert, allzeit funktionstüchtig sähe. Auf diese Behauptung wie die nächsten Thesen werde ich im zweiten Teil näher eingehen.

These 11

Es dient der Verschleierung gesellschaftlicher Zusammenhänge seelischen Leidens.

These 12

Es dient einer zunehmenden Entsubjektivierung und Enthistorisierung des Leidens und der Verschleierung des Primats ökonomischer Interessen.

These 13

Es ist gesellschaftlich und politisch rein affirmativ und verbindet damit notwendige Entwicklungen und Veränderungen.

2 Dettbarn-Reggentin (2011) empfiehlt den Einsatz von Musiktherapie über die neuen Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeheimen (vom 19. August 2008). Diese Richtlinien sind einerseits ein Fortschritt, weil mit ihnen die psychosozialen Bedürfnisse an einer Demenz erkrankter Menschen zur Kenntnis genommen werden. Andererseits würden MusiktherapeutInnen, also HochschulabsolventInnen, damit auf dem Niveau von Pflegehilfskräften angesiedelt.

These 14

All dies liegt vermutlich weniger an den Methoden und Verfahren des Forschungsparadigmas, sondern vielmehr schlicht an der Tatsache, dass es herrscht – und sein Hauptanliegen der Erhalt und Ausbau von Herrschaft – Alleinherrschaft ist.

Auch wenn eine Methodenkritik im Einzelnen ebenfalls nötig ist, so kommt es mir hier eher darauf an, aufzuzeigen, dass die eigentliche Gefahr in den folgenden Aspekten zu sehen ist: in der Verquickung von (wirtschaftlichen und Macht erhaltenden) Interessen und wissenschaftlichem Paradigma, beziehungsweise Methodenfixierung, in der Enkulturation des Gesundheitswesens und ihrem Ausklinken aus dem allgemein-gesellschaftlichen Diskurs, in der totalitär sich gebärdenden Ausbreitung eines Methodenrepertoires über den wissenschaftlich sachgerechten Geltungsbereich hinaus. Dass all dies eher ein Herrschaftsphänomenen ist, als dass es sich hier um eine wirklich wissenschaftliche Auseinandersetzung dreht, zeigt sich auch daran, dass eine Fülle wissenschaftstheoretischer Kritik all dessen ja seit Jahren und Jahrzehnten vorliegt und durch immer neue kluge Veröffentlichungen erweitert wird, ohne dass dies auf die hier beschriebene Tendenz eine Wirkung zu haben scheint (siehe u.a. Literaturverzeichnis des Artikels von Jürgen Kriz).

»Die Theorie entscheidet darüber, was wir beobachten können«, heißt es bei Einstein. Wenn es uns nicht gelingt, die Enge des herrschenden Forschungsparadigmas zu überwinden, werden wir vieles nicht mehr sehen und hören können, was wir für die Weiterentwicklung wirksamer Behandlungen bräuchten.

These 15

Es macht keinen Spaß.

Ich hatte im Vortrag angekündigt, diese »These« in der schriftlichen Fassung wegzulassen, da sie mehr als persönliche Mitteilung unter »Gleichgesinnten« gemeint war. Durch die Resonanz der KollegInnen fühlte ich mich aber auffordert, dies hier so stehen zu lassen, um auch dem Leser und der Leserin die Möglichkeit eines eigenen Echos auf diese Anmerkung nicht vorzuenthalten. Dies soll nun auch in der Neufassung des Buches beibehalten werden. Mir persönlich geht es nämlich tatsächlich so, dass mir die Zähigkeit und Unwissenschaftlichkeit der derzeitigen Wissenschaftsdebatte im Bereich der Psychotherapieforschung bisweilen die Freude an den Fragen der Forschung zu rauben drohte, mit der ich mich zunächst in diesen Bereich begeben hatte. Vor allem das Drängen in unseren eigenen Kreisen auf eine zweckorientierte »Beweisforschung« anstelle einer offenen Forschung, durch die man tatsächlich etwas erfährt, was man noch nicht weiß, drohte mir bisweilen die Lust an der Forschung ziemlich zu verleiden. Diese Forderung hat in den letzten zehn Jahren nach der Veröffentlichung des Buches einerseits zugenommen, andererseits ist aber erfreulicherweise auch eine Zunahme von wissenschaftlichen Veröffentlichungen zu verzeichnen, bei denen der Erkenntnisgewinn selbst und die

Entwicklung angemessener Methoden im Mittelpunkt stehen, wie dies auch die neu in diesen Band aufgenommenen Artikel zeigen können.

Fragt man sich angesichts der Herrschaft des herrschenden Forschungsparadigmas zusammenfassend, welche Chancen die Künstlerischen Therapien darin haben, so können wir zwischen der katholischen und der calvinistischen Variante wählen. In der Stringenz, Strenge und Ehrlichkeit der letzteren Manier, müssten wir unsere Therapien den »erlaubten« Forschungsdesigns anpassen, die StudentInnen in den entsprechenden Methoden ausbilden, das nötige Geld heranschaffen, die institutionellen Rahmenbedingungen herstellen, so dass die entsprechend bereinigten Behandlungen in der entsprechend großen Zahl mit den geforderten Vergleichsgruppen und gemäß den akzeptierten Regeln durchgeführt werden könnten. Abgesehen davon, dass in dieser Aufzählung einige unüberwindliche Hürden eingebaut sind, bin ich mir sicher, dass das Ergebnis dieser Anpassung wäre, dass sich die Wirksamkeit der Künstlerischen Therapien nicht nachweisen lässt, schlimmer noch, dass sie – nun nachgewiesenermaßen – nicht wirken. Ich glaube das nicht etwa, weil ich Zweifel an der Wirksamkeit von – nach allen Regeln der Kunst durchgeführten – Künstlerischen Therapien habe. Aber eben in diesem Einschub, »nach allen Regeln der Kunst durchgeführten«, liegt das Dilemma, beziehungsweise in der Differenz zwischen diesen Regeln und den Regeln des herrschenden Forschungsparadigmas. Diese Anpassung würde meines Erachtens so wesentliche Züge von dem, was tatsächlich wirksam ist, zerstören, dass nichts mehr bliebe. Es wäre, als wolle man die Wirksamkeit homöopathischer Arzneien untersuchen, ließe aber »den Unsinn mit den Verdünnungen und dem Geschüttele« weg.

Der zumindest in der Musiktherapie derzeit bevorzugte Weg scheint der zu sein, alle möglichen dem Forschungskodex entsprechenden Studien anzufertigen, die in irgendeiner Hinsicht irgendetwas mit irgendeiner Wirkung von Musik zu tun haben (wenn auch weder mit dem, was wir in der Musiktherapie tun noch mit dem, was da tatsächlich wirkt), um dann mit Hilfe dieser Studien sagen zu können: »Musik wirkt«. Nach gutem altem Ablassglauben scheint die Hoffnung darin zu bestehen, dass, wenn man eine genügend große Anzahl solcher Ablasszettelchen zur Pforte bringt, man über diesen Weg dann doch Zugang in das Himmelreich »Kassenzulassung« erhält. Der gute katholische Trick dieser Variante besteht darin, zu glauben, man könne daneben in den Behandlungen selbst weiter das tun, worauf man tatsächlich setzt. (In gewisser Hinsicht würde dies dem Vorbild Verhaltenstherapie folgen, die sich in ihrem therapeutischen Vorgehen inzwischen weit von dem entfernt hat, wodurch sie ihre »wissenschaftliche Anerkennung« erworben hat.)

2. Durchführung: Wenn die Musik spricht.

Oder: Warum nur der ein guter Musiktherapeut ist, der nicht spricht.

Oder: Das Forschungsparadigma als Abwehrformation, um Leiden nicht zur Sprache kommen zu lassen

Eine Art Sprechverbot für MusiktherapeutInnen begegnet mir in Supervisionen in letzter Zeit so auffällig häufig, dass man einfach vermuten *muss*, ein System stecke darin. Ein Sprechverbot als Kristallisationspunkt kommt dabei gerade durch den Umstand in den Blick, dass dieses Phänomen in sehr unterschiedlichen Arbeitsbereichen auftaucht:

Ein erstes Beispiel: Eine Musiktherapeutin arbeitet mit Sterbenden. Die Institution, ein Hospiz, scheint froh über diese Ergänzung zu sein. In einer sehr schwierigen Begleitung kommt es nach ein paar Tagen endlich dazu, dass die noch junge, todkranke Frau, die eigentlich gar nichts mehr sagte, über ihre Wut, sterben zu müssen, sprechen kann und darin große Erleichterung findet. Die Musiktherapeutin, selbst sehr bewegt, erzählt dem Pflegepersonal spontan von dieser entscheidenden Wende. Daraufhin kommt es zu einer Krise dieses Arbeitsverhältnisses, in der der Musiktherapeutin gesagt wird, dass sie *das nicht* dürfe: mit den Patienten über den Tod reden, das gehöre nicht zu ihren Aufgaben.

Ein weiteres Beispiel: Ein Musiktherapeut verwendet in seiner Arbeit in der Psychiatrie wie üblich den Austausch von Improvisation und Gespräch. Mit einer Patientin arbeitet er zweimal in der Woche eine Stunde und es kommt in den zehn Wochen der Behandlung zu einer guten therapeutischen Zusammenarbeit. Bei der Entlassung zeigt die Stationsärztin der Patientin einen Brief, den der Ehemann ihr (als behandelnder Ärztin) geschrieben hat. Daraufhin kommt es zu einer so heftigen Krise, dass die Patientin – anstatt entlassen zu werden – auf die geschlossene Station überwiesen werden muss. Die Ärztin ist nun nicht mehr für die Patientin zuständig. Auf Bitten der Patientin selbst nimmt aber der nun zuständige Arzt Kontakt zum Musiktherapeuten auf, obwohl diese Station bisher keine Patienten in die Musiktherapie schickte. Es kommt zu einer Weiterbehandlung durch den Musiktherapeuten. Nach kurzer Zeit kann die Patientin die geschlossene Station verlassen, darf aber nicht wieder auf die erste Station ihres Aufenthaltes zurück, sondern wird auf eine weitere Station geschickt, was wiederum einen Arztwechsel zur Folge hat. Wieder wird von der Patientin der Wunsch geäußert, die Musiktherapie fortzusetzen. Dabei macht sie nun einen entscheidenden »Fehler«, sie sagt nämlich, die *Gespräche* bei Herrn M., dem Musiktherapeuten, seien das, was ihr bisher am meisten geholfen habe. Daraufhin meint dieser Arzt, wenn da Gespräche stattfänden, *dann* sei das ja eine Psychotherapie und stünde in Konkurrenz zu den Gesprächen, die er mit der Patientin zu führen gedenke. Er beklagt sich beim Chefarzt, der – ohne den Musiktherapeuten zu hören – die Reduktion der Musiktherapie von zwei auf eine Stunde die Woche anordnet. Wenn auch natürlich nicht als

direkte Folge nachweisbar, so erscheint dennoch erwähnenswert, dass drei Wochen später, als die Vertragsverlängerung des Musiktherapeuten ansteht, ihm mitgeteilt wird, dass man ihn nicht weiter beschäftigen wolle, seine Arbeitsweise und die der Klinik passten wohl doch nicht zueinander.

Warum bestehen wir als MusiktherapeutInnen eigentlich darauf zu sprechen? Musik ist ein Medium, ist Mittlerin, Bindeglied, ist im Übergang, auf dem Weg. Wenn wir Musik hören oder spielen, sind wir seelisch immer im Durchgang, unterwegs, nicht ganz hier und nicht ganz dort. Musik ist nicht am Ort des Tones. Musik ereignet sich immer im Dazwischen, sie entwickelt sich von Ton zu Ton. Sie geschieht nur zwischen uns und dem, was wir hören, spielen und singen und hören. Und selbst noch der Einzelton ist ein Klangverhältnis zwischen aufeinander bezogenen Schwingungen. Und auch die Schwingung ist als solche ja schon ohne festen Ort, ist ein Unterwegs-Sein. Musik ist in vielfacher Hinsicht nur in Beziehungen, ist ein Phänomen zwischen Menschen und tönt von Verhältnissen – zwischenmenschlichen wie »innerseelischen«, Weltverhältnissen, Erlebensverhältnissen. Musik kann Engramme der Verinnerlichung aufgreifen, die im Zwischenraum von Leiblichem und Sprachlichem verinnerlicht sind und möglicherweise nur so ihren Ausdruck finden können (vgl. Tüpker 2002).

Musik als methodisch eingesetztes Mittel der Psychotherapie ist so etwas wie ein zweiter Vermittlungsversuch. Das, was nicht in Konsens kommen konnte zwischen Menschen, was nicht Sprache werden durfte, was ausgegrenzt, isoliert blieb, oder ausgestoßen, exkommuniziert, privatisiert wurde, das können wir mit der Musik versuchen wieder einzuholen, symbolisierbar zu machen: im eigenen Selbst und durch und für andere. Damit ist die Musik notwendigerweise und zugleich potenziell immer auch im Sprung, im Übersetzen zur Sprache. Nicht, dass es Sprache werden müsste, nicht, dass ich die Bedeutung des Wortes hier überschätzen würde, oder für wichtiger, besser, klüger, realitätsnäher oder was auch immer hielt. Darum geht es hier nicht.

Es geht vielmehr darum: Wenn dieser Übergang, das Durchfahren, das Übersetzen, verboten, blockiert, abgeschnitten oder sabotiert wird, dann wird damit auch die Musik selbst ihrer Übergangsqualität beraubt, der Träger auf halbem Wege aufgefordert, das Wasser zur Quelle zurückzutragen. Das Seelische, welches im Musik-Sein eine Form gewinnt, die zur Sprache ansetzt, wird im Sprung zurückgeworfen in die Nicht-Kommunizierbarkeit. So gesehen spricht der Musiktherapeut gar nicht freiwillig. Das Seelische zwingt ihn dazu. Er kann nicht anders³.

Warum aber sollen wir *nicht* sprechen? Wo kommt der Argwohn gegen das Sprechen des Musiktherapeuten her? Eine Verstehensmöglichkeit ist die: Solange die

3 In meinen Forschungen zur Musik im Märchen begegnete mir als ein struktureller Typus die Musik als eine Gestalt, die ein unentdecktes Verbrechen über Jahre bewahrt, dann einen Musiker als Mittler findet, durch den das Verbrechen dann doch offenbar wird. In den Märchen geschieht dies dadurch, dass ein Instrument, welches z. B. aus dem Knochen des Ermordeten hergestellt wird, das Geschehene »singt«. Musik und Sprache sind dabei eins, der Musiker kann mit diesem Instrument nicht anders als das Geschehene zu offenbaren (vgl. Tüpker 2011).

Musik sprachlose Bewahrerin dessen ist, was aus dem Konsens ausgegrenzt werden soll, solange sie in ihrer (vermeintlichen) Sprachlosigkeit bleibt, scheint es gut. Solange die Musik tönt und darin verschweigt, steht man ihr freundlich gegenüber.

Solange der Musiktherapeut verspricht, über das, was er in und mit der Musik über das Ausgegrenzte und über die Gründe des Ausgrenzens erfährt, zu schweigen, seltsamerweise vor allem mit und gegenüber dem Patienten zu schweigen, darf er dort im Keller seines Therapieraumes – in der Unbewusstheit des Nicht-zur-Sprache-Kommens – mitsamt der Wucht des Leidens bleiben. Im Wissen darum, dass das Exkommunizierte letztlich nicht ohne Aufsehen völlig vernichtet werden kann, ist man sogar froh über den Musikus, weiß man das Verbannte in seinem Keller doch sicher verwahrt. Drängt es aber aus dem Keller in die oberen Geschosse, das heißt, maßt es (das Verbannte), maßt er (der Musiktherapeut) sich an zu sprechen, zu übersetzen, so wird dies sofort als das erkannt und bekämpft, was es auch ist: nämlich der Versuch, das Ungewollte zurückzutragen in die Sprache, und damit in die gemeinsame Wirklichkeit, ins Verstehen und in Teilhabe.

Das zu verhindern gelingt vorzüglich, indem das Ausgegrenzte aufgefordert wird, sich in die Sprache des derzeit herrschenden wissenschaftlichen Paradigmas zu übersetzen. Wenn vielleicht nicht im bewussten Wissen, so dennoch in der Gewissheit, dass es sich in *dieser* Übersetzung schon totlaufen wird oder – wenn nicht dies, sich doch zumindest so verformen wird, dass die Eigenlogik seiner ursprünglichen Gestalt nicht mehr erkennbar ist oder sich zumindest dem Erkennen nicht mehr unerträglich aufdrängt.

Findet hingegen das Ausgegrenzte über sein Gehört-Werden in der Musik zu einer ihm gemäßen Sprache, die zwar ungewohnt ist, aber immerhin trotzdem noch so bekannt, dass das Erkennende sich ihr nicht ohne weitere Maßnahmen verschließen kann, so reagiert das System mit Gewalt, indem es das Übersetzen in Sprache, das Umgewandelt-Werden in Verstehen schlicht und ergreifend verbietet, dienstrechtlich, berufsrechtlich, gesundheitsrechtlich oder noch einfacher durch die Macht des Zugangs zu den finanziellen Mitteln.

Es ist auffällig, dass dort, wo solche Sprechverbote entstehen, das Sprechen über das Leiden durchaus nicht anderenorts, also in der Gesprächstherapie, im Arztgespräch, geschieht. Nein, die Patienten erhalten stattdessen die Anweisung, jetzt »endlich ihre Probleme hinter sich zu lassen«, »nicht mehr daran zu denken«, sondern sich hier in der Klinik »jeden Tag mal 'was Gutes zu tun« und ansonsten besser zu planen, wie es weitergehen soll. Im Mittelpunkt der Behandlung steht das Medikament oder zum Beispiel die Elektrokrampftherapie. Die Krankheit wird zunehmend als organischer Defekt aufgefasst und der Zusammenhang zum eigenen Leben, zur eigenen Geschichte ignoriert (Enthistorisierung). Ignorieren ist aber hier kein Passivum, sondern Täter: Von dem aus, was erstmals ausgegrenzt blieb, interpretiert sich jedes beziehungsvolle Nicht-Bemerken im Patienten als Verachtung, Abneigung, Geringschätzung, ja Hass.

Die einst progressiven Ansätze der Sozialpsychiatrie kondensieren in den meisten Psychiatrien zu einer Verdünnung, in der das Wieder-Funktionieren wichtiger

ist als die Frage des Leidens. Vereinfacht und zugespitzt: Wenn der Patient aufhört, über seinen Wahn zu reden oder sich seine Depression ansehen zu lassen, und wieder arbeiten kann, dann ist die Frage, ob er weiterhin oder noch mehr leidet, unerheblich. Diese Verdünnung der ursprünglichen Ideen der Sozialpsychiatrie, gepaart mit einem biologistischen Forschungsinteresse, raubt den Behandelnden das Interesse an der Geschichte, an der je besonderen Art und Weise des Leidens der ihnen Anvertrauten. Diese wiederum erleben das auch – und zwar berechtigterweise – als ein Desinteresse an ihnen als Person, als Subjekt. Die Bestimmung des Patienten als biologisches Funktionsgefüge einerseits und als Schnittmenge sozialer Bezüge andererseits führt zu einer Entsubjektivierung, die sich notwendigerweise auch im Patienten selbst wiederfinden wird. In einem gewissen nicht näher bestimmbar Maß wird der Patient das, als was wir ihn – auch wissenschaftlich – ansehen.

Ergänzend möchte ich hier aus dem Kommentar M. Hampes zu Forschungsstudien zur Langzeitwirkung der Psychoanalyse zitieren:

»Es ist jedoch wichtig, sich vor Augen zu halten, dass die Beschreibungen, die in Heilungsberufen tätige Menschen von den Heilung suchenden Menschen geben, sicherlich die *Selbstbeschreibungen* der Menschen beeinflussen. Wenn aufgrund vereinfachter wissenschaftstheoretischer und ethischer Sichtweisen diejenigen Therapieformen begünstigt werden, die Menschen als *Funktionssysteme* beschreiben, in denen es zu mehr oder weniger leicht behebbaren Funktionsstörungen und -ausfällen kommen kann (etwa in Orientierung an der Computermetapher, wie sie in der kognitiven Psychologie verbreitet ist), so werden sich Menschen in Zukunft sicher auch selbst mit größerer Wahrscheinlichkeit als solche Funktionssysteme beschreiben und vor dem Hintergrund dieser Selbstbeschreibungen entsprechend sozial zu einander verhalten. Insofern steuern Entwicklungen im öffentlichen Gesundheitswesen, die bestimmte Therapieformen begünstigen und andere eher an den Rand drängen, auch die Selbstbeschreibungen und das an diesen Selbstbeschreibungen hängende Sozialverhalten von Menschen« (Hampe 2001, 335).

Nun komme ich zu einem etwas ausführlicheren Beispiel: Ein Student (Musiklehrer mit 1. und 2. Staatsexamen, also durchaus kein junger Spund) stellt in der Supervision eine Praktikumserfahrung vor mit der Frage, wie man mit einer Situation, wie er sie gerade erlebt hat, umgehen könne. Der Musiktherapeut, sein Mentor, arbeitet unter anderem in einer Einrichtung für psychisch Kranke, in der (ehemalige) LangzeitpsychiatriepatientInnen betreut werden. Er arbeitet dort seit drei Jahren, jeweils einen Vormittag in der Woche mit einer Gruppe von etwa fünfzehn PatientInnen. An dieser Stelle muss man sich eigentlich schon korrigieren, denn es sind eigentlich gerade keine PatientInnen, da sie zwar Arbeitstherapie, Bewegungstherapie oder Musiktherapie »bekommen«, aber zugleich nicht behandelt werden dürfen. Doch davon später. Die Gruppe ist seit drei Jahren relativ stabil, jetzt sind zwei neue Frauen hinzugekommen. Die Ziele habe der Musiktherapeut, so der Student, so formuliert: Nachsorge, Resonanz erfahren, aktuelle Konflikte

austragen, Einsamkeit und Isolierung überwinden. Ziel des Konzeptes insgesamt ist das, was die Sozialpsychiatrie unter dem Stichwort »Integration« – nun zögere ich wieder – zusammenfasst, verbirgt, kaschiert ...?

Der Ablauf des Musiktherapievormittages – von 9.30 bis 12.30 besteht – grob umrissen – aus Teil 1: Es werden mitgebrachte CDs gehört. Diese werden Anlass für Weiteres – die Menschen sollen »aushalten lernen«, dass andere einen anderen Musikgeschmack haben als sie selbst. Dann folgt die Kaffeepause. Wenn einige das schon bis dahin nicht aushalten, gibt es dazwischen noch eine Rauchpause. Es folgt Teil 2: Es werden Lieder gesungen. Eine gemeinsame Liedermappe ist mit der Zeit aus der Gruppenarbeit erwachsen. So sind es die »Lieder der Gruppe« geworden. Auch das kann Anlass für Weiteres werden.

Ich will dieses Setting hier nicht weiter diskutieren, auch in der Supervision war dies nicht das Thema. Vielmehr möchte ich – wenn auch verkürzt – damit herausstellen, was das Seelische mit einem solchen Angebot macht. Was es »anlässt«, in Gang setzt, in Bewegung bringt. Was sich – so aufgerufen – einstellt:

Der Student erzählt: Frau M., eine stille, rundlich-mütterlich wirkende Frau, Ende 40, relativ neu dabei, nimmt die mitgebrachte CD zum Anlass, aus ihrem Leben zu erzählen: von ihren Kindern, die man ihr weggenommen hat und davon, dass ihre Mutter ihr das Pfeifen und Singen verbot. Sie steht auf und pfeift ein Lied – »in einer Haltung wie eine Opernsängerin«, sagt der Student. Der Musiktherapeut, berichtet er weiter, hat sie dann »gebremst« und in der Pause mit ihr allein geredet. Aber so leicht lässt sich das nicht bremsen. Nach der Pause singt sie eindrucksvoll mit aggressiver, fast schreiender Stimme ein Lied (einen sehnsuchtvollen Schlager aus den sechziger Jahren). Der Musiktherapeut bremst sie wiederum. Sie drohe sich darin zu verlieren, das mache der Gruppe Angst, lautet die Erklärung für den Praktikanten.

In der darauffolgenden Woche meldet sich Frau M. krank.

Frau S., als Borderline-Störung diagnostiziert, ist auch relativ neu in der Gruppe. In der Akte steht ein Hinweis auf »Gewalterfahrungen«. In der Gruppe bleibt sie zunächst unauffällig. Der Student lernt sie in der Pause näher kennen. Sie setzt sich neben ihn, meint, er und sie würden ja vielleicht ähnliche Musik mögen, weil sie in etwa gleich alt seien. Sie sei Jahrgang 64. Der Student meint, das könne er sich gut merken, denn seine beiden Brüder seien Jahrgang 63 und 65, da liege das genau dazwischen. Daraufhin erzählt die Patientin, sie habe eine Schwester und vier Brüder. Zu denen habe sie keinen Kontakt, denn von den Brüdern sei sie vergewaltigt worden.

Völlig unvermittelt bricht diese Mitteilung da hinein. Ein Knall, Peng. Stille. Fast glaubt man, sich verhört zu haben. So auch noch einmal jetzt in der Supervision.

In der Situation selbst versuchte der Student mit einigen unbeholfenen Worten so etwas wie eine Resonanz, was aber nicht gelingt – vielleicht auch nicht gelingen kann – und nicht weiterführt. Frau S. redet über anderes weiter als sei diese

Mitteilung nicht gewesen. Jetzt in der Supervision sagt der Student: »Ich wollte dann nicht weiter in sie dringen.«

Es ist nicht ganz leicht aufzuzeigen, was diese Szene für mich mit der Frage des herrschenden Forschungsparadigmas zu tun hat. Möglich ist dies nur über die Psychodynamik dieser letzten Szene. Psychologisch lässt sich ganz gut verstehen, was da geschieht. Im Sinne des Smalltalks – aber natürlich nicht zu trennen von dem, was durch die Musik, Frau M.s Auftritt und Erzählung in Bewegung gesetzt und fast zugleich gebremst wurde – leitet Patientin mit einem Satz ein, der auf eine vermutete, erfragte, erhoffte Gleichstimmung mit dem Studenten setzt: »gleicher Jahrgang – gleicher Geschmack?« Klingt wie beim Wein. »Aushalten-Lernen, dass andere einen anderen Geschmack haben«, wird hier in der Gegenbewegung als Wunsch nach verbindendem Gusto und Herkunft fortgeführt. Als Übertragungsangebot könnten wir das auch als Versuch der Beziehungsaufnahme auf der Ebene der Geschwisterlichkeit verstehen. Der Student versteht das (unbewusst) irgendwie richtig und antwortet, sich selbst etwas absetzend, mit seinen beiden Brüdern, stellt die Patientin dazwischen. Da reißt das harmonische Gefüge schlagartig, die Patientin denkt, vielleicht besser gesagt, es fährt in sie: »Zwischen Brüdern? – Vergewaltigung!«

Der Topos »Geschwisterlichkeit« kippt unvermittelt in den Topos »männliche Gewalt«. Als seien »Geschwisterlichkeit – Gewalt«, »Herkommen – Vernichtung«, »Wohlgeschmack – Ekel« die zwei Seiten einer Münze. Dreht man sie auf der Kante und sieht zunächst auf die eine Seite, so kann sie doch unvermittelt auf der anderen landen. Der Student kennt das nicht, diese ungetrennte Kehrseitigkeit von Geschwisterlichkeit und Gewalt. Er fühlt sich von der ungewohnten Wucht dieses Umschlagens getroffen, überfordert, weiß nicht, wie er reagieren soll. Seine Fähigkeit zur Resonanz ist von diesem plötzlichen Knall überfordert. Wie könnte es auch anders sein. In der Supervision gibt er in dem ergänzenden Satz (»schon als ich ihn aussprach, wollte ich ihn gerne zurücknehmen«, sagt er später) zugleich zu erkennen, dass er das Übertragungsgeschehen dennoch richtig interpretiert hat, wenn ihm dies auch verständlicherweise in der Situation nicht bewusst werden konnte. Als Dialog formuliert könnte es etwas so lauten: »Können wir Geschwister sein?« – »Als Schwester wären Sie zwischen meinen beiden Brüdern.« – »Zwischen Brüdern? Das kenn' ich. Da wird man vergewaltigt!« – »Nein, nein, so bin ich nicht. Diese Übertragung will ich nicht.« (»Ich wollte nicht weiter in sie dringen.«)

Die Möglichkeiten eines weiterführenden therapeutischen Umgangs mit einer solchen Übertragungssituation, sind hier nicht das Thema und die Unerfahrenheit des Studenten nicht das wirkliche Problem dieser Szene. Vielmehr stellt sich die Frage, wie es denn wohl zu dieser *Wucht* kommt, auf die Resonanz nicht möglich ist? Wieso muss sich das Seelische zusammendrängen in einen Knall, der nur in der Pause kurz explodieren kann. Das gibt schon einen Hinweis. Es muss in den sogenannten Therapien an der Ausbreitung in Resonierbares behindert worden sein. Und das nicht erst seit eben.

Auch dieser Musiktherapeut unterliegt nämlich einem Sprechverbot, erfahren wir. In diesem Fall einem speziellen: Er darf nicht »biographisch« arbeiten, wie es im Therapeutenjargon heißt. Er darf zwar Konflikte bearbeiten, aber nur aktuelle und auch nur *im* Aktuellen (Enthistorisierung). Außerdem wird er von den übrigen Kollegen, die hauptsächlich Arbeitstherapeuten sind, um die (scheinbaren) Freiräume, die seine Therapieform bietet, beneidet, und muss demzufolge darauf achten, dass seine Behandlung keine von außen wahrnehmbaren Nachwirkungen hat, denn sonst fragt die Chefin drohend: »Was haben Sie denn schon wieder mit dem gemacht, der war so unruhig. Immer, wenn der bei Ihnen war, schafft er sein Arbeitspensum nicht.«

Der Musiktherapeut soll also ein Seelisches behandeln, welches nach hinten und nach vorne abgeschnitten wird. Jetzt versteht man das Bremsen, und auch den Knall. Akustisch kann man aus einem Klang einen Knall machen, indem man ihm vorne und hinten etwas abschneidet. Die Musik, so unmethodisch sie hier auch im Grunde genommen eingesetzt wird, bewirkt offenbar dennoch seelische Bewegungen und Bewegtheiten. Sie holt etwas hervor (Frau M. erzählt aus ihrem Leben). Das scheint bei diesem Setting einerseits fast erstaunlich, zeigt aber zugleich: Wenn man dem Seelischen etwas anbietet, was auch nur im Entferntesten so etwas ist wie ein offener seelischer Raum, dann sucht es sich darin seinen Ausdruck, sein Lied, seine Inszenierung, seine Sprache.

Das aber ist verboten. Es muss gebremst werden. Die Bewegung wirkt weiter, in den Nachmittag hinein, auch das darf nicht sein. Wo soll das hin? In die Pausen. Wie soll die Musiktherapie da wirken?

Das wirkt eher wie ein bulimisches Modell: In einem ständigen Kampf von zu viel und zu wenig, von rein und raus, muss sich der Organismus von dem, was dazwischen noch hängen bleibt, ernähren (»zum Kotzen«).

Aber es zeigt sich noch ein weiterer Bedeutungszusammenhang, in dem das Ganze steht: In der Supervision wird von anderen StudentInnen gefragt, wer denn dann für diese PatientInnen die Psychotherapie mache. Es stellt sich heraus, dass niemand das tut. Psychotherapie ist für diese Patienten nicht mehr vorgesehen. Sie sind aus ihrem Patientenstatus entlassen, »austherapiert« (wäre auch ein Vorschlag für das Unwort des Jahres gewesen). Es gibt für sie keine Psychotherapie mehr und ich bin mir fast sicher, für die meisten dieser PatientInnen hat es sie nie gegeben. Ihre Behandlung wurde aufgegeben, bevor sie stattfand.

De facto hat das Qualitätsmanagement dieses Gesundheitssystems diese Menschen nämlich schon längst als unverdaulich ausgespiesen, und eigentlich hatten sie nie eine zweite Chance. In den Psychiatrien, in denen sie waren, wurden die verschiedenen Medikamente an ihnen erprobt, ihre Stoffwechselproduktion wurde für die Forschung vermessen, ihre DNS-Stränge gezählt und in die Statistik eingearbeitet. Verschiedene Ärzte haben sich an ihnen ihre Zusatztitel erworben und einige ihre wissenschaftlichen Weihen. Eine regelrechte Psychotherapie findet nämlich in unseren Psychiatrien fast nicht mehr statt. »Biographisches Arbeiten« ist auch dort verpönt, stattdessen gibt es Realitätsorientierungstraining, Arztgespräche,

Visiten, gute Ratschläge. Nach einem mehrmonatigen konzeptlosen Hier-etwas-dort-etwas, fällt dann meist irgend jemandem auf, dass Herr X. oder Frau M. nun doch schon recht lange in der Klinik sind und jetzt eigentlich wieder »in den Alltag integriert« werden müssten. Haben diese Patienten diese Art der Behandlung einige Male durchlaufen – übrigens »landen« sie dabei fast nie bei den gleichen Behandlern, die Psychiatrien scheinen hier tatsächlich ein methodisches Prinzip zu haben, welches da lautet: Nur keine Kontinuität aufkommen lassen (Stichwort: Geschichtslosigkeit) – so gelten sie als unheilbar und dann werden sie nun endgültig »integriert«.

Integriert heißt dabei: Da es auf dem freien Markt für sie keinen Wohnraum gibt, siedelt man sie in Wohnheimen oder in betreuten Wohngemeinschaften an. Da es de facto keine Arbeit für sie gibt, kommen sie in die Arbeitstherapie. Und damit dieser ganze Schmu nicht so auffällt, wird dabei auch noch so getan, als wäre diese Arbeit irgendeinem Produktionsdruck unterworfen, was sie natürlich in Wirklichkeit überhaupt nicht ist. Deshalb haben die Arbeitstherapeuten das Gefühl, sie dürften den Patienten nicht zuhören, denn die müssten ja arbeiten und beneiden dann den Musiktherapeuten (s. These 13).

Ähnliche Verkehrungen finden wir auch in manchen Förderschulen, in denen bisweilen durch einen zunehmenden Leistungsdruck personenzentriertes Arbeiten, sei dieser nun erzieherisch oder therapeutisch, in Konkurrenz zu aufoktroieren sachbezogenen Lernzielen gerät, auch wenn diese entweder gar nicht erreicht werden können oder ins Leere gehen werden, weil auch diesen Menschen eine reguläre Arbeitstätigkeit voraussichtlich gar nicht angeboten werden wird. Schlimmstenfalls werden dann vorhandene Entwicklungsmöglichkeiten verfehlt für ein Zurechtmachen auf einen Arbeitsmarkt hin, den es nicht gibt.

Wenn wir Forschungsmethoden hätten – und wir haben sie ja –, wenn also Forschungsmethoden zugelassen und weiterentwickelt würden, die in der Lage sind, solche Szenen und das System, in dem sie sich als letzte Verwandlung einer langen Suchbewegung generieren, zu erforschen, und zwar ergebnisoffen zu erforschen, dann hätte das Folgen. Allerdings – so fürchte ich – Folgen, die niemand will: Weil sich damit das komplette System der psychischen Versorgung in seiner ganzen zynischen Fratzenhaftigkeit offenbaren würde: der Fratze der Ausgrenzung der Qualität der Subjektivität zugunsten der endgültigen Unterstellung des Menschen unter seine Verwertbarkeit als ein Teil des Versuchs der endgültigen Verwandlung der Subjekte in Humankapital und der möglichst kostengünstigen und unauffälligen Verwahrung der Reste. Die Musiktherapie hat dabei die Aufgabe, dies klangvoll zu verschweigen.

3. Ausklang: Beispiel für eine andere Art der Forschung

Dass es aber durchaus auch Forschung gibt, in der das Junktim von Forschen und Heilen gewahrt bleibt, beziehungsweise ein Zugewinn an Verstehen menschlichen Leidens möglich ist, möchte ich abschließend an einem kleinen Beispiel aufzeigen, welches mir im Rahmen eines Seminars zur Betreuung der Diplomarbeiten des Studiengangs Musiktherapie an der Universität Münster gerade vorgestellt wurde. Zum Symposium hatte ich dieses Beispiel auch mitgebracht, um nach allem »Pauke-Schlagen« einen hoffnungsvolleren Ausklang zu finden und zu zeigen, dass Forschung so auch durchaus Spaß machen kann (wenn auch viel Arbeit).

Während des Symposiums hatte ich zunächst folgende Textsammlung gezeigt und die TeilnehmerInnen um Assoziationen, Einfälle und ihren spontanen Eindruck gebeten.

- A. Das Alleinsein macht traurig. Selbst in der unendlichen Weite kann kein Kontakt aufgefunden werden. Gibt es nichts, was Begegnung ermöglicht?
- B. Aus einem Innenraum schaue ich von oben auf eine grenzenlos graue Landschaft: Nebel hüllt sie ein, sie ist wie weg. Ich fühle mich angenehm allein und traurig. Gibt es Hoffnung auf Veränderung?
- C. Der Druck einer fremden Macht verhindert Leichtigkeit und Leben. Ohne eigenen Willen ist das erzwungene Akzeptieren der einzige Weg. Für immer?
- D. Eine fremde Macht verhindert Selbständigkeit. Ist Veränderung des endlosen Zustandes unmöglich?
- E. Einsame Personen verlieren sich immer mehr in der Unendlichkeit. Gibt es Orte ohne Bedrohung, wo Freude im Leben herrscht?
- F. Das Leben ist ein Kampf durch die Bedrohung, es gibt keine Beziehung und Harmonie. Es bleibt die Flucht vor dem Leben in Unwirklichkeiten, in die Endlosigkeit. Wo ist das Normale am Leben?
- G. Eine einsame Gestalt wird in dunkle, geheimnisvolle Tiefen gezogen. Sie wehrt sich dagegen, will ans Licht und die Schönheit des Lebens genießen.
- H. Es ist ein trauriger Frühling. Das Vorwärtskommen ist anstrengend und geht nur langsam. Wo ist die Leichtigkeit des Frühlings?
- I. In einem dunklen Raum gibt sich jemand seiner schmerzenden Traurigkeit hin. Eine Veränderung scheint unmöglich, da keine Ansatzpunkte für eine Lösung bestehen. Wo ist Sommer zu finden?
- J. Bewegung in Isolation dreht sich im Kreis, ist endlos und monoton. Innehalten ist keine Lösung. Wo sind Bewegungsfreiheit und innere Leichtigkeit?
- K. Etwas fesselt die Figuren, macht Bewegung und Veränderung unmöglich. Starrheit verursacht das Leiden, aus dem es keinen Ausweg gibt. Wo ist das Normale im Leben?
- L. Etwas Zartes versucht sich einzukapseln, wird aber von Auflösung in Unendlichkeit bedroht. Gibt es etwas, was das Gefangensein in der traurigen Eintönigkeit beenden kann?

Bezeichnenderweise beziehen sich alle Einfälle der SymposionsteilnehmerInnen wie selbstverständlich auf ein Ganzes und nicht auf einzelne Texte: »Als hätte eine Gruppe von Menschen *ein Musikstück* gehört und dann gesagt, was dabei in ihnen bewegt wurde. Denn: Alle Texte haben eine gewisse Ähnlichkeit, sind aber nicht ganz gleich« (Marianne Eberhard-Kaechele).

Eine *ungleichgewichtige Polarität* der Texte fällt auf: Die eine Hauptfigur erinnert »an depressive Patienten«, die Gegenfigur an »ressourcen-orientierten Therapeuten« (Jürgen Kriz) oder lässt an Haikus denken mit »einer Ausgangssituation und einem Kontrapunkt« (Eckhard Weymann).

Und natürlich springen *die vielen Fragen* ins Auge: »Es ist immer eine Frage möglich« (Anna-Dorothea Brockmann).

Die Einfälle fanden ihren Abschluss in einer Erzählung Rudolf zur Lippes, der an eine Tolstoi-Novelle denken musste, deren letzten Teil er just an diesem Morgen im Radio gehört hatte, »Tod des Iwan Iljitsch«: »**Da wurde die Novelle eines Lebens** dahin gesteigert, dass das ganze Leben in den letzten Stunden vor dem wirklich eintretenden Tode plötzlich die Frage aufkommen lässt: Wie wäre denn richtig zu leben gewesen? Und diese Frage hat im Leben nicht stattfinden können, weil man sonst hätte einräumen müssen, dass es falsch war. Und um zu verteidigen, dass es so irgendwie geht und richtig ist, ist die Frage unterdrückt worden und dann ist die wirklich große Erlösung: diese Frage zu finden – und das genügt eigentlich.«

Die vorgetragenen Texte stammen aus einer Untersuchung, die nach einer vertieften und erweiterten Verstehensmöglichkeit somatoformer Schmerzstörungen fragt, wie sie sich durch das Musizieren in der Musiktherapie (das Malen in der Kunsttherapie etc.) der psychologischen Wissenschaft bietet. Die deutlich erlebbare Gestaltverwandtschaft und gestische Ähnlichkeit der Texte ist insofern erstaunlich, als es sich um die – methodisch sorgfältig kontrollierten – Zusammenfassungen der Beschreibungen von zwölf verschiedenen musikalischen Improvisationen durch zwölf verschiedene Menschen in unterschiedlichen Beschreibergruppen handelt, die diese Musiken ohne jegliche Vorinformationen vom Band hörten.

Die Fragestellung der Arbeit von Jana Maria Krapf⁴ (2001) lautete, ob es Ähnlichkeiten in den verschiedenen Erstimprovisationen von psychogen chronischen Schmerzpatienten gibt. Falls ja, welche Eigentümlichkeiten und Besonderheiten bezüglich einer vergleichbaren seelischen Struktur dabei zur Geltung kommen und welche Erkenntnisse über Sinn und Bedeutung dieses Leidensbildes sich daraus ableiten lassen (ebd., 46).

Die Fragestellung der Arbeit war für die damalige Studentin während eines Praktikums bei einer Musiktherapeutin entstanden, die in einer Ambulanz und Poliklinik für chronische Schmerzpatienten arbeitet. Untersucht wurden die Erstimprovisa-

4 Die Untersuchung floss in die später erstellte Dissertation der Autorin ein. Sie wird im Rahmen des Artikels Kalle-Krapf, Kunkel, Reichert vorgestellt. Alle drei Dissertationen, wie auch die noch nicht abgeschlossene von Heike Signerski, widmen sich dieser Frage des vertieften Verstehens durch die Möglichkeiten des musikalischen Improvisierens bei unterschiedlichen Krankheitsbildern.

tionen von zwölf PatientInnen mit der Therapeutin. (Zu den psychologischen Voraussetzungen bezüglich des musiktherapeutischen Settings, auf die hier nicht eingegangen werden kann, vgl. Tüpker 1996, 85 ff) Die Stichprobe entstand durch das zur Verfügung stehende Zeitfenster und entsprach weitgehend dem allgemeinen Durchschnitt der Klientel der Abteilung. Diagnose war »chronischer Schmerz ohne feststellbare körperliche Ursache«. Alle Improvisationen entstanden ohne Vorgaben oder ein »Thema«. Es handelte sich in allen Fällen um die erste Improvisation. Die Untersuchung gliedert sich in zwei größere Abschnitte: die (musikwissenschaftliche) Analyse der musikalischen Formenbildung der Improvisationen und die (psychologische) Untersuchung der »Wirkungsgestalt« durch das morphologische Verfahren der Beschreibung.

Die musikalische Formenbildung

Die Frage, ob sich in den Improvisationen von einer musikimmanenten Analyse her Ähnlichkeiten aufweisen lassen, konnte eindeutig positiv beantwortet werden. Dies bestätigte sich auch in der späteren Arbeit, in der entsprechendes Material von unterschiedlichen TherapeutInnen untersucht wurde (vgl. Kalle-Krapf 2007). Methodisch wurden dazu zunächst alle zwölf Improvisationen einzeln anhand bestimmter musikalischer Kategorien analysiert (Instrumentenwahl, Melodik, Rhythmik, Harmonik, Dynamik, Klang, Dauer, Form, Aufbau, Beziehungsgestaltung und Beteiligung der beiden SpielerInnen). Durch die der Arbeit beigelegte CD mit allen Beispielen ist dies im Einzelnen überprüfbar. Diese Einzelanalysen wurden dann miteinander verglichen. Dabei kann Krapf nachweisen, dass sich in allen Improvisationen Ähnlichkeiten und charakteristische Formenbildungen nachweisen lassen (Krapf 2001, 71). Nach der Darstellung der vergleichenden Untersuchung anhand der oben angeführten Kategorien kommt sie zusammenfassend zu einer Zuordnung der wesentlichen Aspekte unter zwei Perspektiven, die sich zugleich in einem paradox anmutenden Verhältnis zeigen: dem eines Mangels an Vorhandensein oder Durchsetzung eigener Impulse und der gleichzeitig vorhandenen Tendenz, sich nicht verschmelzend im Spiel zu verlieren, welches sie als Streben nach eigenem Empfinden und Präsenz interpretiert (ebd. 72).

Mangel an Eigenem

versus

Streben nach eigenem Empfinden

Untertauchen

Dynamik sehr leise

Keine eigenen Bereiche

Keine neuen Impulse

Wenig Ausdruck

Keine Mannigfaltigkeit

Nebulöser Eindruck

Präsenz

Tonwiederholungen

Dichtes Spiel ohne Phrasierungen

Impulse des anderen werden kaum aufgenommen

Keine Verschmelzungen

Kein Instrumentenwechsel

Zur Verdeutlichung möchte ich hier nur einige Aspekte aus der in der Arbeit selbst ausführlicher und genauer dargestellten Analyse der musikalischen Formenbildung zusammenfassend darstellen, deren Eigenart sich für mich auch vor dem Hintergrund hunderter anderer Improvisationen erschließt, die ich im Zuge verschiedener Lehr- und Forschungstätigkeiten gehört habe.

1. So entspricht es nicht im geringsten dem, was wir von einer durchschnittlichen gemischten Klientel her kennen, dass sich hier über die Hälfte der PatientInnen aus dem großen Angebot der in der Musiktherapie üblichen Instrumente die Leier mit ihrer Anmutungsqualität des Zarten, Weichen, Leisen und Lieblichen auswählen. Der betont rhythmische Bereich fehlt in der Wahl dieser Gruppe völlig, auch die übrigen gewählten Instrumente (Xylophon, Klavier, Regenschirm) werden melodios oder verschwommen klanglich gebraucht. Die Therapeutin passt sich in ihrer Instrumentenwahl der Wahl der PatientInnen an (ebd., 60). Dem entspricht, dass musikalisch die Ausdruckbezeichnung »dolce«, diejenige wäre, die am häufigsten zutreffen würde (ebd., 67).
2. Die Strukturierung des Ganzen und die Phrasierung im Einzelnen sind eher undeutlich, es kommt zu keinen klaren Gliederungen. Der von den PatientInnen gestaltete Beginn ist meist zögerlich und leise, die Schlüsse ausschleichend (*dim.*, *rit.* und im *piano*). Es gibt keine einzige Improvisation, die sich in Abschnitte untergliedern ließe oder in der es zu einem Wendepunkt, einem Umbruch oder einer Entwicklung »von – zu« kommt (ebd., 66). Auch fehlt tendenziell die Strukturierung durch einen klaren Taktbezug. Der gesamte rhythmische Bereich ist eher schwach ausgeprägt. Meist sind die Improvisationen durch einen gleichbleibend pulsierenden metrischen Grundbezug gekennzeichnet, was Sicherheit gibt (auch dem Hörer) und den Eindruck eines unbegrenzt Endlosen entstehen lässt, obwohl die Improvisationen im Durchschnitt nicht sehr lang sind. Das Tempo bewegt sich im langsamen Bereich zwischen Largo und Adagio. Obwohl das Metrum fast nie einheitlich ist, kommt es auch nicht zu deutlichen Veränderungen. Es ist eher schwankend, rhythmisch frei schwebend, darin aber gleichbleibend (ebd., 61ff).
3. Melodik und Harmonik sind oft durch die fehlende Leittonigkeit nicht genau bestimmbar, z. B. uneindeutig in Bezug auf eine Dur-Moll-Zuordnung. Dennoch sind die Improvisationen nicht atonal, sondern wirken harmonisch, schwebend, sind oft ohne tonale Grundtonigkeit. Die melodische Ausbreitung ist insgesamt reduziert, unausgebreitet, nutzt nicht die Mannigfaltigkeit des Materials. Die Stücke bewegen sich in enger Lage oft in Tonschritten. Es gibt viele Tonwiederholungen, Tremoli und Glissandi. »Es klingt, als müsste Minimales ausreichen, ohne größere musikalische Bewegung zu ermöglichen.« (ebd., 64) Interpretieren lässt sich das dahingehend, dass Eigenes eher in regressiver Beschränkung gesucht oder gefunden zu werden scheint (ebd., 62ff).
4. Dem entsprechen auch die dynamische und formale Ebene: Die Entfaltung einer vollen Lautstärke gibt es in keiner der Improvisationen. Meist bewegen sie sich zwischen *piano* und *pianissimo*, einige wenige erreichen ein *mezzoforte*. So

sind auch die dynamischen Abstufungen innerhalb eines Stückes nur gering. Es kommt auch zu keinem Hervortreten eines der beiden Spieler. Beide passen sich aneinander an, bilden einen wechselseitigen Schutzraum. Eine Ausnahme bildet die Improvisation G, in der es zu größeren dynamischen Schwankungen kommt.

5. Durch die geringe Ausbreitung und Mannigfaltigkeit wirkt auch die innere Teilnahme der SpielerInnen eher schwach, wenig beteiligt (ebd., 67f). Was die Beziehungsgestaltung der beiden Spielerinnen anbetrifft, weist Krapf überzeugend nach, dass sowohl Selbständigkeit als auch Verschmelzung vermieden wird (ebd., 68f). Während die Therapeutin jeweils die Impulse der die Musik beginnenden PatientInnen aufgreift, fällt die Unbeeinflusstheit des Spiels der PatientInnen vom Mitspielen der Therapeutin auf. Krapf kommt zu der Aussage, dass von der Tendenz her das Resonanzverhalten der PatientInnen stark eingeschränkt ist (ebd., 70).

Die Wirkungsgestalt der Improvisationen

Wie bereits angedeutet, wurden alle zwölf Improvisationen jeweils durch eine Beschreibungsgruppe von fünf bis sechs im Verfahren geschulten Experten beschrieben. Diese Rater erhalten keine Vorinformation über die PatientInnen, hören die Musik vom Tonträger und sind aufgefordert, ihr subjektives Erleben der Musik nach dem Hören aufzuschreiben. Es gibt keine vorgegebenen Kategorien für die Beschreibung (Grundlagen dieses Untersuchungsverfahrens s. Tüpker 1996, 70 ff). Durch die Beschreibungen wird zu erfassen gesucht, wie die Musik wirkt (was sie naturgemäß nur auf Subjekte tun kann), was sie auslöst, welche Eindrücke sie hinterlässt. Die einzelnen Beschreibungstexte werden noch in der Gruppe auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede hin diskutiert, auch um ein eventuelles Missverstehen einzelner Textstellen oder Begriffe auszuschließen. Aus diesem intersubjektiven Austausch der subjektiven Eindrücke wird die Wirkungsgestalt der Improvisation erarbeitet, die in einem zusammenfassenden Text festgehalten wird.

(Auch dieser Schritt ist hier überprüfbar durch die Wiedergabe der Originaltexte im Anhang der Arbeit.) Dieser zusammenfassende Text bleibt sprachlich einerseits möglichst nah an den ursprünglichen und sucht zum anderen *die* Ebene der Verallgemeinerung, durch die alle Texte zu vereinheitlichen sind. Bei den im Symposium vorgestellten Texten (A–L) handelt es sich also um diese zwölf vereinheitlichenden Zusammenfassungen. (Die vielen Fragen z. B. entsprechen den vielen Fragen in den Einzeltexten s. unten).

Die so erarbeiteten Wirkungsgestalten lassen sich aufgrund der deutlichen Ähnlichkeiten noch einmal zusammenziehen. (Das ist nicht immer möglich.) Krapf kommt bei diesem Schritt zu der folgenden zusammenfassenden Formulierung: »Die Musik erzeugt Grenzenlosigkeit in Raum und Zeit. Dadurch wird das eigene Gewahrsein verhindert. Es existiert kein Gegenüber, das Kontrast schafft. Es bleibt das langsame, endlose Tasten in einer grauen Welt. Ein Wehren gegen die Bedrohung ist nicht möglich, da es kein Ziel gibt. Es bleibt die Auflösung und

das Entschweben, die Flucht. Dieser Zustand lässt Hoffnung auf Veränderung, die Ahnung von Freude und Schönheit im Leben oder einfach nur Normalität aufkeimen.« (Krapf 2001, 75)

Als weiteres Verfahren wurden zur Kontrolle und Erweiterung die 66 Einzeltexte einer inhaltsanalytischen Auswertung unterzogen. (Zum Verfahren s. Mayring 1993) Die Kategorien der Inhaltsanalyse wurden zum Teil selbst entwickelt und zum Teil einer Untersuchung entnommen, die 171 solcher Beschreibungstexte von 26 Improvisationen verschiedenen TherapeutInnen und unterschiedlicher Klientel nach textimmanenten Kriterien untersuchte (Mömesheim 1999).

1. Die Texte beschreiben auffällig häufig *Zuständlichkeit ohne Entwicklung*. Wenn Veränderungen beschrieben werden, dann oft als Bedrohung (dunkle Wolken ziehen auf) oder Flucht vor dem Leben (Tod, Schlaf) oder regressiv. »Entwicklungen einem Zustand entgegen, der als positiv beurteilt wird, vollziehen sich klar erkennbar in keiner einzigen Beschreibung.« (Krapf 2001, 78)
2. Dem entspricht die *Zeitstruktur* der Texte: In 61 Beschreibungen setzen die Texte »mitten in einem Geschehen ein«. Sie beschreiben eine Szene, welche oft so wirkt, als sei sie aus einem bereits bestehenden Zustand, Geschehen herausgegriffen. »Der Anfang gleicht oft einer Regieanweisung« (»im Dachgeschoss«; »auf der Bühne«). Das Ende der Texte bleibt offen, »deckt sich nicht mit einem Abschluss des Geschehens«, erfährt »keine inhaltliche Beendigung«. »Teilweise werden die Beschreibungstexte durch eine Fragestellung beendet (12 x) oder durch Fragen in der Abfolge unterbrochen (31 x)« (ebd., 80f).
3. Eine Ausnahme bilden die Beschreibungstexte zur Improvisation G. Hinsichtlich der in den Texten auftretenden *Figuren* zeigen sich keine auffälligen Häufungen. (Es werden insgesamt 39-mal Figuren mit allgemeiner Bezeichnung erwähnt, wie »Menschen« [10 x], »jemand [6 x] etc.; 57-mal Figuren mit genauer Bezeichnung wie: »Clown« [2 x], »Engel« [3 x], »Schwarzes Männchen« [1 x] etc.) Auffällig ist hingegen, dass die *Figuren nicht in Beziehung* treten bis hin zur Isolation und dass es zu keiner »kraftvolle(n) Erscheinung der Subjekte« kommt, sondern bei Andeutungen bleibt (ebd. S. 79).
4. Betrachtet man die beschriebenen *Handlungsräume*, so überwiegen die Außenräume (121 x) gegenüber der Erwähnung von Innenräumen (31 x). Weite und Unstrukturiertheit sind kennzeichnend. (Die häufigsten sind: See, Himmel, Wolken, Berge, Weg, Wiese, Landschaft, Ferne, Wüste, Umgebung.) Auch hinsichtlich der untersuchten Stimmungsräume und materialen Eigenschaften, zeichnet sich ab, dass die Texte von »Unendlichkeit, Weite, Konturlosigkeit, Monotonie«, »Zeitlosigkeit, Fließende(m) und Unstrukturiertheit« gekennzeichnet sind. Reales, Greifbares fehlt. »Grenzen treten kaum in Erscheinung« (ebd., 81f).
5. *Affekte und Empfindungen* der Beschreiber lassen sich nur als Tendenzen zusammenfassen. Eine Tendenz geht in Richtung: Melancholie, Einsamkeit, innere Ruhe, Schmerz, Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit und Schwere. Aber auch

(deutlich seltener) Unruhe, Angst, Zwang und Bedrohlichkeit werden erwähnt. Eine weitere, die sich auch als eine Abwendung vom Gehörten verstehen lässt, ist charakterisiert durch das Abschweifen der Gedanken beim Hören, die benannte Schwierigkeit, das Gehörte in ein Bild zu fassen oder das Empfinden der Unerträglichkeit der Musik. Auch wird die Musik als nervend oder langweilig erlebt, bewirkt Müdigkeit oder weckt den Wunsch nach Veränderung. Positive Empfindungen tauchen nur in drei Beschreibungstexten auf, und selbst dort werden sie im Verlauf der Beschreibung wieder relativiert. (Vergleicht man dies mit Beschreibungstexten dieser Art im Allgemeinen, so ist dies durchaus nicht typisch, wie man dies vielleicht auf Grund der Tatsache, »dass es sich ja um kranke Menschen handelt«, annehmen könnte.) Zu ergänzen sind diese Positivbefunde durch den Aspekt, dass in knapp der Hälfte der Texte (31) keine direkten Äußerungen zu Affekten oder Empfindungen erwähnt sind, was als eine gewisse emotionale Distanz zum Gehörten interpretiert wird (ebd., 83f).

6. Als eine weitere auffällige Kategorie von Beschreibungstexten hat sich die Differenzierung zwischen »Tendenz zur Hervorhebung eines Pols« versus »Tendenz zur gleichwertigen Behandlung zweier Pole« erwiesen (Mömesheim 1999, 86). Mit einer Ausnahme sind die vorliegenden Texte eindeutig der Tendenz zur Hervorhebung eines Pols zuzuordnen. Der Leser kann dies auch anhand der Zusammenfassungen nachvollziehen (s. oben). Wie dort, so ist es auch in den Originaltexten so, dass der Gegenpol (Begegnung, Hoffnung auf Veränderung, Leichtigkeit, Freude und Schönheit des Lebens, Bewegungsfreiheit oder auch nur das Normale) nur in Form des Fehlens, des Ersehnten, formal sehr oft als Frage, ob es denn jenseits der Unendlichkeit des Leidens noch etwas anderes gibt, auftaucht (vgl. Krapf 2001, 84). Eine Ausnahme bilden hier wiederum die Beschreibungstexte zur Improvisation G.
7. Ebenfalls nach Mömesheim (1999, 89f) lassen sich solche Texte in einen »szenisch-erzählenden« und einen »symbolhaft-lyrischen« Texttypus unterscheiden. Hier gehören 63 der 66 Texte dem szenisch-erzählenden Typus an (Krapf 2001, 85).
8. Hinsichtlich sprach-formaler Aspekte fällt vor allem die auch in den Zusammenfassungen übernommene Frageform auf. In den Einzeltexten tauchen insgesamt 70 Fragen auf. (Zu den häufigeren inhaltlichen Ausrichtungen: »25 Fragen [richten] sich in die Zukunft und [fragen] nach einer Veränderung.« »36-mal wird eine Echtheit, ein Sinn in Frage gestellt und Täuschung angenommen« [wie »Alles nur ein Traum?«; »oder war es eine Fata Morgana?«] ebd., 85f).
9. In Bezug auf die Erzählperspektive zeigt sich eher ein gemischtes, unauffälliges Bild: So gibt es sowohl Beschreibungen, die aus der Ich-Perspektive erzählt sind als auch solche, in denen eine auktoriale Erzählerrolle eingenommen

wird, zum Teil aus der Innensicht der beschriebenen Figuren. Teilweise wechselt die Erzählperspektive auch. (ebd., 86).

Als Ausnahme weichen die Texte zur Improvisation G von der allgemeinen Tendenz ab. (Sie verweisen auf eine Bipolarität, das Geschehen findet eher einen Abschluss, aus der Analyse der Formenbildung kommt die stärkere Dynamik hinzu.) Vergleicht man dies mit den in der Arbeit angegebenen Patientendaten, so fällt bei diesem Patienten eine Misch-Diagnose auf. Neben der »Anhaltenden somatoformen Schmerzstörung« ist eine Angststörung und spezieller eine »Agoraphobie mit Panikstörung« diagnostiziert. Ebenso gibt der Patient bezüglich des subjektiven Schmerzempfindens auffällig niedrige Werte an. Fasst man die Werte in Ruhe und bei Belastung zusammen, die niedrigsten der gesamten Stichprobe. Hier lässt sich feststellen, dass diese teilweise Abweichung auch einer deutlichen Abweichung im Leidensbild entspricht.

Auswertung, Schlussfolgerungen

Aufgrund der gefundenen Ähnlichkeiten in der seelischen Gestalt, wie sie sich in den Erstimprovisationen niederschlagen, gelangt die Autorin zu der Hypothese, die sie aufgrund der geringen Datenmenge und ihrer Gebundenheit an die gegebenen Rahmenbedingungen als »Hinweis« einstuft, »daß SchmerzpatientInnen nicht nur der Schmerz als Symptom, sondern auch eine seelische Gestalt gemeinsam ist.« Als ungeklärt müsse dabei angesehen werden, ob es sich bei dem, was sich in den Improvisationen niederschlägt, um eine der Symptomatik zugrundeliegende seelische Struktur handelt oder um eine Folge der langjährigen Schmerzerfahrung. (Zur Erinnerung: Alle Aussagen beziehen sich dabei nicht auf chronische Schmerzzustände im Allgemeinen, sondern auf solche, für die sich keine körperlichen Ursachen finden lassen!)

Nun könnte man dieses Ergebnis als bloße Wiederholung oder quasi musiktherapeutische Bestätigung der Diagnose auffassen, was in einem gewissen Sinne banal erschiene. Nachgewiesen wäre dann »nur«, dass sich in diesen Fällen – wie in vielen anderen – die seelische Struktur in den Erstimprovisationen niederschlägt. Dies wird aber zum einen deshalb spannend, weil eine solche Strukturverwandtschaft bei dieser Klientel ansonsten nicht unbedingt angenommen wird. Das Bild der sogenannten »Schmerzpersönlichkeit« ist eher vielschichtig bis diffus und meist eher durch verschiedene theoretische Erklärungsansätze gekennzeichnet als durch einen Vergleich einer Ausdrucksgestalt. Krapf betont aber dennoch, dass es ihr nicht auf die Propagierung einer solchen Schmerzpersönlichkeit ankommt, sondern vielmehr auf das Mehr an Verstehen, welches sich aus der Analyse der Ausdrucksgestalt der musikalischen Äußerungen der PatientInnen ergibt. Das heißt auch zu fragen, was denn das musiktherapeutische Setting, die Möglichkeit des musikalischen Ausdrucks an Erkennen und Verstehen bezüglich des Leidens eröffnet. In der Psychotherapie sind ja Diagnose und Behandlung nicht in der Art voneinander

getrennt wie in der Organmedizin. Ist doch jedes differenziertere Verstehen des Patienten zugleich ein Schritt in der Behandlung selbst.

Zur weiteren Annäherung an diese Frage wird hier mit Hilfe der morphologischen Systematik der Gestaltfaktorenanalyse eine Analyse der bisherigen Ergebnisse durchgeführt und damit eine psychologische Rekonstruktion des Phänomens erreicht (ebd., 91ff). Zusammenfassend kommt die Autorin dadurch zu der folgenden psychologischen Beschreibung des Leidens, wie es sich in den Improvisationen niederschlägt: »Es besteht eine Gefahr, daß das (Emp-)finden von Eigenem in einer stark ausgeprägten, sich ausbreitenden unendlichen und unstrukturierten Weite verhindert wird. Indem nichts Zweites hinzukommen kann, droht ein Auflösen von Eigenem. Denn für die eigene Entwicklung wird die Existenz eines Gegenübers, eines Objektes gebraucht« (ebd., 96).

Weiter fragt sie, welchem Sinn der Schmerz psychologisch innewohnen könnte, und kommt zu der noch als »Vermutung« bezeichneten Hypothese: »Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Schmerz und der Erhaltung des Subjekts. Dabei steht eine Auflösungstendenz der seelischen Gestalt in strukturlose Weite mit dem Schmerz als einem strukturschaffenden, haltgebenden Merkmal in Beziehung.« (ebd.) Die Arbeit schließt mit einer Diskussion der Folgerungen für den Behandlungsauftrag bis hin zu spezifischen methodischen Aspekten des (musik-)therapeutischen Vorgehens, die ebenfalls aus den Analysen ableitbar sind. Gerade darin zeigt sich meines Erachtens, wie Forschen und Heilen ineinander greifen können.

Anschließend verweist Krapf deutlich auf die Vorläufigkeit der Ergebnisse, so dass hier noch einmal auf die weiterführende Arbeit (2007 sowie Kalle-Krapf in diesem Band) verwiesen sei.

Beeindruckt und erfreut hat mich an dieser Arbeit das engagierte (und ausgesprochen arbeitsintensive) Bemühen der Kollegin um ein Verstehen der PatientInnen. Die hier bewerkstelligte Engführung von einfühelndem Verstehen (als Therapeutin) und gründlicher methodischer Untersuchung (als Forscherin) schafft meines Erachtens erst eine Ausgangslage, in der wir uns den Patienten in ihrem Leiden in unserer weiterhin notwendigen Suchbewegung zumuten dürfen. Dass bei solchen Forschungen ein anderer Blick auf menschliche Leidenzustände geworfen wird und dies auf ein anderes Paradigma verweist, wird zum Schluss der Arbeit deutlich mit einem Gedanken, der hier ebenfalls den Abschluss meiner Ausführungen bilden soll.

»Diesen therapeutischen Konsequenzen zur Behandlung von SchmerzpatientInnen sei noch ein Hinweis hinzugefügt, der gerade bei dieser PatientInnengruppe als besonders wichtig erscheint. Petersen sieht die Gefahr, dass die Therapie unmenschlich reduziert wird auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit der PatientInnen. ‚Krankes wird damit auch verkürzt zu einem Zustand, der möglichst rasch perfekt und ohne Folgen zugunsten der Arbeitsfähigkeit auszulöschen ist – dagegen Kranksein als Chance zur Entwicklung der Persönlichkeit des Kranken wird tabuisiert‘ « (Petersen 1994, 4) Daraus geht hervor, dass es nicht alleiniges Ziel einer Behandlung sein kann, Symptome zu behandeln. Diese Haltung könnte den

hier untersuchten PatientInnen besonders zugute kommen, indem als erstes Ziel der Behandlung die Wiederherstellung des Gleichgewichts innerhalb der seelischen Gestalt versucht wird. Dadurch kann es dann evtl. für die PatientInnen nicht mehr zwingend notwendig sein, am eigenen Lösungsversuch in Form des Symptoms festzuhalten.« (Krapf 2001, 107)

Literatur

- Arieti, S. (1979/1986): Schizophrenie. Ursachen, Verlauf, Therapie, Hilfe für Betroffene. 2. Aufl., München/Zürich: Piper
- Benedetti, G. (1964/1980): Klinische Psychotherapie. Einführung in die Psychotherapie der Psychosen. 2. überarb. Aufl., Bern/Stuttgart/Wien: Huber
- Benedetti, G. (1975): Psychiatrische Aspekte des Schöpferischen und schöpferische Aspekte der Psychiatrie. Göttingen: Verlag für medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht
- Benedetti, G. (1983/1994): Todeslandschaften der Seele. Psychopathologie, Psychodynamik und Psychotherapie der Schizophrenien. 4. Aufl., Göttingen/Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht
- Bion, W. (1990): Lernen als Erfahrung. Frankfurt/M.: Suhrkamp [London 1962]
- Buchholz, M. B. (2000): Effizienz oder Qualität? Was in Zukunft gesichert werden soll. In: Forum der Psychoanalyse 16/1, 59–80
- Ciampi, L. (1982/1994): Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung. 4. Aufl., Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dettbarn-Reggentin, J. (2011): Schwere Demenz: Musik mindert Stress und Unruhe. In: Altenheim 02/2011, 40–41. Hannover: Vincentz
- Erdheim, M. (1988): Die gesellschaftliche Produktion von Unbewußtheit. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Feil, N. (2000): Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. München: Reinhard
- Hampe, M. (2001): Theorie, Erfahrung, Therapie. Anmerkungen zur philosophischen Beurteilung psychoanalytischer Prozesse. In: Psyche, 3/2001, 328–336
- Heinemann, E.; Groef, J. de (Hg.) (1997): Psychoanalyse und geistige Behinderung, Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag
- Heuft, G.; Senf, W.; Brähler, E.; Geyer, M.; Janssen, P. L.; Merkle, W.; Meermann, R.; Paar, G.; Saß, H.; Strauß, B.; Treff, W. (2000): Fachpsychotherapie als Teil der Medizinischen Versorgung der Bevölkerung. In: Forum der Psychoanalyse 16/4, 152–157
- Hirsch, R. (Hg.) (1994): Psychotherapie bei Demenzen. Darmstadt: Steinkopff

- Kisker, K. P. (1988): »Team« – Erfahrungen mit einer problematischen therapeutischen Interaktionsfigur in der Psychiatrie. In: *Psychiatrische Praxis* 15, 149–154. Stuttgart/New York: Thieme
- Kitwood, T. (2004): *Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen* (3. erw. Aufl.). Bern: Huber
- Krapf, J. M. (2001): *Auf den Schmerz hören. Vergleichende psychologische Untersuchung der musikalischen Erstimprovisation von chronischen Schmerzpatienten*. Musiktherapeutische Diplomarbeit, Universität Münster. Online verfügbar über: www.uni-muenster.de/Musiktherapie/Literaturdienst/bestellservice.html
- Kalle-Krapf, J. M. (2007): *Anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Vergleichende psychologische Untersuchung der musikalischen Erstimprovisation von Patienten*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller
- Mayring, P. (1993): *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. 2. überarb. Auflage, Weinheim: Beltz
- Mentzos, S. (1988): *Interpersonale und institutionalisierte Abwehr*. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Mentzos, S. (1992): *Psychose und Konflikt*. Göttingen/Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht
- Mömesheim, E. (1999): »Wer verschweigt das letzte Wort?« – Vergleichende Untersuchung von Beschreibungstexten aus der Morphologischen Musiktherapie. Musiktherapeutische Diplomarbeit, Universität Münster. Online verfügbar über: www.uni-muenster.de/Musiktherapie/Literaturdienst/bestellservice.html
- Naatz, T. (2000): *Effizienz oder Qualität – ein wirklicher Gegensatz?* In: *Forum der Psychoanalyse* 16/3, 279–281
- Niedecken, D. (1989): *Namenlos. Geistig Behinderte verstehen*. München: Piper [Taschenbuchausgabe »Geistig Behinderte verstehen«1994]
- Petersen, P. (Hg.) (1990): *Ansätze kunsttherapeutischer Forschung*. Berlin/Heidelberg/New York: Springer
- Petersen, P. (1994): *Heil-Kunst. Ein integrales Konzept von Psychotherapie und Psychosomatik*. In: *Musiktherapeutische Umschau* 17, 115–128
- Pohlen, M. (1999): *Was ist Psychotherapie als Wissenschaft?* In: *Forum der Psychoanalyse* 15/1, 71–80
- Pohlen, M.; Bautz-Holzger, M. (2000): *Die Gleichschaltung der Psychoanalyse mit der neuen psychotherapeutischen Ordnung. Die Psy-BaDo – ein Instrument der medizinergerechten Psychotherapie*. In: *Forum der Psychoanalyse* 16/2, 148–164
- Scharfetter, Ch. (1986): *Schizophrene Menschen. Bewußtseinsbereiche und Psychopathologie. Ich-Psychopathologie des schizophrenen Syndroms. Forschungsansätze und Deutungen. Therapiegrundsätze*. 2. überarb. u. erw. Aufl., München/Weinheim: Urban & Schwarzenberg
- Searles, H. F. (1965/1974): *Der psychoanalytische Beitrag zur Schizophrenieforschung*. Deutsche Ausg. München: Kindler

- Schönhals-Schlautd, D. (2001): Musiktherapie 2000. Ausbildung – Forschung – Gesundheitspolitik. Zu Event und Tagung der DGMT. In: Musiktherapeutische Umschau 22, 41–47
- Tüpker, R. (1990): Auf der Suche nach angemessenen Formen wissenschaftlichen Vorgehens in kunsttherapeutischer Forschung. In: Peter Petersen (Hg.) Ansätze kunsttherapeutischer Forschung. Berlin/Heidelberg/New York: Springer
- Tüpker, R. (1988/1996): Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie. Überarb. u. erw. Auflage. Münster: Lit
- Tüpker, R. (2002): Wo ist die Musik, wenn wir sie nicht hören? In: Oberhoff, B. (Hg.): Das Unbewusste in der Musik. Psychosozial-Verlag, 75–102
- Tolstoi, L. (1886/1992): Tod des Iwan Iljitsch. Stuttgart: Reclam
- Wulff, E. (1995): Wahnsinnslogik: Von der Verstehbarkeit schizophrener Erfahrung. Bonn: Edition »Das Narrenschiff« Psychiatrie-Verlag

