

**WIENER BEITRÄGE ZUR MUSIKTHERAPIE  
BAND 3**

**THEORIE UND KLINISCHE PRAXIS**

**HERAUSGEGEBEN VON**

**DOROTHEE STORZ &  
DOROTHEA OBEREGELSBACHER**

**EDITION PRAESENS  
WIEN 2001**

Die Deutsche Bibliothek – CIP – Einheitsaufnahme

**Wiener Beiträge zur Musiktherapie, Band 3: Theorie und  
Klinische Praxis** / D. Storz & D. Oberegelsbacher – Wien: Ed.  
Praesens 2000

Wiener Beiträge zur Musiktherapie; Bd. 3  
ISBN 3-7069-0127-7

Umschlaggestaltung: Edward Kranz

Gedruckt mit Förderung des Bundesministeriums  
für Bildung, Wissenschaft und Kultur in Wien

Alle Rechte vorbehalten

©2001 Edition Praesens  
A-1170 Wien, Umlaufgasse 3

# INHALT

## ZUR THEORIE

DE BACKER, JOS / VAN CAMP, JAN Spezifische Aspekte der musiktherapeutischen Beziehung in der psychoanalytisch orientierten Musiktherapie .....	5
OBeregelsbacher, Dorothea / Storz, Dorothee Primärprozeß und Sekundärprozeß in musiktherapeutischer Transformation .....	21
GINDL, BARBARA »ANKLANG« finden - emotionale Resonanz als psychotherapeutisches Grundprinzip .....	39
FROHNE-HAGEMANN, ISABELLE Zur Arbeit mit Traum und Imagination als musik- therapeutische Technik der Integrativen Musiktherapie .....	51
STREICH, HILDEMARIE Musik im Traum .....	73
SIMONIAN, LILIT Zur archetypischen Ebene der Musikwahrnehmung und zur Wirkung von Archetypen in der Musiktherapie .....	99
ENGERT-TIMMERMANN, GABRIELE / TIMMERMANN, TONIUS Körper – Atem – Musik: eine ganzheitliche Methode in der nonverbalen Psychotherapie .....	113
KRITZER, INGE Atem und Stimme - die heilende Kraft der Obertöne .....	126
FITZTHUM, ELENA In illo Tempore – vom Umgang mit der Zeit in der Musiktherapie .....	139
DECKER-VOIGT, HANS-HELMUT Musiktherapie und Gesundheitswissenschaften – Statements aus einem fiktiven Interview .....	155
GATHMANN, PETER Learning by Doing: eine psychosomatische Station als musiktherapeutisches Lernfeld .....	167

## **ZUR KLINISCHEN PRAXIS - TEIL I**

**FALLDARSTELLUNGEN:** Erworbene Hirnläsionen, Schwerstbehinderte Kinder, Erwachsene geistig Behinderte, Jugendpsychiatrie, Forensische Patienten

JOCHIMS, SILKE

Psychosoziale Minderheiten – eine Herausforderung an die Psychotherapie?  
Musiktherapie als Antwort auf die speziellen Bedürfnisse von  
Randgruppen..... 191

JOCHIMS, SILKE

Der Stellenwert des „Dritten“ im musiktherapeutischen  
Behandlungssetting am Beispiel destruktiver Beziehungsdynamik..... 195

HALMER-STEIN

Bin ich? Musiktherapie als Psychotherapiemethode  
in der Arbeit mit schwerstbehinderten Kindern ..... 207

OBEREGELSBACHER, DOROTHEA

Musiktherapie als psychotherapeutischer Weg  
bei geistig behinderten Erwachsenen ..... 217

GINDL, BARBARA

Gruppenmusiktherapie in der stationären Jugendpsychiatrie ..... 227

NAARDEN, MARCO

Popmusik als Teil des Behandlungsprogrammes für  
forensische psychiatrische Patienten in der Dr. H. van der  
Hoeven Kliniek in den Niederlanden ..... 233

## **ZUR KLINISCHEN PRAXIS - TEIL II**

STORZ, DOROTHEE

Das Kriegstrauma und die Notwendigkeit des Ausdrucks -  
Musiktherapie mit traumatisierten Kindern. Ein Projekt in Sarajevo ..... 249

LENZ, GISELA M.

Ohne Antwort bin ich verloren. Musiktherapie und frühe Interaktion..... 265

HAFFA-SCHMIDT, ULRIKE

„Ich möchte noch so gerne 10 Jahre leben“ –  
Musiktherapie mit onkologischen Patienten ..... 283

ROESKE, CLAU

Behandlung schwerer jugendpsychiatrischer Störungen -  
Musiktherapie zwischen Mythos und Möglichkeit ..... 293

WÖLFLE, ROLAND

Die Macht der Musik – über die Einbeziehung musiktherapeutischer  
Elemente in die individualpsychologische Gruppenarbeit ..... 304

ANGABEN ZU DEN AUTORINNEN ..... 320

## Vorwort

Wir haben uns gefragt, ob es Sinn gibt, ein weiteres Fachbuch für einen naturgemäß kleinen Leserkreis herauszugeben. Es ist Teil wissenschaftlicher Gangart, und so freuen wir uns, daß es gelungen ist diese interessanten und schönen Beiträge zu fassen. Deren Wert war uns von Anfang an bewußt. Wir verwirklichen damit auch unser Anliegen im Wiener Institut für Musiktherapie, das den ersten Band dieser Reihe vor fünf Jahren konzipierte.

Dieser dritte Band ist von mehreren gedanklichen Achsen geprägt, zum Beispiel von jener der *Globalisierung*, in welcher sich die europäische Musiktherapie mit weltweit aktuellen Forschungsansätzen anderer Wissenschaften vernetzt. Ermöglicht wird dies durch eine Kultur zunehmender gegenseitiger Wahrnehmung und Zusammenarbeit. Diesem Anliegen sind kollegiale Fachgespräche genauso förderlich wie Konferenzen bei Großereignissen in Form von Weltkongressen. Viele der von dort bekannten Stimmen kommen hier zu Wort. Deren Erfahrung und theoretische Kompetenz inspiriert das Buch und diejenigen, die es lesen.

Eine andere Achse ist die der *musiktherapeutischen Theoriebildung*. Die Beiträge verdeutlichen sie, indem Erkenntnisse aus angrenzenden Fächern (z.B. psychoanalytische Säuglingsforschung) mit musikeigenen Wirkprinzipien (z.B. Resonanz, Modulation und Transformation) zu eigenen Theorien umgewandelt werden. Musiktherapeutische Techniken und Meta-Theorien werden damit möglich.

Die dritte Achse manifestiert sich in einem *sozial- und gesundheitspolitischen Anspruch*, der einem ethischen Anliegen entspringt. Personengruppen, die Minderheiten sind, werden in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gestellt: PatientInnen mit sprachlicher Beeinträchtigung, weil sie etwa schwer geistig behindert sind; PatientInnen, die extremen Belastungen ausgesetzt sind, z.B. durch Kriegstrauma, Unfall oder Krebs; schließlich Menschen mit sozialen Problemen, wie etwa geistig abnorme Rechtsbrecher.

Diese Personengruppen, die im Gesundheitswesen das unausgesprochene Prädikat „besonders unattraktiv“ tragen, sind für die Musiktherapie häufig Alltag. Sie haben es darüber hinaus oft schwer, geeignete Therapiemöglichkeiten zu bekommen. In diesem Sinne möge das Buch auch diesen Menschen zugute kommen.

Wien, im Herbst 2001

Dorothee Storz  
Dorothea Oberegelsbacher



# ZUR THEORIE





**JOS DE BACKER / JAN VAN CAMP**

**SPEZIFISCHE ASPEKTE DER  
MUSIKTHERAPEUTISCHEN BEZIEHUNG IN DER  
PSYCHOANALYTISCH ORIENTIERTEN MUSIKTHERAPIE**

**SPECIFIC ASPECTS OF THE MUSIC THERAPY RELATIONSHIP  
IN THE PSYCHOANALYTICAL ORIENTED MUSIC THERAPY**

In this paper we try to examine different aspects of a music therapy relationship with psychiatric patients. Aspects like indication, the use of words in music therapy, the musical language of the music therapist and the patient, the confidence and tolerance level of the music therapist, the listening attitude and the question of to interpret or not to interpret in music therapy are discussed. Psychoanalytical phenomena like transference, counter transference, containment, musical reverie, projective identification in music therapy will be described.

In diesem Beitrag versuchen wir einige Aspekte der musiktherapeutischen Beziehung mit psychiatrischen Patienten zu untersuchen. Zuerst wird die Frage gestellt, warum ein Patient sich für die Musiktherapie entscheiden kann. Die Sprache des Patienten und des Musiktherapeuten und das Wort in der Musiktherapie werden beleuchtet. Übertragung, Gegenübertragung, Containment, Projektive Identifikation, musikalische Rêverie sind wichtige Phänomene in der psychoanalytisch orientierte Musiktherapie und daher ist es notwendig deren spezifischen Anwendung in der Musiktherapie zu besprechen. Zum Schluss werden das therapeutische Zuhören, das Vertrauen und die Belastbarkeit eines Musiktherapeuten und das Deuten oder nicht Deuten in der Musiktherapie näher betrachtet.

In diesem Vortrag möchten wir einige Aspekte besprechen, welche die Beziehung zwischen Patient - Musik - Musiktherapeut beeinflussen und bestimmen. Dies soll jedoch nicht eine Aufzählung von verschiedenen Techniken und Therapieformen sein, sondern einen Versuch darstellen, einige Aspekte der therapeutischen Beziehung in dem musiktherapeutischen Setting zu beleuchten.

Da musiktherapeutische Arbeit immer in Bewegung ist und die Entwicklung, die jeder Musiktherapeut durchläuft, nie als abgeschlossen betrachtet werden kann, sind auch diese Gedanken subjektiv und vorläufig. Unser therapeutisches Denken liegt im Rahmen des analytischen Modells, welches natürlich seinen Einfluss auf das musiktherapeutische Denken und Handeln hat.

## Warum entscheidet sich ein Patient für die Musiktherapie?

Wie und wodurch wird das Bild gestaltet, das sich ein Patient über die Musiktherapie und den Musiktherapeuten macht, wenn er in einem klinischen Setting zu musiktherapeutischen Sitzungen geht? Mit anderen Worten: Was sind die Erwartungen der Patienten gegenüber den Musiktherapeuten? Bezeichnend ist, was ein zwangsneurotischer Patient in seiner ersten Einzel-Musiktherapiesitzung darüber sagte. Während er eine Anzahl von Musikinstrumenten wählte, von denen er dachte, ich könne diese spielen drückte er seine Erwartung mir gegenüber wie folgt aus „Sie können sehen, was in mir vorgeht, wenn ich auf diesen Instrumenten spiele, aber ohne dass ich mir eine Blöße geben muss.“ Außerdem lebte in ihm die Überzeugung, dass ein Musiker, der die Fähigkeit besitzt, die alte und geheimnisvolle Sprache der Musik zu verstehen, auch die Fähigkeit haben müsse, ihn persönlich zu begreifen, und zwar auf eine Weise, dass er selbst den Weg zu sich selbst nicht gehen bräuchte, denn für mich müsse sichtbar sein, was er selbst niemals zu sehen bekommen dürfte. Er wollte sich keine Blöße geben und dachte, dass er sich in der Musik sicherer äußern könnte als in Worten.

Diese paradoxe Haltung zeigt die Ambivalenz des zwangsneurotischen Symptoms. Der Patient lässt immer ein wenig von sich erkennen, aber zur gleichen Zeit verhüllt er, was er eigentlich sehen lassen möchte. Er entschied sich für die Musiktherapie aus einer defensiven Haltung „Ich brauche da nicht alles zu sagen, darum möchte ich mich über die Musik ausdrücken.“ Der Patient wählt also die Musiktherapie, weil er nicht bloßgestellt werden möchte, eben aus der Erwartung heraus, dass die kryptische Sprache der Musik von allein etwas von sich enthüllen würde, was er selbst nicht zeigen darf. Schließlich ist es die defensive Haltung selbst, die mehr von dem enthüllt, was er denkt, verbergen zu müssen. Hier wird das Paradoxe deutlich, daß diese Patienten sich auf eine enthüllende Weise verbergen möchten. Andererseits ist hier auch die phantasmatische Erwartung des Patienten gegenüber dem Therapeut-Musiker deutlich, dass dieser sein Problem ebenso gut analysieren könne, wie der Therapeut-Musiker die Musik analysiert. Das Phantasmatische bezieht sich auf die Analogie zwischen der musikalischen Kompetenz in dem Entdecken und Analysieren von Themen, Gegenthemen, Verschiebung, Verdichtung und dessen, was der Psychotherapeut vorgibt zu tun. Musik hat dieselbe Unfassbarkeit wie die psychische Problematik. Die Problematik ist für den Patienten nicht verbalisierbar; er hat Angst, zu sprechen, die Direktheit von Worten versetzt ihn in Schrecken. Er erwartet, dass der Therapeut verschiedene Dinge durch die Musik und den Gebrauch der Musikinstrumente erkennen wird. Diese Art von Erwartung ist übrigens auch typisch für Hysteriker „Ich muss das alles doch nicht sagen. Ich finde, dass der Andere mein Verhalten intuitiv fühlen

muss. Der andere muss das doch begreifen, ohne dass ich es sagen muss. Wenn der andere mich kennt, echt an mir interessiert ist, dann weiss er das doch.“

Hier sieht man auch eine Verbindung zu dem komplizierten Ritual in symbiotischen Beziehungen „Wenn ich ihn lange genug genauso behandle, wie ich von ihm behandelt werden will, dann werde ich endlich die ersehnte, vollkommene Übereinstimmung und Harmonie finden.“ Schmidbauer nennt es die „magische Erwartung“, die diese symbiotischen Beziehungen bestimmt. Kann der Musiktherapeut all diesen Anforderungen genügen? Wie geht er mit diesen bewussten und unbewussten Erwartungen der Patienten um?

### **Die Sprache des Patienten und des Musiktherapeuten**

Über das Spezifische der Musik als abstrakte, nonverbale und emotionale Sprache wollen wir hier nicht in erster Linie sprechen, sondern über die Notwendigkeit der eigenen musikalischen Sprache für jeden Musiktherapeuten. Jeder Musiktherapeut hat eine eigene Art zu musizieren, sich musikalisch zu äußern. Es ist wichtig, dass er diese eigene, individuelle musikalische Sprache kennenlernt, entwickelt und verfeinert. Wenn der Musiktherapeut sich in seinem Ausdruck frei fühlt, gibt er auch den Patienten diese Freiheit, sich auszudrücken. Wie ein Musiktherapeut sich in der Spielweise oder dem Ausdruck seiner Patienten erkennt, so können Patienten sich auch in dem musikalischen Bild oder Spiel des Musiktherapeuten finden oder erkennen. Aus meiner eigenen Entwicklung als Musiktherapeut habe ich die musikalischen Ausdrucksweisen von Patienten, die ich in Behandlung habe, sich entwickeln sehen. Patienten drücken sich mir gegenüber nun anders aus, als beispielsweise vor 10 Jahren. Damals suchte ich noch intensiv meine eigene musikalische und musiktherapeutische Identität.

Jeder Musiktherapeut ist ein Künstler oder wird es sein müssen, nicht alleine weil er sich einer Kunstform bedient, sondern weil auch sein psychotherapeutisches Selbst kunstsinnig ist. Die Art, wie der Patient improvisieren soll, wird charakterisiert durch die Art, wie der Musiktherapeut mit dem Medium Musik umgeht bezüglich seines Denkens und Fühlens, selbst, wenn er innerhalb der musiktherapeutischen Sitzungen nie mitspielt. Dies wird nämlich zum Ausdruck gebracht durch seine Haltung, die Art des Zuhörens, die Mimik, das Denken und die mentale Anwesenheit innerhalb von Improvisationen. Hierbei kommt zum Ausdruck, wie sich der Musiktherapeut mit der Musik beschäftigt, über sie reflektiert, neue Methoden entdeckt und sie anwendet.

Erfahrung mit dem Medium Musik ist also eine wichtige Voraussetzung. Lassen Sie uns als Illustration den Vergleich machen zwischen einem gerade absolvierten Musiktherapeuten und einem älteren Kollegen, der schon jahrelang mit seinen eigenen musikalischen Ausdrucksweisen vertraut ist. Die Tatsache, dass der ältere Musiktherapeut seine musiktherapeutische Sprache über die Jahre weiterentwickeln und beherrschen lernte, darüber nachdenkt und damit vertraut ist, regelmässig zu Konzerten geht und dadurch auch seine innere Suche nach seiner Musik und der Musik anderer verstehen lernte, hat unmittelbare Auswirkungen auf seine musiktherapeutische Praxis.

Wie der Musiktherapeut mit dem Medium Musik umgeht, damit mental beschäftigt ist, wird integriert in den therapeutischen Prozess, unabhängig vom therapeutischen Modell, in dem er arbeitet. Hierdurch kreiert der Musiktherapeut für den Patienten einen Raum von innerer Freiheit in seinem Suchen nach einem eigenen Stil des Improvisierens. Bei einem jüngeren Musiktherapeuten wird möglicherweise der Ausdruck akademischer und formeller sein, weil er seine Identität als Musiktherapeut und seine eigene musikalische Sprache noch nicht gefunden hat. Das heißt, er muss auch weiterhin vertrauter werden mit der Musik und er muß weiterhin seine Musikalität entwickeln, um sich selbst zu erfahren.

In der Ausbildung zum Musiktherapeuten muss genügend Raum geboten werden, in welchem der Student seine eigene musikalische Sprache kennenlernen, explorieren und ausbreiten kann, wo er auf seine persönliche Weise zu sprechen lernt, mehr geleitet vom Gefühl als vom Verstand. Ein wichtiger Aspekt bei der Suche nach der eigenen musikalischen Sprache kann in der Instrumentenwahl liegen. Aus diesem Grunde soll der Musiktherapeut ein möglichst breites Spektrum an Musikinstrumenten anbieten. Schon die Instrumentenwahl des Musiktherapeuten selbst zeigt etwas über die Möglichkeiten und Grenzen, welche er in seiner Therapie setzt, wie er zu dem Medium Musik steht, wie er die Patienten wahrnimmt, etc.

Welche Musikinstrumente, ein jedes mit seiner eigenen Symbolik, hat der Musiktherapeut gekauft? So wird der Musiktherapeut, der ein neues Musikinstrument kennenlernt (z. B. das Didjeridou) und damit eine intensive Erfahrung gemacht hat, bewusst oder unbewusst dieses Instrument in seine Therapien einbeziehen. Es hängt massgeblich von der persönlichen Erfahrung des Musiktherapeuten mit dem Instrument ab, ob er dieses bei seinen Therapien sinnvoll einsetzen kann. Die Einführung des Gongs in die therapeutische Arbeit vor einigen Jahren bietet dazu ein interessantes Beispiel. Die Entdeckung des Gongs durch die musiktherapeutische Welt führte zu einem 'Boom'-Effekt. Das Hantieren des Gongs wurde eine Art "the state of the art". Die Gefahr bestand natürlich darin,

dass dieses Instrument ohne die nötige Erfahrung benutzt wurde. Ähnlich ist es mit dem Gebrauch des "Didgeridou". Jedes Musikinstrument, welches der Musiktherapeut dem Patienten anbietet, muss dem Musiktherapeuten selbst genügend bekannt sein, und er muss Erfahrungen haben mit den diversen Anwendungsmöglichkeiten. Aus diesem Grunde sind Selbsterfahrungsworkshops und Interventions-Gruppen für Musiktherapeuten so wichtig. Auch das Erlernen der verschiedenen klassischen und nicht-klassischen Musikinstrumente ist ein wesentlicher Bestandteil für den expressiven Gebrauch in der Musiktherapie.

Über die Symbolik von Musikinstrumenten haben Musiktherapeuten wenig geschrieben. Grosse Schlagzeuginstrumente werden häufig als männliche Instrumente gesehen, welche eine eher aggressive Tendenz in sich tragen. Die Streichinstrumente dagegen beinhalten eher weibliche Elemente, wie den Wunsch nach Geborgenheit, Zärtlichkeit und Erotik. Das Klavier lehnt sich mehr an das narzistische Element an. Muss nicht jeder dem Pianisten zuhören, sich zu ihm wenden, sehen, wie virtuos er spielt? Das Klavier ist der Mittelpunkt des Geschehens; die anderen Instrumente sammeln sich um das Klavier. Mit Blasinstrumenten kann man, wie ein Patient einmal sagte, „jeden umblasen“. Die Holzblasinstrumente tragen sicher phallische Elemente in sich. Der Therapeut soll ein möglichst breites Spektrum an Musikinstrumenten anbieten. Die Auswahl der Musikinstrumente beinhaltet schon die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen seiner Therapie. Sie sagt etwas darüber aus, wie der Therapeut dem Medium Musik gegenübersteht, aber auch, wie er den Patienten wahrnimmt. Auch von seiten des Patienten her enthüllt die Wahl des Instrumentes die bewusste oder unbewusste Symbolik, die dieser dem Instrument gibt. Selbstverständlich kann die Symbolik des Instrumentes viele Bedeutungen haben, und sie ist in erster Linie subjektiv. Frühere persönliche Erfahrungen und kulturelle Prägungen steuern diese Wahl. Auch die Art, wie der Patient mit dem Instrument umgeht und es bespielt, kann Auskunft geben über die Symbolik der Musikinstrumente. Die in das Musikinstrument projizierten Bedeutungen enthüllen ausserdem häufig Aspekte der Übertragung. Der Musiktherapeut soll sich der Symbolik und der Bedeutung des Instrumentes bewusst sein, soll sich aber zugleich vor Deutungen hüten, die nur Bezug auf eine kulturell eingebettete Symbolik haben. Ausserdem ist jede Bedeutungsverleihung partikulär und verweist jede Projektion auf die Subjektivität des Patienten und die akute Übertragung.

Psychiatrische Patienten bevorzugen häufig „erwachsene Instrumente“, weil sie empfindlich sind gegenüber der infantilisierenden Wirkung von Schulmusikinstrumenten, es macht die Schwelle für die therapeutischen Sitzungen

niedriger und vermindert den Widerstand zum musikalischen Ausdruck. Musikinstrumente müssen so stark sein, dass der Ausbruch von verdrängten Emotionen getragen werden kann. Instrumente, welche nicht genügend Widerstand bieten gegen die destruktiven Impulse, können das Gefühl hervorrufen, dass das Äussern dieser Gefühle durch den Therapeuten nicht akzeptiert wird.

Bei enthemmten Patienten, die sich entladen möchten, sollen die Musikinstrumente den Patienten auch eine Grenze zeigen können. Bei Entladungen auf Congas erlebe ich jedesmal, dass die Patienten zuerst die physische Grenze, also die Schmerzgrenze, erfahren und dadurch dann psychisch eine Grenze spüren können.

### **Kann in der Musiktherapie auch gesprochen werden?**

Soll der Patient seine Erlebnisse für sich selbst oder für den Musiktherapeuten verbalisieren oder ist das musikalische Erlebnis für sich ausreichend? Das klinische Setting, bei dem den Patienten neben der Musiktherapie auch Möglichkeiten zum Sprechen angeboten werden, hat einen wichtigen Vorteil, da mit dem Wort sehr ökonomisch umgegangen wird und der Musiktherapeut mit diesen geeigneten Voraussetzungen den verbalen Austausch bewusst hantieren kann. Die Gefahr, den Patienten auf eine imaginäre Weise zu situieren, ist dabei weniger gross. Durch Besprechungen wird der Therapeut über die Lebensgeschichte und die Hintergründe des Patienten genügend informiert, so daß er sich einfacher von der Neigung lösen kann, alle neuen Äusserungen innerhalb dieses imaginären Rahmens einordnen zu wollen. Bion stellte dieser Tendenz bei Therapeuten, die Behandlung zu sehr durch eigenes therapeutisches Lenken zu steuern und dadurch blind zu werden für das, was sich abspielt zwischen Therapeut und Patient in dem „hic et nunc“, den folgenden Grundsatz entgegen: „Without memory or desire“. Durch diese positiven Umstände läuft der Musiktherapeut weniger Gefahr, sich an fixierten Bedeutungen festzuhalten, welche aus Worten entstehen können. Er hat es einfacher, sich durch die Bionsche Regel leiten zu lassen. Musik ist ein Medium, das nicht fassbar ist. Dieses primitive Niveau hat seine entscheidende Bedeutung bei Patienten, wo jeder Versuch einer verbalen Interpretation zum Scheitern verurteilt sein muss.

In der Depression respektive Melancholie, bei der die Zeit subjektiv langsamer läuft und der Körper sich nicht mehr lösen kann von der Schwerkraft, oder in der Psychose, bei der die Zeit stillsteht und das Subjekt ausgeschlossen ist aus der symbolisch geteilten Wahrnehmung, ist oft nur noch die Musik imstande, eine

Verbindung zwischen der Unübersetzbarkeit von Klang und Rhythmus und dem verlangsamten Tempo des Patienten zu schaffen. Genau wie ein Kind in seiner ersten Lebensperiode von seiner Mutter gehalten und getragen wird, so kann auch der depressive und psychotische Patient nur durch dieselbe körperliche affektive musikalische Auseinandersetzung wieder in Verbindung mit dem Leben treten.

Auch für den neurotischen Patienten gibt es Vorstadien, die die Bewußtwerdung von unbewußten Konflikten beinhalten. Diese Vorstadien haben sämtlich mit defensiven Verhaltensweisen zu tun, wie wir sie aus der Neurose-Behandlung kennen. Worte können zudecken, deformieren und heucheln. Ein authentisches Sprechen, wie wir es z. B. auf eine eminente Weise in dem Sprechen eines Kindes wahrnehmen, kann nur entstehen, wenn es unter anderem in Verbindung mit dem Gefühl steht.

Wenn wir zuviel mit dem Verbalisieren und Deuten beschäftigt sind, verlieren wir den Boden unter den Füßen und gehen völlig in dem mentalen, intellektuellen Denken auf, weg vom Gefühl. Ein Übermaß an Worten kann Gefühlserfahrungen töten. Worte können den Erlebnisprozeß hemmen, ja sogar komplett unmöglich machen. Bevor eine Erfahrung das Niveau der Sprache erreicht, soll sie erst völlig ‚ausgeföhlt‘ werden und durch das Mittel der Musik eine Gestalt bekommen. Die Erfahrung entsteht erst in einer äußeren, freien Form, bevor sie durch das Subjekt verinnerlicht werden kann. Für unsere musiktherapeutische Arbeit ist es wichtig zu wissen, dass das Erlebnis nahe bei der Einsicht liegt. In dem Augenblick, in dem man den Konflikt durch eine Form zulassen und erfahren darf, ist dieses ein natürlicher Weg zur Einsicht. Es kann nicht zu einer Einsicht kommen, ohne die Erfahrung.

Andererseits kann man natürlich in Gefühlsträumereien absinken und auf diese Weise nie zu einer erlösenden Einsicht kommen. Es besteht eine Gefahr, daß die Musiktherapie in die Abwehr des Patienten abgleitet und zu einer amüsanten und kunstsinnigen Freizeitbeschäftigung degradiert, einem *l'art pour l'art*, wird. Aber selbst in dieser Kunstform können Gestalten entstehen, die von großem Wert sein können und reich an Erfahrungen sind. Es ist gut, daß der Musiktherapeut den Rahmen so kreierte, dass der Patient erfährt, daß nicht gesprochen werden muss, aber daß, falls das Bedürfnis danach besteht, es möglich ist, sich zu artikulieren. Der Therapeut soll dem Patienten gegenüber Raum lassen, um bei einer intensiven Erfahrung diese auch mit Bildern und Wörtern verbinden zu können.

Auch bei musikalischen Gruppeninteraktionen tun sich Phänomene auf, welche nicht für jedermann sichtbar und hörbar sind, es jedoch werden, wenn sie durch Mitpatienten oder durch Musiktherapeuten ausgesprochen werden. Auch bei

bestimmten Formen projektiver Identifikation, wenn der Therapeut an sich selbst etwas wahrnimmt oder fühlt, was der Patient nicht tragen kann, ist es manchmal unumgänglich, diese Wahrnehmung mitzuteilen. Dieses Phänomen nennt Priestley „Echo-Gegenübertragung“.

Wenn der Patient nicht das Bedürfnis zu Verbalisierung hat, so sind die Erfahrung oder das Gefühl noch nicht zustande gekommen. Daher ist das Verbalisieren in diesem Stadium noch nicht sinnvoll. Wenn ein Patient dauernd sprechen will, sollte man sich die Frage stellen, was ihn eigentlich vom Musizieren abhält.

Der Mensch ist ein sprechendes Wesen, und es ist wesentlich, dass er sich mittels der Sprache artikulieren kann. Die Sprache ist nicht so sehr wichtig um Zugang zu dem Konflikt oder Trauma zu bekommen, sondern vielmehr, um diesen aufzuarbeiten.

In der Musiktherapie bekommt das Wort eine enorme Kraft, weil wenig gesprochen wird. Durch die Zurückhaltung im Verbalisieren, das Warten und Aufschieben, bekommt das Wort ein großes Gewicht. Wir haben die Erfahrung gemacht, daß nach musikalischen Improvisationen meistens eine Stille entsteht, in der das Gespielte noch nachklingt. Das erste Wort durchbricht dann die musikalische Kommunikation und bekommt dadurch besondere Bedeutung. Worte bekommen Intensität durch ihren sparsamen Gebrauch.

Der Übergang von musikalischen Äußerungen zum Sprechen ist weder für den Patienten noch für den Therapeuten einfach. Wann ist es ratsam, zu sprechen, wie kann die Stille durchbrochen werden, wie lange soll man abwarten? Das Wechseln dieser "Register" kann einschüchternd sein. Der Musiktherapeut sollte deshalb genügend Einsicht, Erfahrung und vor allem Selbsterfahrung haben, um damit gut umgehen zu können.

## **Die Übertragung**

Die Übertragung, welche in jeder menschlichen Beziehung vorhanden ist, also auch zum Beispiel in dem musikalischen Zusammenspiel eines Kammerensembles oder Orchesters, bekommt in der musiktherapeutischen Sitzung eine herausragende Bedeutung. Dieses ist erst möglich, wenn ich mich als Musiktherapeut in meiner Person zurücknehme, wodurch die Patienten mich benutzen können zur Übertragung der immer wieder auftauchenden zentralen Personen und Beziehungen ihres Lebens. Anders als in anderen Beziehungen werden diese Übertragungsphänomene durch die Zurückhaltung des Therapeuten zur Diskussion



gestellt. Es ist essentiell für die Therapie, dass zum Beispiel Vater- und Mutterbilder bewusst gemacht werden können.

Die Projektion dieser Bilder von den zentralen Figuren im Leben der Patienten hin zu dem Therapeuten, und die Wiederholung ihrer Beziehungen innerhalb des therapeutischen Settings wird nach Freud die "Übertragungsneurose" genannt. Die Entwicklung und Durcharbeitung von diesen Übertragungsneurosen ist eine essentielle Komponente des therapeutischen Prozesses. Nur, wenn der Musiktherapeut sich einigermaßen zurückhaltend und neutral zeigt, auch in seinem musikalischen Spiel, schafft er die Möglichkeit, die Konflikte und Ambivalenzen der Patienten in ihm zu inkarnieren und durch die Besprechung diese Problematik durchzuarbeiten. Was bedeutet nun dieses sogenannte „Besprechen“ in der Musiktherapie? Eben haben wir angegeben, dass in der Musiktherapie eine äußerste Schlichtheit auf der verbalen Ebene geboten ist. Auf welche Weise geht der Musiktherapeut mit den psychischen Inhalten und Konflikten um, derer sich der Patient bisher nicht bewußt war und die nun in den musiktherapeutischen Sitzungen auftauchen? Dieses Besprechen kommt in erster Linie durch Mittel der sogenannten musikalischen Reflektion zustande. Der Therapeut versucht, soviel wie möglich stillzuhalten und über die spontanen Gefühlsreaktionen nachzudenken, die sowohl bei ihm selbst, als auch bei den Patienten innerhalb der Sitzungen ausgelöst werden. Vor allem die Reaktionen sind oft signifikant, die durch die Konfrontation des Musiktherapeuten eine musikalische Form ergeben und vom Patienten als fremd oder überraschend erfahren werden. Das musikalische Festhalten von sogenannten "Themen" und deren Wiederholen in bestimmten Momenten trägt dazu bei, daß der Patient genau in dem Moment lernt, sich diese unbewußten, aber innerhalb der Therapie angeeigneten Inhalte zu verinnerlichen.

### **Die Entladung**

Ein wichtiges musiktherapeutisches Phänomen bei psychiatrischen Patienten in der freien Gruppenimprovisation ist das Bedürfnis zur Entladung. Bei diesen Patienten löst die Möglichkeit, sich auf dem Schlagzeug frei zu äußern eine unmittelbare Triebabfuhr aus. Sie erfahren durch das musikalische Spiel, daß Spannungen geäußert werden können, auch in der Gruppe, durch das Schaffen eines kollektiven sonoren Objektes.

Spannungen sind Sensationen, welche noch keine Gestalt bekommen haben. In der Musiktherapie können diese primitiven Sensationen eine musikalische Form bekommen. Sie werden auf eine symbolische Weise erfahren und geäußert, und so kann ein Schritt zu einer reiferen Ausdrucks- und Kommunikationsform gemacht

werden. Das Verbalisieren und das Einsichtnehmen in den Inhalt der musikalischen Entladung, das Umgehen-lernen und die Bewußtwerdung von Konflikten, welche diese Spannungen hervorrufen, ist ein essentieller therapeutischer Moment.

Nicht selten kommt die Frage, warum man die Bedeutung der Entladung verbalisieren muss. Die kathartische Spannungsabfuhr durch Musik, ohne zu wissen, was die Gefühle bedeuten, welche die Spannung hervorrufen, garantiert schon eine vorläufige Erleichterung. Es wird dadurch aber nicht verhindert, daß die Spannungen in jedem willkürlichen Augenblick wieder auftreten können, solange die darunterliegenden Konflikte nicht verstanden werden.

Vor allem Trommeln laden zur Triebabfuhr ein. Stellen wir uns folgendes Bild vor: Die Instrumente stehen in einem Zirkel aufgereiht, wobei die Congas einander fast berühren, in der Mitte die Drehpauke. Durch eine spezifische Aufstellung werden das Gruppengefühl und die Kommunikationsmöglichkeit vergrößert. Die Oberansicht der Instrumente könnte an einen musikalischen Tisch denken lassen. Die Pauke, die in der Mitte der Gruppe steht, ist eine Art Gruppenobjekt. Dieses Instrument gehört niemandem individuell, aber es gehört zur Gruppe. Auf dieser Pauke wird nur kommunikativ mit den anderen Gruppenmitgliedern gespielt, und sie ist der Ausdruck der Gruppenkohäsion. Auf diesem Instrument wird man sich weniger individuell entladen, hier steht die Gruppe zentral. Zum Anfang wird mit Schlegeln gespielt, wobei die emotionelle Bezogenheit noch gering ist, im Gegensatz zu der eher emotionalen Färbung, welche bei einem direkten Kontakt mit den Händen auf den Congas entsteht.

### **Ein Beispiel**

Es geht um eine Einzelmusiktherapie mit einem 12jährigen Jungen, der psychisch, visuell und motorisch behindert ist. Am Anfang jeder Sitzung taste ich musikalisch seine Stimmung ab, wobei der Junge selbst die Freiheit hat, zu reagieren oder nicht. Diese Ausdrucksweise, meistens fragmentiert und chaotisch, nehme ich in meinem Spiel auf, gebe ihm eine Gestalt und gebe es dadurch dem Patienten in einer akzeptierten Gestalt zurück.

### **Ein anderes Beispiel**

Danny war ein Junge, der in seinem Denken und Handeln sehr chaotisch war. In den Sitzungen fluktuierte er zwischen einer Aktivität und der anderen. Durch das Begleiten seiner Gefühle mittels Musik konnte ich ihm Strukturen anbieten und seine Gefühle kanalisieren. Erst nach einer musikalischen Entladung konnten wir auf eine etwas mehr strukturierende Weise arbeiten, und ich konnte mehr Kontinuität in die Sitzungen bringen.

Danny schützte sich selbst durch seine Instrumentenwahl und die Aufstellung der Instrumente und versuchte so auch, sich selbst in der Hand zu haben. Dabei begleitete ich ihn sensibel in seinem Spiel, welches symbolhaft schwankte zwischen Tod und Leben. Der Tod stand für das chaotische Spiel, bei dem kein echter Kontakt zwischen Patient und Therapeut bestand. Das Leben zeigte sich da, wo Danny adaptiv und kommunikativ war.

### **Containment**

Bion beschreibt den Begriff „Containment“ in der therapeutischen Beziehung folgendermassen: „Es ist das Schaffen eines psychischen Raumes, worin jede Kommunikation, wie verwirrend und peinlich sie auch ist, aufgefangen, festgehalten und 'mental verdaut' wird durch den Therapeuten, mit dem Zweck, die Gefühle von ihrer unerträglichen Qualität zu befreien, eine übersetzbare Gestalt annehmen zu lassen und einen Platz zu geben in der Erlebniswelt des Patienten.“ (1962, S. 306). Die endgültige Bedeutung ist die, dass der Patient durch diese Erfahrung lernen kann, selbst seine Ängste auszuhalten und damit umzugehen - mit anderen Worten, die „Containment-Funktion“ zu verinnerlichen.

So kann der Patient in dem psychischen Raum, welcher in der Therapie geschaffen wird, seine ängstlichen, chaotischen und verwirrenden Gefühle und Erfahrungen, die er nicht verarbeiten oder kontrollieren kann, nach außen projizieren und auf den Therapeuten richten, um so diese Gefühle ertragen zu können, was man die „projektive Identifikation“ nennt (nach M. Klein). Die Musiktherapie bietet dem Patienten die Möglichkeit, diese beängstigenden und unerträglichen Erlebnisse auf Musikinstrumenten in Improvisationen zum Ausdruck zu bringen. Der Patient bekommt die Chance, sein Unvermögen, mit diesen Erlebnissen umzugehen, dennoch ausdrücken zu können, um die mögliche Abwehr des Schweigens zu vermeiden. Außerdem kann der Therapeut durch musikalische Interaktionen reagieren. Der Ausbruch dieser genannten Gefühle ist auf verschiedene Weise chaotisch, verwirrend, beängstigend oder aggressiv. Der Patient selbst ist durch diese Gefühlseruption überrumpelt und weiß oft nicht, wie er sie weiter entwickeln soll. Der Musiktherapeut sollte dann nicht passiv sein, sondern er muß versuchen, diesen Ausbruch musikalisch zu begleiten und zu strukturieren. So wird er eine Haut um dieses Erlebnis des Patienten spannen, eine akustische Haut, die diesen Ausdruck von Chaos zusammenhält und ihm eine Gestalt gibt. Für den Patienten ist dies schon ein erster Schritt. Er erfährt, daß er die verwirrenden Gefühle und das „sich nicht verstanden fühlen“ durch andere ertragen kann. Dies geschieht in einem intermediären Raum. Musik bietet den Vorteil, dass der Patient

nicht allein sein muss in seinem chaotischen Ausdrücken und Erleben. Der Musiktherapeut hat die Mittel, um bei dem Patienten zu sein, ohne diesen zu behindern. Dies erreicht er nicht alleine durch seine Haltung, sondern auch durch sein engagiertes Mitspielen. Hierdurch kann der Patient, manchmal zum ersten Mal, das Gefühl haben, daß jemand an seinem Erleben teil hat. Es spielt jemand mit, der aber doch nicht mitgeschleift, nicht verängstigt wird; es ist jemand da, der ihm das Gefühl vermittelt, daß er durch seinen Ausbruch niemanden vernichtet.

### **Das Vertrauen und die Belastbarkeit eines Musiktherapeuten**

Während der musikalischen Improvisationen wird der Musiktherapeut manchmal mit den Grenzen seiner eigenen musikalischen und mentalen Belastbarkeit konfrontiert. Es passiert manchmal, daß Studenten erschreckt zu einem Musikinstrument laufen, um dies abzdämpfen, wenn Patienten sich laut und wahrscheinlich manchmal zu laut ausdrücken oder entladen. Können oder müssen Patienten in ihrem musikalischen Ausdruck manchmal gestoppt oder gebremst werden durch direkte Interventionen? Es geht also um die Fragestellung der eigenen Belastbarkeit und die Grenzen des Therapeuten. Ist sein eingreifendes Handeln nicht zu oft durch eigene Ängste und Verkrampfungen im Ausdruck gesteuert? So kann zum Beispiel bei der Arbeit mit psychotischen Patienten die Phantasie entstehen, dass der Gebrauch des Gongs eine psychotische Reaktion herausfordert und deshalb kontraindiziert ist, wie dies übrigens durch verschiedene Musiktherapeuten beschrieben worden ist. Es ist nicht so sehr von Interesse, welche Musikinstrumente bei Psychosen indiziert sind, sondern die Frage, wie der Musiktherapeut sich selbst gegenüber den mehr primitiven Mechanismen in seiner eigenen Psyche verhält. Alles das, was er selbst nicht durchgearbeitet hat, ist bedrohlich für seinen Patienten. Eine noch grössere Bedeutung haben die eigenen Gegenübertragungsängste für die psychische Dekompensation, die auf den Patienten projiziert werden, denn sie untergraben eine therapeutische Haltung. Auch das Zuhören des Patienten wird selektiert durch die Ängste des Therapeuten. Wichtig ist, dass der Therapeut immer offen bleibt, um die Gefühle oder die Prozesse, die durch spezifische Klänge herausgefordert werden, begreifen und tragen zu können. Er soll bleibend Föhlung halten mit der Resonanz zwischen den Klangstrukturen, Harmonien und Rhythmen und den emotionellen Spannungen.

Wolfgang Strobel gibt hierzu ein sehr treffendes Beispiel in dem Buch „Musik, Spiegel der Seele“. Er beschreibt hierin, wie er zusammen mit einem älteren Kollegen Wochenend-Selbsterfahrungskurse organisierte. Als dieser Kollege das

Monochord kennenlernte, wollte er nicht, dass dieses Instrument in der Gruppe benutzt würde, mit dem Argument, dass die Teilnehmer davon psychotisch werden könnten. Strobel hatte diese Ängste nicht, weil er davon ausging, dass bei Patienten mit anlaufender Psychose dieses Material aus dem Unbewussten therapeutisch verarbeitet werden könnte. Bei dem Kollegen entstand aber jedesmal eine Atmosphäre von Angst, Unsicherheit und Bedrohung, wogegen er keine Abwehr hatte. Eines Morgens fand Strobel seinen Kollegen in einem psychotischen Zustand. Es war dies offenbar ein extremes und einmaliges Beispiel dieser Problematik. Eine ähnliche Atmosphäre hat er in Zusammenhang mit dem Monochord später nicht mehr erlebt. Hier zeigt sich deutlich, dass jeder Musiktherapeut die eigenen Ängste des Kontrollverlustes analysieren und verarbeiten muß, um auf eine therapeutische Weise mit psychiatrischen Patienten umgehen zu können.

Wir möchten natürlich keinesfalls sagen, dass der Therapeut allem gewachsen sein soll. Im Gegenteil: Durch seine Musik und durch seine therapeutischen Erfahrungen lernt er seine eigenen Grenzen kennen und respektieren, auch im Kontakt mit seinen Patienten. Wenn wir zu dem Beispiel mit dem Gong zurückgehen, könnte man sagen, dass der Therapeut den Gong nur noch abdämpfen kann, sollte er durch ihn dermaßen überrumpelt werden, daß er die primären Ängste, die er mit dem Gong assoziiert, nicht mehr verkraften oder ertragen kann. Wie der Therapeut das macht, hängt von seinem Denken, seiner Erfahrung und seiner Beziehung zu dem Patienten ab. Es könnte zum Beispiel sinnvoll sein, dass man den Patienten erkennen lässt, wie man mit diesen Grenzen umzugehen hat. Man könnte zeigen, wie man beim Überschreiten der auditiven Schmerzgrenze sich selbst schützen und konstruktiv handeln kann, ohne fordernd, tadelnd oder aggressiv zu reagieren.

### **Zuhören**

Wie soll der Musiktherapeut dem Patienten zuhören? Der Musiktherapeut kann dem Patienten in einer Rêverie-Haltung zuhören. Unter Rêverie verstehen wir, daß der Therapeut genau wie die Mutter es tut, Aufmerksamkeit zeigt gegenüber einer durch das Kind chaotisch erlebten Situation. Eine Mutter soll innerhalb ihrer Rêverie-Kapazität die partikulären Erlebnisse, welche ein Kind hat, in eine Art Ordnung stellen. Sie wird zum Beispiel gefühlsmässig hören, ob der Säugling Hunger hat oder nicht. Dies passiert bei der Mutter spontan und intuitiv, auf einem nicht-bewussten Niveau. Es ist Aufgabe des Musiktherapeuten, um auf dieselbe Weise zuzuhören und mit dem Patienten zu kommunizieren, sich auch in einer

solchen "Rèverie-Haltung" zu bewegen, sich auch auf das Niveau zu begeben und so sensibel zu sein für die Gefühle der Patienten und diese zu ordnen. Dieses verlangt Intuition, daneben genügend Einsicht und Erfahrung. Die Kapazität, mit einem regressiven Niveau erwachsener Patienten umgehen zu können, ist nicht selbstverständlich. Der Musiktherapeut soll aus der Rèverie-Haltung schnell zum Erwachseneniveau zurückschalten können, sehr sensibel fluktuieren können, von dem intuitiven unbewussten zum bewussten Niveau. Diese Fähigkeit ist notwendig, um reflektieren zu können, um zu wissen, was der Patient ausdrücken will.

Ein anderer essentieller Aspekt des Zuhörens gegenüber dem Patienten und seinem sonoren Produkt ist die gleichschwebende Aufmerksamkeit. Keiner Äusserung des Patienten soll a priori Vorzug gegeben werden. Der Therapeut soll seiner Umgebung soviel wie möglich freien Lauf lassen. Dies bedeutet, dass man den musikalischen Äußerungen der Patienten auf solche Weise zuhört, dass man sich nicht auf etwas Spezielles fixiert.

Der Musiktherapeut wird an erster Stelle nicht zuhören, um zu deuten, sondern öffnet sich für das, was das sonore Produkt als Resonanzobjekt in ihm anregt. Dafür befreit er sich von allen vorgefassten Meinungen, Theorien, Interpretationsschemata etc. Bion beschreibt diese Hörhaltung als eine bifokale Aufmerksamkeit. Bei jeder Sitzung fängt man von vorne an, vergisst alles, was der Patient je gesagt hat, alles, was man von ihm weiß und beginnt nur, zuzuhören. Trotz seines Wissens und seiner Erfahrung über den Patienten soll der Therapeut mit möglichst großer Offenheit an den Patienten herangehen. Auf diese Weise können neue Erfahrungen vom Therapeuten bestmöglich aufgenommen werden. Diese Bereitschaft zur Aufnahme von neuen Erkenntnissen verhindert die Gefahr, das Vernommene in Schemata zu pressen. Besteht bei einem Therapeuten eine Nähe-Distanz-Problematik, so wird er mit seinen Abwehrmechanismen dazu neigen, alles psychologisch erklären zu wollen. Sicher ist es wichtig für die Therapeut-Patienten-Beziehung, die eigenen Erkenntnisse an den Patienten weiterzugeben, jedoch sollte während der musikalischen Improvisation davon Abstand genommen werden.

### **Deuten oder nicht deuten?**

Die Psychoanalyse basiert auf einem sogenannten detektiven Modell, um das Unbekannte sichtbar und verstehbar zu machen. Dieses Modell hat einen patriarchalen Charakter. Es strebt nach Einsicht in das Unbewusste durch die Interpretation. Der Mensch tritt nur durch die Sprache in Verbindung mit seinem Verlangen. Seit die Psychoanalyse jedoch ihre Aufmerksamkeit von der Neurose

auch zu frühen Störungen lenkte, schien dieses Modell immer mehr unzureichend zu sein. Das detektive Modell ist ein Konfliktmodell, wobei immer die andere, unbewußte Seite des Konfliktes gesucht wird. Aber für den frühgestörten oder narzißtisch verwundeten Patienten geht es in erster Linie nicht um Konflikte. Das emotional verlassene Kind sollte weniger im Sinne von Konflikten verstanden und gedeutet werden, sondern im Zusammenhang von Verlust und Verlassen-werden. So ist für den Frühgestörten zunächst ein anderes Schlüsselsymbol zu beherzigen, nämlich die Mutter, die ihr Kind im Arm hält. Dieses in den Armen halten ist wichtig. Winnicott nennt dies „Holding“ (Winnicott, 1974, p. 62). Es geht bei diesem Zugang nicht in erster Linie um die Einsicht, um verbalisierbares Material und um die Interpretation, sondern vielmehr um das Niveau des Präverbale oder Nonverbale, welches das Gefühl, die Emotionen und die Körperempfindungen betrifft. Die damit korrespondierende therapeutische Haltung nennt Asper (1992, p. 140) „mutterspezifisch“, im Gegensatz zu der „vaterspezifischen“ therapeutischen Haltung, die in der Neurose so eine wichtige Rolle spielt.

Zu der mutterspezifischen Haltung gehören das Spiegeln, das einfache Zuhören, das Lauschen auf nicht Gesagtes, die Empathie und die grundsätzliche, wertneutrale Bejahung. Zu der vaterspezifischen Haltung gehören das Aufdecken, das „Warum“ und das „Wozu“, Einsicht, Interpretation und Konfrontation. Selbstverständlich sind in jeder Therapie beide Haltungen angezeigt, und die eine kommt wohl nicht ohne die andere aus. Die einfachen mutterspezifischen Haltungen sind für den frühgestörten Patienten ausserordentlich wesentlich. Da er unter dem Druck eines rigorosen inneren „Richters“ steht, ist es mehr die mutterspezifische Haltung, an der der Patient erkrankt ist. Er muß diese verinnerlichen, und das durch ein Medium, das dem Gefühl für den Körper nahe steht, wie Musik. Durch das Medium Musik bekommt der narzißtisch verletzte Mensch Zeit und Raum, um sich selbst besser kennenzulernen und sich selbst wahrnehmen zu können, kurzum, er selbst zu sein. Es geht um das Wachsen-lassen, und erst später kommt die eigene Entscheidung und die Verantwortlichkeit. Da das frühgestörte Kind zu wenig es selbst sein konnte, braucht es in erster Linie einen Therapeuten, der mutterspezifisch auftritt. Das hat allerdings nichts mit einer Übermutterung zu tun. Was nie war, können wir nicht ersetzen.

### Literatur

- Asper, K. (1992). Schritte im Labyrinth. Olten:Walter-Verlag.  
Bion, W.R. (1962). A theory of thinking. International Journal of Psychoanalysis, 43, 306 – 310.

- Bion, W.R. (1967). *Second Thoughts, Selected papers on psychoanalysis*. London: Maresfield reprints.
- Cluckers, G. (1989). Containment in de therapeutische relatie: de therapeut als drager en zingeveer. In H. Vertommen en G. Cluckers (ods), *De relatie in therapie* (pp. 49 – 64). De Universitaire Pers Leuven.
- De Backer, J. (1993). Containment in Music Therapy. In T. Wigram, M. Heal (eds.), *Music Therapy in health and education*. London: J. Kingsley Publishers.
- De Backer, J. (1996). Regression in music therapy with psychotic patients. *Nordisk Tidsskrift for Musikkterapi*, Nr. 5 (pp. 24 - 30).
- De Backer, J., Van Camp, J. (1996). Muziektherapie in de behandeling van psychotische patiënten. In M. De Herdt, E. Thys (eds.), *Zin in waanzin. De wereld van schizofrenie*. Amsterdam: uitgeverij EPO.
- Freud, S. (1920). Beyond the Pleasure Principle. In *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol. XIV*, London: Hogarth Press.
- Klein, M. (1929). Personification in the play of children, in *Love, Guilt and Reparation and Other Works 1921-1945. The Writings of Melanie Klein, Volume I*, London: Hogarth Press.
- Klein, M. (1929). Notes on some schizoid mechanisms. In *Evy and Gratitude and other Works 1946-1963, the Writings of Melanie Klein, Volume III*. London: Hogarth Press.
- Neumann, E. (1963). *Das Kind*. Zürich: Rhein Verlag.
- Strobel, W. (1995). Grenzzustände in der Musiktherapie. In W. Schroeder (Hrsg.), *Musik, Spiegel der Seele, Eine Einführung in die Musiktherapie* (S. 281 - 307). Paderborn: Junfermann Verlag.
- Wigram, T. , De Backer, J. (ed.) (1999). *Clinical applications in Music Therapy in Psychiatry*. London: Jessica Kingsley Publisher.
- Winnicott, D.W. (1951). *Transitional Objects and Transitional Phenomena* In Winnicott, D.W. (Ed), *Playing and Reality*. London: Penguin.



**DOROTHEA OBEREGELSBACHER / DOROTHEE STORZ**

**PRIMÄRPROZEß UND SEKUNDÄRPROZEß IN  
MUSIKTHERAPEUTISCHER TRANSFORMATION**

**PRIMARY AND SECONDARY PROCESS  
IN MUSICTHERAPEUTICAL TRANSFORMATION**

Psychotherapeutical depth psychological work with people who are threatened by psychic desintegration and by loss of control needs special knowledge to understand and influence the primary process and his phenomenon in experience, expression and communication. In lots of qualities music is comparable to the primary process and as esthetical sensation music is close to the pleasure principle. Therefore the psychotherapeutic music therapy has a special suitability for this indication area and this shall be made understood by selected conceptions. Experiences from the clinical and ambulatory practice of the authors refer to two paranoid schizophrenic patients. It is a question of the following themes: crisis intervention, symbolic realization, mobilization of resources, stabilization of selfworth, confrontation and interpretation.

Psychotherapeutisches tiefenpsychologisches Arbeiten mit Menschen, die von psychischer Desintegration und Kontrollverlust bedroht sind, erfordert besonderes Verstehen und Beeinflussen des Primärprozesses und seiner musikalischen Erscheinung in Erleben, Ausdruck und Kommunikation. Musik ist in Vielem dem Primärprozeß und steht als ästhetisches Geschehen dem Lustprinzip nahe. Die psychotherapeutische Musiktherapie weist daher eine besondere Eignung in diesem Indikationsbereich auf, was anhand ausgewählter Konzepte nachvollziehbar gemacht werden soll. Erfahrungen aus der klinischen und ambulanten Praxis der Autorinnen betreffen zwei paranoid schizophrene Patienten. Es geht um folgende Themen: Krisenintervention, symbolische Wunscherfüllung, Mobilisierung von Ressourcen, Selbstwertstabilisierung, Konfrontieren und Deuten.

In der Einleitung zur Abhandlung „Der Moses des Michelangelo“, schrieb Freud 1914 bezüglich Wirkung, Ergriffen-Sein und Erfassen-Können eines Kunstwerks über seine eigene Erfahrung dazu: „Kunstwerke üben eine starke Wirkung auf mich aus, insbesondere Dichtungen und Werke der Plastik, seltener Malereien. Ich bin so veranlaßt worden, bei den entsprechenden Gelegenheiten lange vor ihnen zu

---

Vortrag beim 2<sup>nd</sup> World Congress of the World Council for Psychotherapy – Subsymposion Music Therapy, Juli 1999, Wien (überarbeitete Fassung)

verweilen, und wollte sie auf meine Weise erfassen, d.h. mir begreiflich machen, wodurch sie wirken.“ Und weiter: “Ich bin dabei auf die anscheinend paradoxe Tatsache aufmerksam geworden, daß gerade einige der großartigsten und überwältigendsten Kunstschöpfungen unserem Verständnis dunkel geblieben sind. Man bewundert sie, man fühlt sich von ihnen bezwungen, aber man weiß nicht zu sagen, was sie vorstellen.“ Und etwas weiter: „Ich weiß, daß es sich um kein bloß verständnismäßiges Erfassen handeln kann; es soll die Affektlage, die psychische Konstellation, welche beim Künstler die Triebkraft zur Schöpfung abgab, bei uns wieder hervorgerufen werden. Aber warum soll die Absicht des Künstlers nicht angebbbar und in Worte zu fassen sein wie irgendeine andere Tatsache des seelischen Lebens?“ Freud ging davon aus, daß es möglich sei, ein Kunstwerk zu analysieren, zu deuten, „wenn es der auf uns wirksame Ausdruck der Absichten und Regungen des Künstlers ist“.

Auch beim Verstehen einer musikalischen Improvisation gehen unsere therapeutische Neugier und Aufmerksamkeit über ein musikalisch intellektuelles Verstehen-Wollen weit hinaus; auch hier geht es darum, die Affektlage, die psychische Konstellation, die beim Improvisierenden<sup>1</sup> die Triebkraft zur Schöpfung abgab, zu begreifen und – wie Freud – beschäftigt auch uns die Frage, warum die Absicht des Improvisierenden nicht in Worte zu fassen sein soll wie irgendeine andere Tatsache des seelischen Lebens auch.

Aber genau das ist bekanntermaßen schwierig, und zwar deshalb, weil wir uns damit in eine Welt begeben, die noch ohne Worte und Gedankengänge auskommen muß.

Der individualpsychologische Theoretiker Tenbrink (2000) liefert uns genau dazu einige ganz interessante Gedanken: „Wenn wir davon ausgehen, daß die Symbolisierungsfähigkeit des Säuglings bzw. Kleinkindes erst im 2. Lebensjahr eine gewisse Effektivität erlangt und sich damit das Erleben grundlegend verändert (Stern 1986, Lichtenberg 1983), können wir ebenfalls davon ausgehen, daß in jedem Menschen – in der Zeit bis zu dieser Grenzlinie, die allerdings unscharf ist – ein schier unermessliches Potential an Erleben auf der Grundlage präsymbolischer Modi der Erfahrungsbildung angesammelt und assimiliert wurde, das also keiner direkten oder unmittelbaren Symbolisierung unterworfen worden ist (Ogden 1989). Dieses präsymbolische oder ungedachte Wissen (Bollas 1987) bildet die unerschöpfliche dynamische Grundlage unseres Lebens und Erlebens bis zu unserem Tod. Gleichzeitig stellt sie eine lebenslange Anforderung an unsere sekundärprozeßhafte Verarbeitung, die unter anderem darin besteht, durch nachträgliche Symbolisierung

---

<sup>1</sup> Wegen besserer Lesbarkeit wird hier die männliche Form gewählt, die weibliche ist aber stets mitgemeint.

Teile dieser präsymbolischen Erfahrungsbildung dem bewußten Erleben und Verhalten zugänglich zu machen.“

Wenn ich das zusammenfasse, dann heißt das, daß die Inhalte und Muster, die in der präverbale Zeit außerhalb des Omnipotenzlerbens i.S. Winnicotts (1991, 1988) geblieben sind, nicht für die Bildung von Selbststruktur verwendet werden konnten. Diese Inhalte und Muster bilden den Kern unseres Unbewußten. Und wenn diese Inhalte nachträglich zur Bildung von Selbststrukturen beitragen, können wir – so Tenbrink – davon sprechen, daß Unbewußtes bewußt gemacht worden ist. Es geht gewissermaßen um eine nachträgliche Symbolisierung von sogenanntem präverbalem Erleben.

Tenbrink trifft also die Unterscheidung zwischen jenem Erleben das ins Omnipotenzlerben aufgenommen wurde (also zur eigenen Person dazu gehört) und solchem Erleben, das aufgrund seines traumatischen Potentials vom Omnipotenzlerben ausgeschlossen werden mußte.

Dieser Begriff des Omnipotenzlerbens findet sich bei Winnicott als ein ganz wesentlicher Faktor in der allerersten Entwicklungsphase

In der Musiktherapie – und das heißt in der Arbeit mit Kranken beziehen wir uns mit Tenbrink „überwiegend auf das Schicksal dieser traumatischen – und damit mehr oder weniger aus dem Omnipotenzlerben ausgeschlossenen – präverbale Erfahrungen. Und er trifft eine weitere wesentliche Unterscheidung, nämlich die zwischen Ausdruck und Transformation.

„Präsymbolischen Erfahrungen Ausdruck verleihen meint aber noch nicht zwangsläufig auch Transformation. Transformation ist ein zweiter Schritt, der sehr viel schwieriger zu realisieren ist, als etwas lediglich zum Ausdruck zu bringen. Anders formuliert, „Ausdruck von präverbale Erlebnismustern“ meint lediglich, daß etwas von dem ungedachten Wissen durch die Verknüpfung mit aktuellen Sinneseindrücken vorübergehend in eine flüchtige und fragile Form gebracht werden kann. Dieses Geschehen weist den Charakter einer Katharsis auf, die keine strukturellen Veränderungen im Selbst mit sich bringt, sondern lediglich die vorübergehende Abfuhr von Spannungen ermöglicht, die in den präverbale Erlebnismustern gebunden sind, ohne daß die Muster selbst eine dauerhaft symbolisierte Form erhalten, bzw. zum Aufbau von Selbststruktur genutzt werden können. M. a. W. es hat keine ausreichende Transformation der Erlebnismuster stattgefunden. Die Voraussetzung dafür, daß die Symbolisierung von präverbalem Material eine dauerhafte Wirkung mit sich bringt – d.h. Präverbales wirklich auf strukturellem Niveau in symbolische Form gebracht werden kann -, ist ein Prozeß

der Transformation. Und der führt in seinen Auswirkungen also weit über den Ausdruck bzw. die Abfuhr hinaus und hat zur Voraussetzung, daß

1. das Selbst des Betreffenden aktiv an dem Prozeß beteiligt ist und daß
2. dieses Selbst in dem Prozeß der aktiven Beteiligung an der Transformation auf eine Weise gehalten wird, die es ihm ermöglicht, präverbale Muster des Erlebens nachträglich in den Bereich des Omnipotenzlerlebens hineinzuholen....Der Unterschied zwischen Ausdruck und Transformation muß dabei nicht immer ein grundsätzlicher sein. Es sind natürlich auch Übergänge und Kombinationen beider Prozesse denkbar.“ (Tenbrink 1997, zit. nach Tenbrink, 2000, S. 246).

Dieser Transformationsprozeß kann also mehr oder weniger gelungene nachträgliche Symbolisierungen hervorbringen. Die Wirksamkeit dieser nachträglichen Symbolisierung ist für uns gewissermaßen eine Säule. Eine andere wichtige Säule dieses Geschehens ist die Art und Weise, in der das alles in der Musiktherapie vor sich geht, und dabei gilt unser Interesse der musiktherapeutischen Improvisation und hier natürlich nicht in erster Linie dem musikalischen Produkt, dem manifesten Ausdruck, also dem verständnismäßigen Erfassen musikalischer Abläufe, sondern vor allem „dem Darunter“, den latenten Inhalten und Prozessen, die im musikalischen Ausdruck ihre Symbolisierung gefunden haben.

Es liegt also nahe, daß für ein differenziertes Verständnis der musikalischen Prozesse eine Auseinandersetzung mit den intrapsychischen Prozessen, als deren Abbild wir den freien Ausdruck verstehen, von Nutzen ist. Und damit sind wir wieder bei Freud und der Psychoanalyse und kommen zu diesen intrapsychischen Vorgängen Primärprozeß und Sekundärprozeß, die – wie wir meinen – bei jeder musiktherapeutischen Improvisation beide gleichermaßen beteiligt sind, sowohl zeitgleich als auch zeitlich verschoben und die mit wechselnd unterschiedlicher Bedeutung wirksam sind.

Der Primärprozeß, die psychoanalytische Bezeichnung für die es-haften Prozesse umfaßt also sämtliche nach Befriedigung drängenden Trieb- oder Instinktansprüche bzw. den symbolischen Ausdruck solcher Ansprüche in Konflikten. Er stellt die Funktionsweise des Psychischen Apparates dar, die im zeitlichen Ablauf, also in der frühen Kindheit zuerst auftritt, während der Sekundärprozeß erst später hinzukommt, sich sozusagen erst mit den Erfahrungen des Kindes in der Auseinandersetzung mit der Realität zu entwickeln beginnt. (vgl. Laplanche, J., Pontalis, J.-B., 1994; Schwaiger 1995)

Die Erfahrungsweisen, die der Primärprozeß beschreibt, sind die Faktoren, die uns beispielsweise auch im Zusammenhang mit der Traumarbeit vertraut sind, das sind:

- Die Unaufschiebbarkeit der Triebansprüche und die daraus resultierende Neigung zu unmittelbarer Befriedigung (Triebabfuhr ohne jede Verzögerung)
- Die Beweglichkeit der Triebenergien ( also die Leichtigkeit, mit der die Objekte bzw. die Wege, auf denen Befriedigung gesucht wird, ausgetauscht werden können)
- Die Verschiebung (bezeichnet die Ersetzung einer Idee oder einer Vorstellung durch eine andere, die mit ihr assoziativ verknüpft ist)
- Die Verdichtung (bezeichnet die Darstellung mehrerer Ideen oder Vorstellungen durch ein einziges psychisches Vorstellungselement, z.B. ein Wort, ein Bild oder lediglich Teile davon)
- Die Verwendung von Symbolen (zit. nach Schuster, P., Springer-Kremser, M., 1992; Schwaiger, K., 1995)

Beim Sekundärprozeß, der psychoanalytischen Bezeichnung für die regulatorischen Vorgänge im Bereich der Ich-Funktion, allgemein als Realitätsprinzip vertraut „ist die Energie zunächst gebunden, bevor sie in kontrollierter Form abströmt.“ (Laplanche, J., Pontalis, J.-B., 1994, S.397) Hier geht es also um Funktionen wie das wache Denken, die Aufmerksamkeit, die Entscheidung, das Urteilsvermögen oder die kontrollierte Handlung. Der Sekundärprozeß erfüllt eine regulierende Funktion, die durch die Ichbildung ermöglicht wurde, deren Hauptaufgabe darin besteht, den Primärprozeß zu hemmen. (vgl. Laplanche, J., Pontalis, J.-B., 1994, S.398)

Intrapsychische Prozesse und musiktherapeutische Improvisation sind in vielen ihrer Eigenschaften zunächst dem Primärprozeß vergleichbar: symbolischer Ausdruck nach Befriedigung drängende Trieb- oder Instinktansprüche, Verdichtung, Verschiebung, Aufhebung der Gesetze von Logik, Zeit und Raum. All dieses findet sich beim Traum, Tagtraum und bei Fantasien, und steht dem Lustprinzip nahe. Die Gesetze von Logik, Zeit und Raum gelten – wie erwähnt – erst im sekundärprozeßhaften Denken, bei den regulatorischen Vorgängen im Bereich der Ich-Funktionen, (Realitätsprinzip), mit denen wir in der musikalischen Improvisation imstande sind, diese primärprozeßhaft geleiteten Äußerungen kreativ zu formen, zu gestalten und zu verändern.

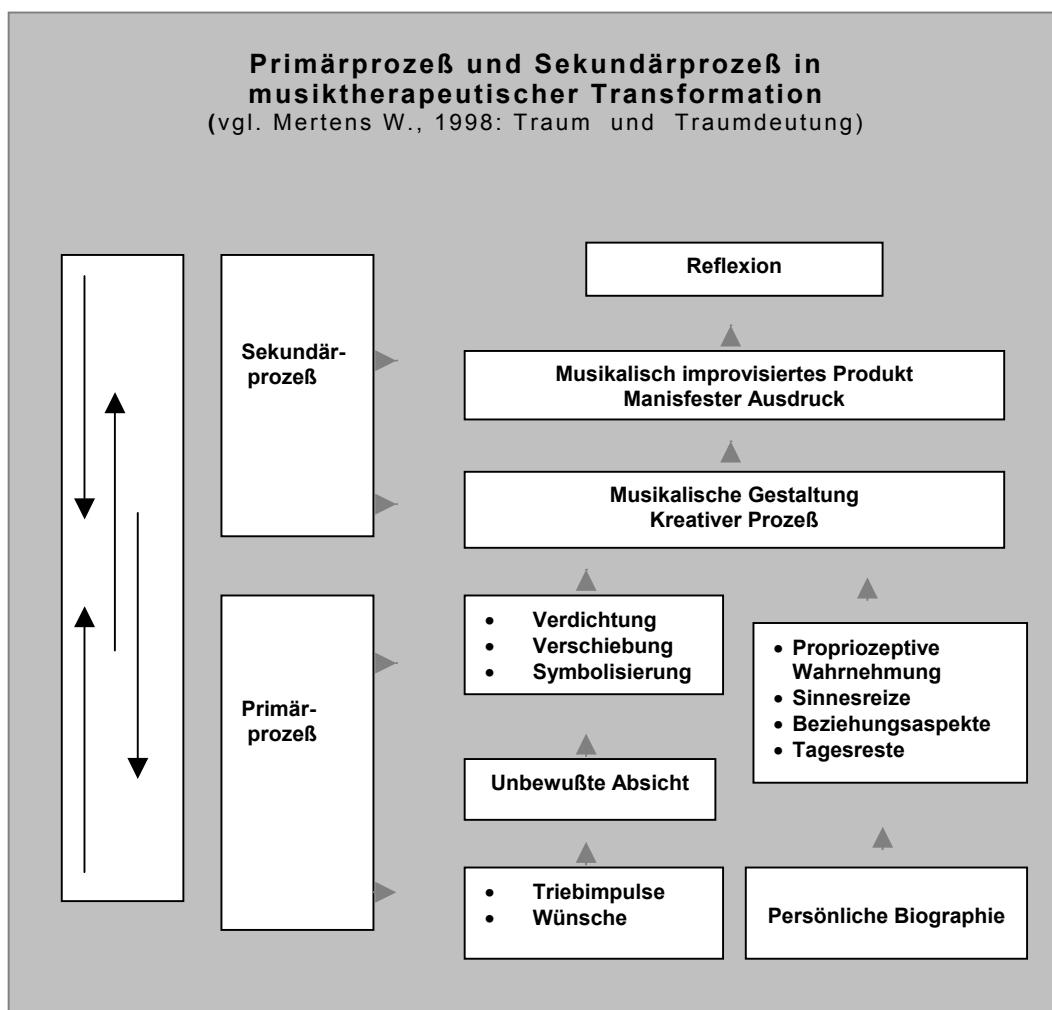
Dieser ganzheitliche und schwer in Worte zu fassende Vorgang steht in engem Verhältnis zu tiefen Schichten des unbewußten Erlebens, jenseits der symbolisierten Erfahrungsbildung. Tenbrink sagt dazu: „Aus diesem Grund ist es auch besonders schwierig, über Musik und ihre Bedeutung für das Erleben nachzudenken, ohne

damit einen Prozeß der Vergegenständlichung einzuleiten, der gerade das zum Verschwinden bringt, was das Essentielle an dem Musikerleben ausmacht.“ (2000, S. 244)

Der Gruppendynamiker Ammon beschreibt dieses zwischen Primär- und Sekundärprozess oszillierende Geschehen, bei dem Ichgrenzen durchlässig werden, als „Denken in kreativen Prozessen“ und prägt dafür den Begriff „Tertiärprozess“ (1975). Darin gewinnen auch zwischenmenschliche Momente an Bedeutung.

Vergleichbare Gedanken zu diesem Thema findet sich in der psychoanalytischen Literatur zur Kreativität schon in den 50-er und 60-er Jahren als „Regression im Dienste des Ich“ (Kris 1952) und als „Passagere Entdifferenzierung“ (Ehrenzweig, 1967).

Abb. 1 Musiktherapeutische Transformation



Im Weiteren soll es um solche neuen Verknüpfungen primärprozeßhaften Geschehens mit der Realität, bezogen auf das Geschehen musiktherapeutischer Improvisation und Intervention, gehen. Die letzteren ermöglichen ein Oszillieren zwischen Primärprozeß und Sekundärprozeß, auch bei Patienten mit „strukturellen Ichstörungen (Fürstenau, 1997), also mit psychogenetisch frühen Störungen aus der präverbale Zeit vor Abschluß der Individuations- und Separationsphase (Mahler et al. 1975). Janssen zählt hierzu klinische Syndrome wie Borderline, Psychose, Psychosomatose, auch einige neurotische Symptome wie hysterische Lähmungen oder Zwänge. ... auch intellektuell retardierte Personen mit sprachlichen Beeinträchtigungen (sind) hier dazuzuzählen“ (Oberegelsbacher, 1997, S. 48).

Für Menschen, die von psychischer Desintegration und Kontrollverlust bedroht sind und daher einen Mangel an Trennschärfe zwischen Primär- und Sekundärprozeß aufweisen, also unfähig sind, inkompatible Inhalte zu verdrängen, besteht die ständige Gefahr der Überschwemmung mit primärprozeßhaften Inhalten. Hier gilt es, besondere Vorsicht bei der Interpretation und Deutung aller – auch musikalischer - Mitteilungen, walten zu lassen, um zu verhindern, daß primärprozeßhaftes Geschehen weiter angeregt wird. Bei Menschen in solcher Bedrängnis sind die Verbesserung und der Aufbau des Realitätsbezuges sowie der Aufbau von Objektbeziehungen oberstes Ziel.

### **Ein Beispiel: Vier Hände gegen die Angst**

Frau S., eine paranoid psychotische Frau kommt in ihre 3. Musiktherapiestunde. Angespannt setzt sie sich, schaut unruhig im Raum herum, beginnt, von für sie beängstigenden Ereignissen zu sprechen – den Amerikanern, ihren Vorbildern, den Österreichern, die nicht verstehen würden, daß sie sich vielmehr anstrengen müßten, um es ihnen, den Amerikanern gleich zu tun und die dadurch vom Untergang bedroht seien. Sie wird beim Reden immer aufgeregter, angespannter, ängstlicher.

Meine Intervention: Ich spreche ihren immensen Druck und ihre Bedrängnis an, die Anstrengung ihrer Anspannung und frage sie ob und welche Musik, welches Spiel jetzt hilfreich sein könnte. Sie fragt nach einer Leier – wir nehmen beide ein Instrument in die Hand, Frau S. hält sie fest mit beiden Händen, spielt aber nicht – ich beginne ein Spiel: vorsichtig in der Lautstärke, ruhig im Tempo, einfach im Rhythmus, klar ein paar wenige Motive. Frau S. beginnt sich langsam zu entspannen, lehnt sich zurück, hält die Leier aber nach wie vor fest und hört mir zu bis sie anfängt zu weinen. Danach erzählt sie von ungerechten Situationen im

Krankenhaus, wo sie kontrolliert und kritisiert würde und allmählich von ihrer Angst und Schwierigkeit, sich auf der Station einzuleben.

Eine relativ alltägliche musiktherapeutische Situation im psychiatrischen Krankenhausalltag.

Dieses Beispiel der paranoid psychotischen Frau S. enthält bei näherem Hinsehen den Fortschritt von einem archaischen Weltereleben zu einer viel höheren Stufe der Daseinsbewältigung. Während die Patientin zuerst den Untergangswahn leibhaftig erleben muß, auch ausagiert und dabei mit dem vorherrschenden Affekt der Angst in Starre und Festklammern die Situation irgendwie zu kontrollieren sucht, kommt es dann zu einer beruhigenden Erfahrung und emotionalen Berührung mit kathartischem Effekt. Nun sind es nicht mehr Isolation und Angst, sondern Trauer und schließlich Rückkehr in eine andere Realität: in die Realität eines paranoid erlebten Alltages im Krankenhaus mit konkreten Problemen und benennbaren eigenen Schwächen.

Der agierte Wahn hat sich in einen kommunizierbaren sozialen und schließlich auch intrapsychischen Konflikt transformiert! Das ins entfernte Amerika Ausgelagerte darf ins nahe Wiener Krankenhaus und schließlich in die ganz nahe eigene Person zurück. Das erkennbare Motiv der Unterlegenheit, die durch mangelnde Selbstausrüstung mit Ressourcen in der Begegnung mit „Fremdem“ manifest wird, mutiert von der „Todesbedrohung“ zur „Schwierigkeit“. Diese Patientin, die vorher eine Regression durchlaufen hatte, vollzieht nun eine Progression.

Alles ereignet sich unausgesprochen und dennoch spektakulär innerhalb einer musiktherapeutischen Begegnung nach nur zwei Therapiekontakten. Was hier zum Tragen kommt und im musiktherapeutischen Alltag ständige Bestätigung findet, sind die Eigenschaften der Musik bzw. der musiktherapeutischen Techniken. Sie haben die Fähigkeit, durch ihre hohe Plastizität allen unterschiedlichen Daseins-, Entwicklungs- und Bewußtseinsstufen gleichzeitig anzugehören: Sie können sich darin bewegen und zwischen diesen Stufen flexibel als Mediatoren wirksam sein.

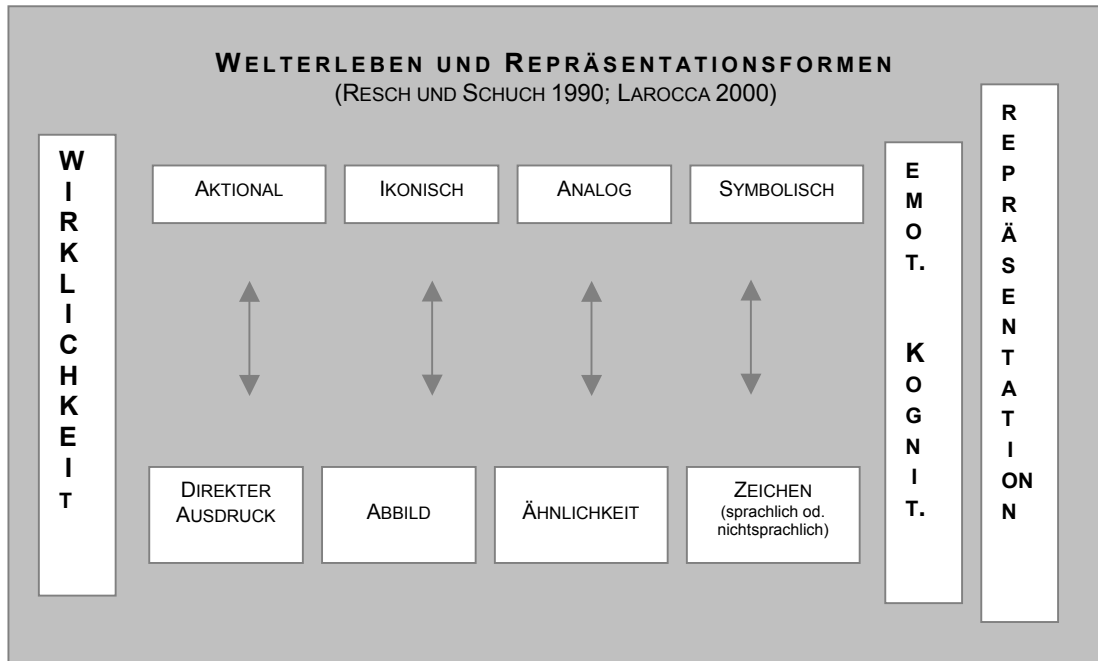
### **Musiktherapeutische Techniken als Mediatoren**

Die Stufen der Wissensrepräsentation können als Entwicklungshierarchie verstanden werden, die phylo- und ontogenetisch durchlaufen wird. Dennoch gilt,



daß unter bestimmten Bedingungen beim Individuum unterschiedliche Ebenen gleichzeitig vorhanden bzw. aktiviert sein können, etwa während der Psychose.

Abb. 2 Welterleben und Repräsentationsformen



Legende zur Abbildung:

- *Aktionale (oder enaktive)* Wissensrepräsentation: Direkter Ausdruck, Sensomotorik, große Nähe zu vitalen Funktionen, hohe affektive Resonanz. Ein in Handlungen enthaltenes Wissen, z.B. wie man einen Knoten knüpft – ist sprachlich schwer zu beschreiben.
- *Ikonomische* Wissensrepräsentation: Bildhaftigkeit, Abbild. Ein in Bildern enthaltenes Wissen, z.B. das dreidimensionale Bild des Knotens.
- *Analoge* Wissensrepräsentation: Es gilt das Ähnlichkeitsprinzip. A zu B wie C zu ....
- Analoge Wissensrepräsentation hat als Indiz im Allgemeinen die Leichtigkeit, mit der analoge Operationen durchgeführt werden können.
- *Symbolische* Wissensrepräsentation: Es gibt Zeichen sprachlicher od. nichtsprachlicher Art, deren Beziehung zum Bezeichneten intentional (d.h. bewußt und auf etwas bezogen) und/oder durch Konvention (d.h. Verständlichkeit von (sprachlichen) Symbolen) festgelegt ist. Es handelt sich um ein z.B. in Sprache übersetztes Wissen sowohl von Handlungen, als auch von Bildern (Städtler, Th., 1998, S.35 u. 930)

## Zum Verständnis von Dekompensations-Vorgängen

Schwere psychische Desintegrationszustände können neben psychoanalytischen Erklärungsansätzen (z.B. für Symptombildung, s. Lempa, Mentzos, Sechehaye) auch durch wahrnehmungspsychologische verstanden und behandelt werden, die sich gegenseitig ergänzen können:

**Hypothese einer Regression kognitiver Funktionen** (Resch und Schuch, 1990, zit. nach Oberegelsbacher, 1997)

„Es gelten prälogische, d.h. kindliche Denkregeln (nach Piaget, 1926), wo Analogieprinzipien vorherrschen und Ähnliches bereits als identisch betrachtet wird. Bei Herrn W. heißt dies: „Meine Tablette ist rosa. Die Lieblingsfarbe meiner Freundin ist rosa.- Die Tablette ist meine Freundin.“

Die beiden Autoren meinen weiters: „In der Psychose nehmen Ähnlichkeiten zu, das Gemeinsame wird wichtiger bewertet als das Unterscheidende.“ (Resch und Schuch, ebd. S. 130). Auch das Prinzip der Partizipation führt dazu, daß Dinge in räumlich-zeitlicher Nähe zueinander in kausaler Verknüpfung erlebt werden. Der Patient, Herr W., zieht folgenden Schluß: Die Reduktion der rosaroten Tablette auf die Hälfte heißt, daß meine Freundin mich nur mehr halb so liebt. Größte Irritation und Angst sind die Folge.

Wie beim zentralen, integralen Adualismus des Kindes im präoperationalen Stadium gibt es also keine klare Trennung zwischen Zeichen und Bezeichnetem, zwischen innen und außen, zwischen Vorstellung und Wahrnehmung, zwischen Materie und Psyche.

Man spricht hier von Konkretismus (Strobl und Resch 1988, Arieti 1974). „Dieser Konkretismus beruht auf einer Regression kognitiver Funktionen auf die ontogenetisch älteste Repräsentationsform. Durch diese Regression kommt es zur Auflösung der Hierarchien in der kognitiven Verarbeitung. Alle Repräsentationsformen, die sich im Entwicklungsverlauf nacheinander und übereinander herausgebildet haben (aktional, ikonische und symbolische Repräsentationsform) bestehen nebeneinander, wobei die unmittelbar aktionale Repräsentationsform bei starker affektiver Resonanz (das heißt, hoher Notwendigkeit zu Desaktualisierung) zur handlungsbestimmenden Verarbeitungsform wird.“ (Resch und Schuch, ebd. S. 131).“

Was Problemlösung betrifft gibt es im „Vorfeld der Psychose nach Resch (1994, S. 248 f.) einen hierarchisch nach unten führenden Weg vom Coping (als absichtsvoller, flexibler Strategie) über Abwehr (als starrer und verzerrender

Strategie) in die bereits beschriebene ontologische Regression.“ (Oberegelsbacher 1997, S.5).

### **Realitätsbezugsstörung** (Lempp, 1978)

Hier geht es um eine spezifische Fähigkeit selbstreflexiver Distanzierung, um die sogenannte *Überstiegsfähigkeit*, oder „als-ob Fähigkeit“, die beim gesunden Menschen gegeben ist.

„Normale Kinder entwickeln entsprechend ihrer lebhaften, kindlichen Phantasietätigkeit – in Übereinstimmung mit ihrem magisch-animistischen Denken – Nebenrealitäten. Die gemeinsame Realität erhält jedoch Dominanz, und die Kinder vermögen zwischen den Realitätssystemen frei zu wechseln. Diese Fähigkeit zum Überstieg, also die freie Verfügbarkeit zwischen Haupt- und Nebenrealitäten, fehlt dem autistischen Kind und ist beim schizophrenen Kind eingeengt. Den Nebenrealitäten kommt eine psychohygienische Bedeutung zu, indem sie die Abreaktion und Entlastung vom psychisch belastenden Erlebnis aus der Hauptrealität ermöglichen. Der Verlust der Fähigkeit, vom gemeinsamen Realitätsbezug zum eigenen individuellen Realitätsbezug überzuwechseln und wieder zurückzusteigen, wird von Lempp hypothetisch als hervorgerufen durch eine chronisch schwere seelische Belastung und/oder durch ein dauerndes neurotisches Fliehen vor dem belastenden gemeinsamen Realitätsbezug erklärt.“ (Friedrich 1983, S.7).

### **Psychoanalytische Erklärungen** (Mentzos, 1991)

- Das *Konflikt-Abwehr Konzept* sieht Psychosen analog Neurosen als Antwort auf einen Konflikt, mit dem großen Unterschied, daß hier nicht verdrängt, sondern radikal abgespalten wird und das Objekt auch psychisch nicht mehr repräsentiert ist. Durch dies „radikale Exkommunizierung des Konfliktes“ kommt es zwar zu Entlastung, aber auch Leere, sodaß sich Wünsche und Vorstellungen selbständig machen, der sekundäre Denkprozeß zugunsten des primären aufgegeben wird. Angst und Kontrollverlust folgen häufig.
- Das *Konzept der Ich-Defizienz* geht von grundsätzlichen erworbenen Ich-Schwächen und Vulnerabilitäten aus, in denen Lempa, ein Mitarbeiter von Mentzos, zwar keinesfalls optimale, aber dem Schizophrenen einzig mögliche – Bewältigungsversuche und Kompromißlösungen sieht, für die ein Schutz postuliert wird. Das Symptom wird als Wunscherfüllung angesehen: „...der „Zerfall“ des Ich, die Regression zur paranoid-schizoiden Position (sind) zielgerichtet, diese schaffen die Bedingungen, unter denen ein Wunsch sich äußern, eine Erfüllung finden kann.“ (Lempa 1992, S. 37).

- Das *Konzept der Selbst- und Objektrepräsentanzen* differenziert das Bild der Ich-Schwäche dahingehend, daß die gestörten Beziehungen des Patienten zu sich selbst und zur Umwelt bzw. zu Primärobjekten als die Ursache für defizitäre Selbst- und Objektrepräsentanzen angenommen werden. Demgemäß werden Patienten sozusagen selektiv innerhalb ihrer Beziehungen psychotisch und bleiben ansonsten unauffällig. „Anstelle der verlassenen, geopfert Anteile von sich selbst und anstelle der aufgegebenen Objekte entstehen als Rekonstruktionen des Selbst und der Welt (der Objekte) viele der uns als „produktive Symptomatik“ bekannten Erscheinungen...“(Mentzos 1991, S. 50)

## Die Begegnung mit schwer destabilisierten Patienten

Es kann nun gefragt werden, was in der Musiktherapie mit von psychischem Zerfall und Auflösung bedrohten Patienten geschehen soll.

Sind sie überhaupt therapiefähig? Die Antwort lautet „ja“, wenn dabei auf ihren Zustand gänzlich eingegangen und sie auf dieser Ebene gehalten und gestützt werden und eine adäquate Kommunikation hergestellt wird.

Haben sich die Angebote nur auf Krisenintervention zu konzentrieren? Die Antwort ist „nein“. Die Erfahrung zeigt, daß auch hochdramatische Situationen, nachdem sie umfaßt werden (Holding bzw. Containing), entschärft und reguliert werden (Katharsis und Desaktualisierung) und schließlich auch mit Sinn versehen werden (Spiegelung und Interpretation) immer auch gleichzeitig mit einer Ebene in Verbindung kommen können, die wir als sogenannte Arbeitsebene kennen. Deren allgemeinste Merkmale sind unter anderem wiederhergestellte Kommunikation mit zuvor abgekoppelten Affekten, Objekten und Einstellungen; Strukturiertheit, Intentionalität - oft auch mit Handlungsbereitschaft und Progression und schließlich eine Art von Diskurs mit Reflexivität.

All das Beschriebene gilt auch für Extremsituationen, die nicht durch Dramatik sondern durch ihr Gegenteil, z.B. Negativsymptomatik gekennzeichnet sind. Der Unterschied liegt darin, daß die Dynamisierung des Geschehens hier nicht im oberen Spektrumsbereich durch energetische Abfuhr sondern im unteren Spektrumsbereich durch energetische Zufuhr gekennzeichnet ist, was mit Musik ebenso angebahnt werden kann.

Ein Hauptanliegen der musiktherapeutischen Arbeit ist Wiedergewinn von Realität oder Realitätszuwachs. Der Weg geht über die Beziehungserfahrung mit dem Anderen, über den Zuwachs an Selbstwert, über die Anbindung an Ressourcen

schließlich weiter zum Wiedergewinn der Identität. Dabei sind auch Verstehen und Integration des Entglittene eingeschlossen.

Musik kann spezifisch einwirken. Ihr stehen durch die Parameter Rhythmus, Klang, Harmonie, Dynamik, Agogik viele Kombinationsmöglichkeiten zur Verfügung, die entweder zerfallsbegünstigend und auflösend oder zerfallshemmend und stützend wirksam werden.

### **Ein Beispiel zu Rezeption von improvisierter Musik und Regression im Dienste des Ich**

Hier wird gezeigt, wie in einer ambulanten Musiktherapie gearbeitet wird: Der paranoid schizophrene 30-jährige Mann befindet sich in Ablösung von seinem Elternhaus und ist beruflich noch nicht etabliert. Seine Art ist höflich distanziert, er ist streng zu sich selbst und seine hohen Leistungsansprüche führen ständig zu Selbstentwertungen, da sie selten eingelöst werden. In den mittlerweile seltenen psychotischen Schüben stehen messianische Ideen und Zwangshandlungen im Vordergrund. Gegenwärtig ist der Patient nicht psychotisch, auch hat er bereits gelernt im Schutze der musiktherapeutischen Begegnung das rezeptive Moment zuzulassen, ohne es mit unerlaubtem Faulsein abzuwehren. Das Vertrauen in die Musiktherapeutin, anfangs sehr klein, ist nunmehr bereits sehr gewachsen.

Es geht hier um Wiedergewinnung eines sicheren Ortes und persönlicher Autonomie.

„In der 76. Stunde ist Herr W. vollkommen irritiert, er sei in einem Loch, unausgeschlafen, da die Handwerker seit Tagen in seiner Wohnung seien, bereits frühmorgens. Auch die Toilette sei unbenützt. Er habe Angst vor der kommenden Woche, seine Freundin sei derzeit fort, gegen väterliche Vorhaltungen habe er sich erfolgreich, aber mit Mühe, abgegrenzt. Er komme sich blöd vor, aber er wünsche sich, wieder auf der blauen Matraze zu liegen. Ich mache den Vorschlag, für ihn ein ‚Spiel gegen die Angst‘ zu spielen. Dazu wähle ich drei bestimmte Instrumente aus, von denen ich annehme, daß sie vom Patienten objektal positiv bzw. negativ besetzt sind. Herrn W. erkläre ich meine Vorgangsweise: Ich würde mit der Harfe und dem Xylophon auf der einen Seite und mit den Bongos, die für die Angst stünden, auf der anderen Seite spielen.“

Die Improvisation entwickelt sich sodann, geleitet (wie immer) von Intuition, Wissen und Handeln aus der Gegenübertragung heraus. Die ist hier spürbar als aufgeregtes Herzklopfen und ein Gefühl, einen äußerst geringen Spielraum zu haben, da jetzt alles gefährlich ist.

Die Harfe beginnt und wird von den Bongos abgelöst, aber nur kurz und leise.

Irgendwann bekommt das Saiteninstrument vom Xylophon Verstärkung, es werden nun eine zeitlang nur diese zwei gespielt. Als sich zwischen diesen zweien eine erkennbare, wiederkehrende Struktur etabliert hat, erklingt irgendwann die 'bedrohliche' Trommel wieder mit.

Nun werden alle drei Instrumente der Reihe nach einzeln gespielt, einige Male, womit sich automatisch ein 3-er Takt ergibt, fast tänzerisch. Damit öffnet sich ein Weg für leises, angstfreies Spielen auf einer hierarchisch höheren Strukturebene.

Nun kann von Musizieren geredet werden. Ein Überstieg ist geglückt, der bei der Therapeutin als Entspannung und Freude spürbar wird und als Sehnsucht: 'So ist es gut, es möge nie aufhören!'

Dieser ozeanische Klangraum wird eine Weile aufrechterhalten: gibt er doch Geborgenheit und wagt er doch gleichzeitig eine 'mutige Benennung des momentanen Verworrenen oder Unerträglichen' (Mentzos 1991, S. 53), ja, zeigt er doch in der Art, wie die Instrumente miteinander tun eine 'paradigmatisch geglückte Lösung, eine geglückte Aufhebung des Grundkonflikts (...Abgrenzung versus Verbindung, Autonomie versus Fusion)', wie es Mentzos (ebd. S. 53) nennt.

Durch diese neuen Erfahrungen entstehen 'wenigstens ansatzweise neue Strukturen, das heißt tragfähigere und ausreichend abgegrenzte Selbst- und Objektrepräsentanzen...' (S. 53). Ein Vergleich mit der von M. Sechehaye (1950) beschriebenen *realisation symbolique*, der symbolischen Wunscherfüllung, mag hier ebenfalls zulässig sein.

Im Anschluß an diese Musikrezeption meint Herr W., vollkommen entspannt und gelöst, ihm sei jetzt plötzlich klargeworden, wie wichtig das Klo für ihn sei. Dort kämen ihm immer die Ideen, treffe er Entscheidungen, außerdem sei es dort am wärmsten. Er strahlt dabei. In der Folge gelingt es herauszuarbeiten, daß ein Teil seines mißlichen Befindens eben auf den momentanen Verlust eines solchen privaten Ortes der Sicherheit und Entlastung beruhe. Immer anhand der Toilette können nun Lösungen überlegt werden: Herr W. ist nämlich der Meinung, in dieser Zeit seine Körperfunktionen eben durch Zurückhalten besonders kontrollieren zu müssen ('aushalten! Geht eben nicht') – auch nachts – oder allenfalls 'zu Papa oder zur U-Bahnstation' zu gehen. Im Zuge eines eher gelösten Dialoges kommt das Gespräch auf den Nachttopf, oder auf ein Äquivalent ('Was wär mit einem großen Gurkenglas?'). Mittlerweile humorvoll, hat Herr W. plötzlich eine Idee, ausnahmsweise die Dusche zu verwenden und dann nachzuspülen... Eine spontane weitere Idee hat er nun auch bezüglich der Lösung eines anderen konkreten Problems, in welches andere Personen verwickelt sind.

Herr W. kann aktiv Ressourcen und Selbstwert mobilisieren, nachdem er durch Selbstbestimmung über seine Körperfunktionen Autonomie wiedergewonnen hat. Zuvor mußte aber eine Überich-Entlastung analfixierter Grundsätze erfolgen, was Herr W. nach geglückten Deutungen in einem maternalen Beziehungsraum zulassen konnte. Musik wäre dabei unverzichtbar gewesen.“ (Oberegelsbacher, 1997, S. 16 f.)

## Zusammenfassende Betrachtungen

Es mag ersichtlich geworden sein, daß der Primär- und Sekundärprozeß sich unter dem Wirken musiktherapeutischer Intervention verändern kann. Es bedeutet im psychotherapeutischen Kontext, daß Interventionen flexibel dem jeweiligen Status der PatientIn angepaßt werden können und daß z.B. Krisenintervention, Containing, veränderte Bewußtseinszustände und deren Stabilisierungen in Gestalt der ein und selben Person (Musiktherapeutin) und der ein und selben Mittel (Musik) erreicht werden können. Damit sind optimale Bedingungen für Objektkonstanz gegeben und werden Forderungen nach Ganzheitlichkeit und Integration erfüllt: Das Setting braucht sozusagen nicht verlassen werden.

Die Krisenintervention wird zur Regression im Dienste des Ich. Die Patientin erhält soviel Regression als nötig und so wenig als möglich. Immer ist dabei auch gleichzeitig das Angebot nach „heraus“ mitgehalten und wird durch musikalische Feinabstimmung vermittelt.

Dabei ist das sogenannte Iso-prinzip, das homöopathische Prinzip, wichtig: die PatientIn dort abzuholen, mit jener „prozeßhaften Mischung“, die ihr gemäß ist. Gemeinsam gehen PatientIn und TherapeutIn den Weg zurück, verbleiben, wo es nötig ist, gehen heraus.

Die PatientIn macht die existentielle Erfahrung des Durchlaufens, Verlassens einer Krise mit dem Herauskommen aus dem Zerfall. Sie, er erwirbt ein neues, vielleicht nie dagewesenes Wissen über Ablauf, Erkennung und Handhabung von Bedrängnis. Das ist heilsam per se. Es ist umso heilsamer im triangulierten Begleitschutz von Musik und MusiktherapeutIn.

Das Schöne, Kreative daran ist, Chaos in Kunst zu verwandeln, Leiden in bewältigbares und gestaltbares Dasein. Die PatientIn kann ihren Heilungsprozeß als kreativen Prozeß entdecken.

Die Fülle an Inhalten kann mit der Annahme eines Prinzips des freien Einfalls konstruktiv zugelassen werden. Zu Konzepten wie freischwebende Aufmerksamkeit, Definition von Abstinenz, Interaktion u.a.m. bezieht die Musiktherapie auf ihre Weise Stellung.

Das kathartische Ereignis hat den Stellenwert einer möglichen Vorstufe zu anderen Prozessen.

Die Autorinnen vertreten die Auffassung, daß musikalischer Ausdruck zwischen Primär- und Sekundärprozeß, aber auch zwischen frühen und reifen Repräsentationsformen oszilliert, dem sich der Vorgang des Entschlüsselns und Verstehens anzugleichen hat.

Weiters wird hervorgehoben, daß tiefenpsychologisches Denken und Handeln in der Musiktherapie zuallererst eine nach der Bedeutung und Finalität von Phänomenen fragende Haltung einzunehmen hat, und nach der Art des rechten Antwortens auf musikalischer und verbaler Ebene zu suchen hat. In der Arbeit mit schweren Störungsbildern ist es hilfreich biologisch-kognitive und entwicklungspsychologische Erkenntnisse miteinzubeziehen.

Erfordernisse auf seiten der MusiktherapeutIn sind:

Erkenntnis im Umgang mit eigener Regression, deren Abwehr und Tendenz zu Dekompensation, Kenntnis eigener Ressourcen, Handeln aus Übertragung-Gegenübertragungs-Interaktion, Vertrauen auf Gegenübertragung als Indikator und auf Selbstregulation, Zuhilfenahme von Musik als Container für TherapeutIn und PatientIn, Kenntnisse in Diagnostik des Zerfallsprozesses zur sicheren Einschätzung einer Phase, Erkenntnis und Vertrauen in Ressourcen, positive Einstellung und Kenntnisse im Umgang mit verändertem Wachbewußtsein bzw. Tranceinduktion, Glauben an die Heilsamkeit von Beziehung.

Musiktherapie im psychotherapeutisch-klinischen Kontext ist in der Lage, Rezidive abzufangen, zu verkürzen, überflüssig zu machen. Somit kann dieses Potential auch in seiner gesundheitspolitischen Relevanz sichtbar werden.

## Literatur

- Ammon, G. (Hrsg.). (1975). Gruppendynamik der Kreativität. München: Kindler TB.
- Arieti, S. (1974). Interpretation of schizophrenia. New York: Basic Books.
- Ehrenzweig, A. (1967). Ordnung im Chaos. Das Unbewußte in der Kunst. München: Kindler.
- Eschen, J. (1996). Denkprozesse. In: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P. J., Weymann, E. Lexikon Musiktherapie. Göttingen: Hogrefe. S.79.



- Friedrich, M. H. (1983). Adoleszentenpsychosen. Pathoplastische und psychopathologische Kriterien. Bibliotheca Psychiatrica Nr. 163. Basel, München, New York, Sydney: Karger.
- Kris, E. (1952). Psychoanalytic Explorations in Art. New York: Intern. Univ. Press.
- Kris, E. (1941). Probleme der Aesthetik. Intern. Z. Psychoanal. Imago, 26, 142 – 178 (Wiederabdruck: Psyche, 24, 841 – 880, 1970).
- Laplanche, J., Pontalis, J.-B. (1994). Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt: Suhrkamp Verlag.
- Larocca, F. (1999, 2000). Musica e danza: mediatori nell'educazione speciale per l'handicap. In F. Larocca (a cura di), Musicoterapia e Danzaterapia per l'handicap, Atti del 6° Convegno Internazionale „La ricerca in educazione speciale: i mediatori analogici“. Verona: Libreria Editrice Universitaria.
- Lempa, G. (1992). Zur psychoanalytischen Theorie der psychotischen Symptombildung. In S. Mentzos (Hrsg.), Psychose und Konflikt (S. 29-77). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lempp, R. (1986). Schizophrene Erkrankungen, ein pathogenetisches Mosaik. In G. Nissen (Hrsg.), Psychiatrie des Jugendalters. Bern, Stuttgart, Toronto: Hans Huber.
- Mentzos, S. (1991). Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mertens, W. 1998. Traum und Traumdeutung. München: Verlag C.H.Beck
- Müller-Braunschweig, H. (1964). Frühe Objektbeziehung und künstlerische Produktion. Jahrbuch der Psychoanalyse, Band 3,, S. 116 – 149. Bern: Huber.
- Oberegelsbacher D. (1997). Ambulante individualpsychologische Psychotherapie mit einem Schizophrenen – ein musiktherapeutischer Beitrag. Vortrag im Alfred Adler Institut des Österreichischen Vereins für Individualpsychologie, 8.11.1997 in Wien.
- Oberegelsbacher, D., (1997). Musiktherapeutisches Improvisieren als Mittel der Verdeutlichung in der Psychotherapie. In: Fitzthum, E. et al. 1997. Wiener Beiträge zur Musiktherapie. Wien: Edition Praesens. S. 42 – 66.
- Oberegelsbacher, D. (2000). Katharsis. In Stumm, G., Pritz, A. (Hrsg.) Wörterbuch der Psychotherapie (S. 342 – 343). Wien, New York: Springer Verlag.
- Piaget, J. (1926,1988). Die Entwicklung des Weltbildes beim Kind. DTV Klett Cotta.
- Rauchfleisch, U., (1996). Musik schöpfen, Musik hören. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Resch, F. (1994). Beiträge zur Phänomenologie und Therapie der Schizophrenien aus individualpsychologischer Sicht. *Zeitschrift f. Individualpsychologie*, 19. Jg. (243-261). München, Basel: Ernst Reinhardt.
- Resch, F., Schuch, B. (1990). Beitrag zu einem Verständnis schizophrener Denkungsart. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 15. Jg. (126-133). München, Basel: Ernst Reinhardt.
- Schwaiger, K., (1995). Über die Freie Improvisation in der Musiktherapie. Diplomarbeit an der Hochschule für Musik und Darstellende Kunst Wien.
- Schuster, P., Springer-Kremser, M. (1992). *Bausteine der Psychoanalyse*. Wien: Universitätsverlag.
- Schuster, P., Springer-Kremser, M. (1994). *Anwendungen der Psychoanalyse*. Wien: Universitätsverlag.
- Sechehaye, M. (1959, 1973). *Tagebuch einer Schizophrenen. Selbstbeobachtungen einer Schizophrenen während einer psychotherapeutischen Behandlung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Städtler, Th. (1998). *Analogisches Denken; Repräsentationsmedien*. Lexikon Psychologie, Stuttgart: Alfred Kröner Verlag.
- Storz D. (2000) ). *Musiktherapeutische Techniken*. In Stumm G., Pritz A. (Hrsg.) *Wörterbuch der Psychotherapie* (S. 444-445). Wien New York : Springer Verlag.
- Strobl, R., Resch F. (1988). Der schizophrene Konkretismus. *Nervenarzt* 59, 99-102.
- Tenbrink, D. (2000). Musik als Möglichkeit zum Ausdruck und zur Transformation präverbaler Erlebnismuster. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, Heft 3, S. 243-254.
- Wiesmüller E. (2000). Zur Bedeutung von Übergangsobjekten, Übergangsphänomenen und objektalen Besetzungen in der Musiktherapie. Diplomarbeit im Kurzstudium Musiktherapie, Universität f. Musik u. darstellende Kunst Wien.
- Willms, H., (1997). Regression in der Musiktherapie. In: Bruhn, H., Oerter, R., Rösing, H. (Hg.) (1997). *Musikpsychologie*. Hamburg: Rohwohlt.
- Winnicott, D.W., (1974). *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. München: Kindler.
- Ders.: (1979). *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wölfler R. (2001). Die Macht der Musik – über die Einbeziehung musiktherapeutischer Elemente in die individualpsychologische Gruppenarbeit. In Storz D., Oberegelsbacher D. (Hrsg.), *Wiener Beiträge zur Musiktherapie*, Bd. III, Wien: Edition Praesens.

**BARBARA GINDL**

**»ANKLANG« FINDEN - EMOTIONALE RESONANZ  
ALS PSYCHOTHERAPEUTISCHES GRUNDPRINZIP**

**MEETING WITH APPROVAL - EMOTIONAL RESONANCE  
AS BASIC PSYCHOTHERAPEUTIC PRINCIPLE**

To start from the understanding of the early mother-child-relationship as a reciprocal resonance process, music therapy is seen as a „developmentally based psychotherapy“ (S.I.Greenspan). Feeling emotional resonance is a basic experience of every interpersonal relationship. Without these experiences, people can not develop their own ability for responsiveness and mutuality. In music therapy, the body-soul-space of the patient becomes a „sounding-board“, in which sound and touch can resound. An in this sense interactive, musical *and* bodily approach to the patient is appropriate to initiate on one hand the therapeutic relationship and on the other hand to transmit these experiences in an sensuous way.

Analog zur frühen Mutter-Kind-Beziehung als einem wechselseitigen Resonanzgeschehen verstehe ich die Musiktherapie als eine „developmentally based psychotherapy“ (S.I.Greenspan). Anklang zu fühlen ist eine basale Erfahrung jeder zwischenmenschlichen Beziehung. Fehlt sie, wird die eigene emotionale Resonanz(fähigkeit) blockiert und beeinträchtigt. Ein intersubjektiv verstandener, musikalischer *und* körperlicher Zugang zum Patienten in der Musiktherapie kann dieses zentrale wechselseitige Resonanzgeschehen einerseits anbahnen und es andererseits sinnlich fassbar übermitteln.

## **Einleitung**

Emotionale Resonanz als eine bestimmte Form zwischenmenschlicher Interaktion ist eine basale Erfahrung *jeder* zwischenmenschlichen Beziehung. Sie meint eine ganzheitliche Form des Aufeinander-bezogen-Seins und bezieht als prä- bzw. extravertales Beziehungsgeschehen die seelische, körperliche und geistige Ebene gleichermassen mit ein. Emotionale Resonanz ist in einem weiteren Kontext ein „transverbales“ Phänomen, in dem letztlich das Geheimnis des Angerührt-Werdens zum Ausdruck kommt. Emotionale Resonanz lässt in uns etwas anklingen und berührt uns. Ob, wann und in welchem Ausmass etwas in mir oder im Anderen anklingt, ist weder machbar noch kontrollierbar und erhält letztlich eine spirituelle Dimension.

*Anklang zu finden* entspricht einem menschlichen Grundbedürfnis und umfasst die Gewissheit, gehört, wahrgenommen und als wertvoll erachtet zu werden, für den eigenen Wert Bestätigung zu erhalten, durch eigenes So-Sein andere Menschen berühren zu können, in ihnen eine Wirkung zu hinterlassen und sich zugehörig fühlen zu dürfen. *Anklang zu finden* macht die eigene Daseinsberechtigung für uns fühlbar und konkret erlebbar.

*Anklang zu finden* (oder vielmehr zu *suchen*) ist daher besonders ein Grundthema all jener Menschen, die in ihrer (meist) frühen Entwicklung zu wenig oder eine zu wenig auf sie abgestimmte emotionale Resonanz erfahren haben.

In meiner jahrelangen musikpsychotherapeutischen Praxis begegnete mir bei vielen meiner Patientinnen<sup>1</sup> immer wieder diese kaum zu stillende, oft unterschwellig vorhandene oder abgewehrte Sehnsucht als zentrales Leiden. In der psychotherapeutischen Terminologie sind es die Patientinnen mit den sogenannten frühen Störungen, mit narzisstischen oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen, mit Essstörungen oder anderen psychosomatischen Erkrankungen. Was ich im Folgenden über die Musiktherapie sagen werde, bezieht sich auf eben dieses Praxisfeld.

## Doppeltes Resonanzverständnis

Die Abstimmung emotionaler Resonanz innerhalb der *therapeutischen* Beziehung gilt implizit als grundlegender Wirkfaktor jeglichen therapeutischen Vorgehens.

Gerade die *musiktherapeutische* Arbeit sensibilisierte mich jedoch für die Bedeutung von Schwingungsvorgänge im therapeutischen Geschehen. Und dies in einem doppelten Sinn: Unter Resonanz verstehe ich in einem *physikalisch-akustischen* Sinn das *Mitschwingen eines Körpers beim Erklängen seines Eigentones* (z.B. das Mitschwingen des Gongs in meinem Praxisraum, wenn ein anderes Instrument erklingt oder die Verstärkung des Klages durch den Resonanzkörper eines Musikinstrumentes). Resonanz, verstanden als *emotionale Resonanz*, ist jedoch auch ein Beziehungsphänomen und meint das *Mitansprechen von Gefühlen* bzw. den *Widerhall, den Gefühle, Gedanken, Äusserungen anderer Menschen bei mir auslösen*.

Im Folgenden möchte ich der Frage nachgehen, warum der „Musik“ in der musiktherapeutischen Arbeit gerade und nur aufgrund dieses *doppelten* Verständnisses von Resonanz eine zentrale Bedeutung zukommt. Dieses

---

<sup>1</sup> Ich verwende im folgenden aufgrund besserer Lesbarkeit die weibliche Form. Darin ist die männliche mit gemeint.

Resonanzverständnis ist es u. a. auch, das die Musiktherapie zu einer psychotherapeutischen Methode macht.

### Intersubjektivität

Ein neues Paradigma der „Beziehungs-Psychotherapie“ – Jordan spricht von „relational psychotherapy“ (1997) - beginnt sich in den letzten Jahren abzuzeichnen. Die neueren Entwicklungen in der Psychotherapie bewegen sich von einer Ein-Personen-Psychologie und deren Fokussierung auf das Intrapsychische (z. B. Strukturen, Abwehr) in Richtung einer Zwei-Personen-Psychologie (oder einer Mehr-Personen-Psychologie), hin zur Fokussierung eines „intersubjektiven Feldes“ (Stolorov, Brandchaft und Atwood, 1996). Dieser Wandel vollzieht sich unter dem theoretischen Einfluss der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorien (vgl. Bacal und Newman, 1994), der Selbstpsychologie (Kohut, 1987; Stolorov et al., a.a.O.; Wolf, 1996) und der neueren Säuglingsforschung (vgl. Stern, 1993; Dornes, 1998) sowie unter dem Einfluss von den Erfahrungen z. B. der analytischen Körperpsychotherapien (vgl. Downing, 1996; Geißler, 1996, 1998; Hilton, 1996), und nicht zuletzt der Musiktherapie (vgl. Loos, 1986, 1995; Hegi, 1998; Schumacher, 1999).

Mein Verständnis emotionaler Resonanz beschreibt in Übereinstimmung mit Stolorov et al. (a. a. O.) das emotionale Beziehungsgeschehen in der Therapie nicht als ein Zusammenwirken zweier an sich getrennter Entitäten, sondern als *Überschneidung zweier subjektiver Erlebniswelten, welche in einem kreisförmigen Resonanzprozess interagieren* und betont die *Wechselseitigkeit*; jene *Reziprozität des Resonanzprozesses* als einem emotionalen Ein- bzw. Abstimmungsprozess, welche alle Beteiligten umfängt, beeinflusst und durch welche er mit allen „etwas tut“. Die herkömmlichen Konzepte von Übertragung und Gegenübertragung, auf die ich hier nicht näher eingehe, beschreiben hingegen nur einen bestimmten *Ausschnitt* wechselseitiger emotionaler Resonanz. Emotionale Resonanzprozesse an sich sind jedoch umfassender. Sie umfassen vor allem auch leibliche, emotionale, kognitive, transpersonale und energetische Schwingungsprozesse.

Das herkömmliche Konzept von Übertragung und Gegenübertragung durch ein umfassenderes Verständnis emotionaler Resonanzprozesse zu ersetzen bzw. zu erweitern, erscheint mir vor allem dort angebracht, wo sich diese Prozesse schwerpunktmässig auf eine entwicklungspsychologisch frühe prä- bzw. extraverbale Ebene der Kommunikation beziehen. Dies erachte ich vor allem dort als sinnvoll, wo in der musiktherapeutischen Arbeit von Gegenübertragung gesprochen wird und im musiktherapeutischen Kontext damit eben auch jene feinen

wechselseitigen Schwingungsabstimmungen beschrieben werden, welche sich im musikalischen Tun der Therapeutin niederschlagen (vgl. Priestley, 1980). Diese begriffliche Erweiterung solcher Gegenübertragungsphänomene in den Bereich (musikalischer und emotionaler Resonanz erscheint mir gerade hier lohnenswert, da sich Begriffe, welche sich auf eine schon stattgefundene und entwickelte Differenzierung zwischen Ich und Du beziehen und diese voraussetzen, wenig eignen um Interaktionserfahrungen oder –qualitäten zu beschreiben, die vor oder ganz am Anfang dieser Differenzierungsprozesse stattfinden (oder sich auf diese Ebene des Erlebens beziehen), oder Prozesse, welche diese transzendieren (z.B. tiefes, archaisches Zugehörigkeitserleben im Rahmen aussergewöhnlicher Bewusstseinszustände).

### **Resonanzbereitschaft als therapeutische Grundhaltung – Berührung aus Berührtheit**

Emotionale Resonanz umfasst die Fähigkeit, sich auf einer tiefen Ebene auf die Erfahrungswirklichkeit des anderen einzulassen und in Achtsamkeit den anderen Menschen in seinem Gesamt wahrzunehmen. Die „Kunst“ einer gelungenen Psychotherapie besteht darin, eine wachstumsfördernde Atmosphäre zu kreieren und dadurch einen Begegnungsraum bereitzustellen, in welchem Resonanz sich ereignen kann.

Resonanz ist nicht machbar. Damit sie sich einstellt, bedarf es spezieller Bedingungen. Eine dieser Bedingungen ist meine eigene *Resonanzbereitschaft*. Darunter verstehe ich eine *aktive Haltung der hinspürenden Bezogenheit und liebevollen Aufmerksamkeit*, mit der ich meine Wachheit für das, was sich ereignen möchte, schule, und meine Empfindungen und meine leiblich-seelische Schwingungsfähigkeit als »Resonanzkörper« zur Verfügung stelle. Langenberg (1988) hat diese therapeutische Funktion als *Resonanzkörperfunktion* beschrieben.

Resonanzbereitschaft meint eine Haltung des Herzens, und dies als apriori gefragte Grundlage von methodischen Interventionen oder theoretischen Therapiekonzepten. Eine hinreichend gute Resonanzbereitschaft der Therapeutin geht einher mit *Achtsamkeit*, welche in den meditativen Traditionen des Buddhismus als *Gewahrsein* (engl. *awareness*) beschrieben wird: Achtsamkeit als eine Haltung der Hingabe an das Gegebene, ohne zu versuchen, sofort etwas damit zu machen, es zu verändern, zu bewerten oder in ein begriffliches Korsett zu zwängen. In diese Haltung erhöhter Achtsamkeit sind Erfahrungen *leiblichen* Spürens eingeschlossen und auch eher zugänglich. Schellenbaum (1999, 1998) hat dafür den Begriff *Spürbewusstsein* geprägt. Spürbewusstsein ist, in Ergänzung und Abgrenzung zum

reflexiven Bewusstsein, immer mit dem wachen Spüren des eigenen Körpers gekoppelt (1998, S. 103). Es ist ein in der Aufmerksamkeit auf den Körper verankertes Bewusstsein. Die Fähigkeit dazu bei der Klientin zu fördern ist für ihn ein wichtiger, vielleicht der wichtigste Aspekt des therapeutischen Prozesses. Die Therapeutin unterstützt dabei die Klientin, indem sie ihr eigenes Spürbewusstsein zur Verfügung stellt. Indem die Therapeutin solchermassen genau und ausdauernd darauf achtet, was während des Kontaktes mit der Klientin in ihr selbst und v.a. in ihrem körperlichen Empfinden, vor sich geht und indem sie diesen Körperempfindungen und Körperimpulsen bewusst mehr Raum gibt, wandelt sich, so Schellenbaum, ihre anfangs oft nur diffus und vage wahrgenommene Gegenübertragung in eine wache aktive Resonanz. (1998, S. 137 f.)

Resonanzbereitschaft beinhaltet auch die Fähigkeit zu *liebendem Mitgefühl*. Emotionale Resonanz ohne Liebe ist (nicht nur) in der therapeutischen Begegnung sinnlos und wertlos und unter Umständen im Sinne von Manipulation und Machtmissbrauch für die Patientin schädlich. Unter Liebe möchte ich hier mit Scharfetter, der von therapeutischem Eros spricht, „eine *Haltung des Bejahens, des positiven Auf-etwas-hin, mit der Einstellung der Wertschätzung und des Gedeihenwünschens*“ verstehen. Er schreibt: „Die therapeutische Liebe ist *gerichtet auf die Person des Patienten* [...] nicht [auf] einen abstrakten, substantialisierten Morbus, den der Patient „hat“ und den der Therapeut beseitigt.“ (Scharfetter, 1993, S. 255, Hervorhebungen v. d. A.).

Emotionale Resonanz als *liebendes Mitgefühl* (engl. *compassion*) entspringt nicht zuletzt der Leidensfähigkeit der Therapeutin. Die Fähigkeit des Mit-Leidens basiert wesentlich auf dem Zulassen und der Bewusstheit der eigenen Verwundung und Verwundbarkeit und erwächst letztlich aus einer zugewandten, versöhnten Haltung dem eigenen Leiden gegenüber und aus der Erfahrung der Transformation der eigenen Verwundungen.

*Compassion* geht über den Begriff Empathie noch hinaus und bezeichnet eine Haltung, in der ein Mensch gleichzeitig mit dem anderen von dessen Leiden ergriffen und berührt wird, dieses mit ihm gemeinsam aushält, den Ausdruck dieses Leidens zulässt (ihm also Raum gibt), ohne vorschnell etwas damit zu „machen“, es zu verändern oder „wegzuthrapieren“. Damit ist eine Haltung des aktiven *Mitseins* und *Mitleidens* gemeint. Dies ist etwas anderes als Mitleid *haben*.

Wechselseitigkeit emotionaler Resonanz bedeutet aber auch, dass dieser Prozess für beide die Chance der Verwandlung und des Heilwerdens beinhaltet. In diesem Zusammenhang wird z.B. in schamanistischen Kulturen vom *verwundeten Heiler* gesprochen. Im Jung'schen Sinn ist der Heilungsarchetyp nach Frick (1996) in einem doppelten Beziehungsaspekt zu verstehen: Er spricht vom inneren Heiler im Patienten und vom inneren Patienten des Therapeuten.

## Wie und wodurch wird Resonanz im therapeutischen Geschehen zu einer heilsamen Erfahrung?

Dazu bedarf es einer besonderen Art des Umgangs, einer Regulation (Dosierung) der Resonanz durch die Therapeutin, einer *modulierten Resonanz*. Auch in der Musik beispielweise wird Resonanz (als physikalische Qualität verstanden) gezielt eingesetzt, z. B. im Anbringen von Resonanzsaiten oder Bordunsaiten bei diversen Streichinstrumenten. Es wird mit ihr gespielt, sie wird moduliert oder es wird in und mit einem Raum und dessen Resonanz bewusst musiziert.

Unter modulierter Resonanz verstehe ich, die emotionale Resonanz, die in mir als Therapeutin anklingt, nicht unbewusst und unbemerkt zum Ausdruck zu bringen, sondern sie ein- und abzustimmen auf die jeweilige Befindlichkeit und das jeweilige Notwendige in der Therapie. Dies erfordert von mir eine Durchlässigkeit und Empfangsbereitschaft für die Impulse von innen *und* aussen, die gleichzeitig ungetrennte Bezogenheit nach innen *und* aussen.

Es bedeutet, in meine eigene emotionale Resonanz genauer hineinzuhorchen und hineinzuspüren: *Was* klingt an, und *womit* schwinge ich eigentlich mit, *worauf* stimme ich meine Resonanzsaiten ein? Zum Beispiel schwinge ich mit der Abwehr mit, wenn relevante Gefühle, Situationen der Patienten sie überspielt und musikalisch ständig aktiv ist und dabei von sich selbst weggeht und den „heissen“ und relevanten Themen aus dem Weg geht.

## Der Beitrag der Musiktherapie

Ich meine, dass die prä- bzw. extraverbalen Parameter emotionaler Resonanz ein sehr wichtiger, vielleicht *der* Wirkfaktor der Musiktherapie sind. Resonanz ist *das* Thema in und für die Musiktherapie. Klingen und Anklingen, Lauschen und Erlauschen ist der Basisbeitrag der Musiktherapie für die Psychotherapie.

Worauf stützt sich diese These?

Die neuere Säuglingsforschung hat auf die zentrale Bedeutung wechselseitigen Resonanzprozesse zwischen Mutter und Kind für die frühkindliche Entwicklung hingewiesen (Stern, a.a.O.; Dornes, a. a. O). Die früheste Erfahrung von Resonanz betrifft bereits das Kind im Mutterleib. Bereits der pränatale Dialog wird als ein Abstimmungsprozess zwischen den mütterlichen Rhythmen und denen des Kindes auf einer leiblich-seelischen Ebene beschrieben. Davon ausgehend verstehe ich die Musiktherapie als eine „developmentally based psychotherapy“ (Greenspan, 1997), die durch ihr spezifisches Medium einen Zugang zu jenen Ebenen des psychischen Erlebens vermittelt, welche vor der sprachlichen Repräsentierung liegen. In den



frühen Abstimmungsprozessen der Affekt Abstimmung zwischen Mutter und Kind (engl. affective attunement nach Stern, 1993) erhalten nämlich die in einem weiten Sinn *musikalischen Parameter* zentrale Bedeutung (Papousek, 1994; Wegener, 1996; Stern, a.a.O.; Schumacher, a.a.O.).

Durch die prosodischen Merkmale der sog. Ammensprache mit ihrer bestimmten Sprachmelodik, den gedehnten Silben und einfachen prototypischen Konturen wird das Gesprochene recht eigentlich zu einem Gesungenen und die Muttersprache recht eigentlich zu einer „Musiksprache“. Diese Art der „Ansprache“ wird unterstützt durch die Körpersprache der Mutter und ist untrennbar damit verbunden. Diese vokal und körperlich übermittelte Resonanz ist im gelungenen Fall eine optimale Anpassung an die regulatorischen und integrativen Fähigkeiten, die kommunikativen Bedürfnisse sowie Erlebnisverarbeitung des Säuglings und zeigt sich bereits in den ersten fünf Minuten nach der Geburt (Wegener, a.a.O.). Ein Beispiel ist die Beruhigung unruhiger Kinder durch langgedehnte Silben mit fallender Melodie; dies entspricht dem Vorgang der körperlichen Entspannung des Kindes, mit dem verlängerten, „auszufendenden“ Ausatmen, einer sich einstellenden „low tension“ (Dornes, 1998), einem Niedersinken und Schwerwerden des Kindes, wenn es auf dem Arm der Mutter einschlüft. Unter „low tension“ verstehen die Säuglingsforscher einen wachen und entspannten Zustand des Kindes, in dem es „für sich“ sein kann. Diese Momente werden als wichtige Voraussetzung für Lernprozesse und Aufmerksamkeit angesehen.

„Musik“ wird von mir in der Musiktherapie denn auch im Rahmen ihrer prosodischen Merkmale, welche eine Analogie zur musikalischen Qualität des frühen Mutter-Kind-Dialoges zulassen, verstanden und nicht von ihren musikalisch-ästhetischen Kriterien her. D. h. diese Parameter sind auch die „Bestandteile“ unseres Mediums in der Musiktherapie. Indem wir mit frei (improvisierter) Musik und mit dem freien, d. h. elementaren Gebrauch unserer Stimme und des Körpers (in Halt, Berührung, Blick, Geste usw.) arbeiten, haben wir die Möglichkeit, auf diesem Wege eben jene Resonanzprozesse erfahrbar werden zu lassen. Der musikalische Dialog in einer so verstandenen Musiktherapie ist dem frühen Dialog der affektiven Abstimmung zwischen Mutter und Kind sehr nahe. In diesen Abstimmungsprozessen geht es um eine rhythmische Abstimmung bzw. um die Abstimmung verschiedener Rhythmen zwischen Mutter und Kind (vgl. dazu die Wichtigkeit der zeitlichen Abstimmung unserer Interventionen): Sie verläuft nach bestimmten, von beiden unbewusst erwarteten Mustern in denen sich leiblich-affektiv-kognitives Empfinden gleichermassen organisiert und reguliert (vgl. in der Musiktherapie die Bedeutung der musikalischen Form, der Motive, Wiederholung, von Anfang und Ende und der Pausen).

In der Arbeit mit frühgestörten Menschen ist mir wichtig, die kaum hörbaren, kaum spürbaren Signale *ibrer* Eigenaktivität oder ihren erst im Einschwingen begriffenen Eigenrhythmus wahrzunehmen, indem ich auf die „*Musik hinter ihrer Musik*“ – und dies verstehe ich durchaus nicht nur im wörtlichen Sinn – lausche, und wahrnehme, welche emotionale Resonanz sie in mir hervorrufen. Meine emotionale Resonanz, musikalisch und/oder leibhaft wahrnehmbar vermittelt in einem realen Medium durch *mein* Spielen, Singen oder durch meinen Körperkontakt das, was vorher nicht wahrgenommen und gespürt werden konnte. Dieser wechselseitige Resonanzprozess schafft einen entwicklungs- und wachstumsfördernden Beziehungsraum, in welchem die basale Dialogfähigkeit, welche sich aufgrund fehlender oder fehlabgestimmter Resonanzprozesse in der Kindheit nicht ausreichend entwickeln konnte, wieder nachwachsen kann. Im *Herstellen dieser basalen Dialogfähigkeit* als Grundlage jeder weiteren therapeutischen Arbeit liegt denn auch das grosse psychotherapeutische Potential musiktherapeutischer Beziehungsarbeit (Schumacher, a.a.O.)

Die Resonanzprozesse und deren Fehlabbestimmungen, die zur späteren Psychopathologie führen können, bilden sich auch in einer als psychotherapeutisch verstandenen Musiktherapie ab und wiederholen sich hier. Darin liegt ein enormes (entwicklungs- und prozess-)diagnostisches Potential der Musiktherapie. Für frühgestörte Menschen ist gerade die *Resonanz für ihre Dissonanzen* oftmals eine neue heilsame Erfahrung. Damit meine ich, dass ich als Therapeutin darum weiss und es im Abbrechen meiner *eigenen* Resonanz fühlen kann, welche schweigenden Stellen in ihrem Körper und in ihrer Seele sind, in denen scheinbar *nichts* anklingt, wo sie *nichts* fühlen, wo sie nicht erreicht werden, wo der seidene Faden des Kontaktes immer wieder zu brechen droht. Diese Resonanzlosigkeit ist letztendlich ein Schutzmechanismus, der dem psychischen Überleben gedient hat. Hier als Therapeutin nicht vorschnell etwas zu machen, damit dieses Nichts gefüllt wird sondern es auszuhalten, meine eigenen Resonanzsaiten auf diese Leere einzustimmen aber im Kontakt zu bleiben (vor allem indem ich mit mir selbst in Resonanz bleibe) und immer wieder den Faden wieder anzuknüpfen erscheint mir in dieser Arbeit oft die schwierigste Herausforderung.

Damit ist die Musiktherapie dem Ansatz der analytisch orientierten Körperpsychotherapien sehr nahe. Ausgehend von einem entwicklungspsychologisch grundgelegten Resonanzverständnis, in welchem der Körper das erste „Instrument“ dieser Resonanz ist, ist der aktive Einbezug des Körpers und der Körperarbeit in die Musiktherapie für mich evident (Gindl, 2000).

Ich denke, dass Musik die Menschen (auch körperlich) sehr tief berühren kann (also z. B. auch tiefe Körperregressionen auslösen kann), wo die direkte körperliche Berührung oder aktive Körperarbeit noch viel zu angstbesetzt ist und deshalb nicht

zugelassen werden kann. (Wobei es das Umgekehrte auch gibt, ein abgestimmter und adäquater Körperkontakt überhaupt erst die Ebene des Vertrauens, des Halts und der Sicherheit vermittelt, die nötig sind, und sich z.B. auf Musik wirklich einzulassen). Dies kann einen Weg dahin bahnen, dass der eigene Körper erst einmal in seiner Existenz gespürt und zugelassen werden darf.

### Fallvignette

Das Beispiel stammt aus der Anfangsphase einer Einzelmusiktherapie mit einem 14-jährigen anorektischen Mädchen auf der geschlossenen Station der Kinderpsychiatrie. Sie war trotz Medikation sehr depressiv und immer wieder völlig apathisch und unansprechbar. Der Kontakt zu ihr brach immer wieder ab. Sie war wie nicht da. Sie verstummte. Ich hatte unsere Therapiezeiten - anfangs dreimal, später einmal wöchentlich - in den für sie obligaten Liegezeiten nach dem Essen eingerichtet. Da sie die Station aufgrund ihrer Suizidalität nicht verlassen durfte, hatte ich keine Instrumente zur Verfügung. Sie wünschte sich, dass ich ein Metallophon aus dem Musiktherapieraum mitbrächte. Auf diesem Metallophon sollte ich immer wieder für sie spielen und darauf fanden auch unsere ersten und lange einzigen „Gespräche“ statt: 3 Töne sie, drei Töne ich, immer wieder dieses Spiel, für etwas anderes war sie nicht zu bewegen.

*Analogien zu frühen Abstimmungsprozessen zwischen Mutter und Säugling:* Das Spiel ist einfach, elementar, es passiert darin musikalisch ganz wenig. Doch gerade in diesem einfachen „Muster“ finden der Säugling (wie auch die Patientin) die Ruhe und den Raum zum Reagieren und zum Wahrnehmen ihrer Eigenimpulse, die sie brauchen (bzw. nicht gehabt haben); die Wiederholung gibt Sicherheit und schafft Vertrauen. „Warum gerade das Metallophon?“, habe ich sie viel später einmal gefragt. Sie erzählte eine Geschichte: Die Kindergärtnerin (die sie sehr mochte) hatte einmal in der Woche eine Geschichte vorgelesen, danach durften die Kinder die Augen schliessen „und dann hat sie auf diesem Ding gespielt“ (Zitat); eine Anknüpfung an einen immer wieder erfahrenen Halt und an ein Gemeint-Sein?

Dieses Mädchen hatte jedes Mal nach dem Essen furchtbare Bauchschmerzen. Ich konnte unter meinen Händen spüren, wie sehr ihr Bauch verkrampft war und konnte mir vorstellen, wie weh ihr das tun musste. Sie liess es zu und genoss es, dass ich meine Hand, wenn sie auf dem Rücken lag, auf ihren Bauch legte. Während ich dies tat, summte ich in ihrem Atemrhythmus, ich atmete summend quasi mit ihr mit. Gleichzeitig liess ich den Druck meiner Hand ganz sacht und liebevoll mit ihrem Atem pulsieren. Sie, die nie Blickkontakt zu mir aufnahm oder über Monate den Kopf immer zur Seite hielt, sah mich in diesen Augenblicken an. Es waren dies

Augenblicke der Tiefe, der Nähe und der Intimität. Nebensächlich, aber für sie selbst sehr wichtig, war, dass die Bauchschmerzen fast regelmässig nachher verschwunden waren.

Wie sich bei einem Säugling erst und nur durch wiederholte Erfahrungen von ausgewogenem nährenden und haltenden Kontakt mit der Bezugsperson ein Gefühl für sich selbst und den anderen bildet und sich dies *zuallererst körperlich* manifestiert, brauchte meine Patientin diese gleichermassen musikalische und körperliche Erfahrung emotionaler Resonanz (Summen, Berührung, Blick, das Abstimmen von Summen/Berührung auf ihren Atemrhythmus), um auf ihren Körper und dessen „Sprache“ ausserhalb des engen Raumes seiner Symptome aufmerksam zu werden und überhaupt positiv besetzte Körperwahrnehmung zuzulassen. Anmerken möchte ich hier, dass ihr eben dieser Kontakt auch half, als sie eineinhalb Jahre später ihre Menstruation wieder bekam - unter grässlichen Schmerzen.

Das Spiel auf dem Metallophon, das Begleiten ihres Atems mit meinem Summen und meiner Berührung und mein Klavierspielen für sie, in dem ich mein Empfinden ihrer oft so sprachlosen und kontaktlosen Not in Musik umsetzte, war über lange Zeit die einzige Möglichkeit, sie in ihrer Depression, Apathie und Einsamkeit überhaupt zu erreichen und einen Kontakt anzuknüpfen. Wenn ich sie fragte, wie meine Musik für sie war, kam oft nur: „Schön“. Ich konnte, während ich spielte, beobachteten, dass sich ihre Gesichtszüge entspannten, dass ihre Augen mich wirklich ansahen und ihr Atem tiefer und langsamer wurde.

Viel später liess sie sich dann darauf ein, mit mir gemeinsam ganz freie (d.h. improvisierte und atonale) Musik zu machen - immer dann, wenn sie wieder nichts zu sagen wusste und stumm die Tränen flossen. Über diesen Weg und mit meiner Aufforderung „Lass uns ganz genau hinhorchen, was uns unsere Musik erzählen mag“, entdeckte sie ihre Gefühle hinter der Leere, vor allem ihre immense Wut, die sie dann mit verblüffender Lautstärke und mit verlegener Lust heraustrommelte, während ich sie auf dem Klavier begleitete. Mittlerweile hat sie die Klinik verlassen, kommt weiterhin ambulant in die Musiktherapie und erzählt mir von altersadäquaten Themen. Sie beginnt, ihre Wünsche und ihre Bedürfnisse, aber auch ihr „Nein“ bewusster wahrzunehmen.

Erst wenn Menschen in diesem Sinn resonant werden für das Eigene, Stimmige, zu ihnen Gehörige - wir nennen das mit Winnicott (1984) "wahres Selbst" - ist es möglich, sich in sich geortet und auch zugehörig zu einem grösseren Ganzen, zu dem heilenden Bereich ausserhalb des eigenen Ichs zu erleben. Diesen Anschluss an eine innere Heimat zu finden mag vielleicht die Hoffnung auf Heilung ausdrücken.

## Literatur

- Bacal, H. A. und Newman, K. M. (1994). Objektbeziehungstheorien – Brücken zur Selbstpsychologie. Stuttgart, Bad Cannstatt: frommann-holzboog.
- Bohart, A. C. und Greenberg, L. S. (Hrsg.) (1997). Empathy reconsidered. New directions in psychotherapy. Washington DC: American Psychological Association.
- Dornes, M. (1998). Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen. 8. Aufl., Frankfurt a. Main: Fischer Taschenbuch.
- Downing, G. (1996). Körper und Wort in der Psychotherapie. Leitlinien für die Praxis. München: Kösel.
- Frick, E. (1996). Durch Verwundung heilen. Zur Psychoanalyse des Heilungsarchetyps. Göttingen Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Geißler, P. (1996). Neue Entwicklungen in der Bioenergetischen Analyse. Materialien zur analytischen körperbezogenen Psychotherapie. Frankfurt a. Main Berlin Bern New York Paris Wien: Peter Lang.
- Geißler, P. (1998). Analytische Körperpsychotherapie: gegenwärtiger Stand und klinische Praxis. Psychotherapie Forum Vol.6/3, (S. 152–166).
- Gindl, B. (2000). Der Leib als "Resonanzkörper" in der musiktherapeutischen Behandlung von frühgestörten und psychosomatisch kranken Menschen. In Österreichischer Berufsverband der MusiktherapeutInnen ÖBM (Hrsg.), Wiener Beiträge zur Musiktherapie, Band 2 (S.142-156). Wien: Edition Praesens.
- Greenspan, S. I. (1997). Developmentally based psychotherapy. Madison Connecticut: International Universities Press, Inc.
- Hegi, F. (1998). Übergänge zwischen Sprache und Musik. Die Wirkungskomponenten der Musiktherapie. Paderborn: Junfermann.
- Hilton, R. (1996). The recovery of the self and the client/therapist relationship in Bioenergetic Analysis. Bioenergetic Analysis 7/1, (pp. 90–102).
- Jordan, J. (1997). Relational development through mutual empathy. In Bohart, A. C.; Greenberg, L. S. (Hrsg.): Empathy reconsidered. New directions in psychotherapy (pp. 343–351). Washington DC: American Psychological Association.
- Kohut, H. (1987). Wie heilt die Psychoanalyse? Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Langenberg, M. (1988). Vom Handeln zum Be-Handeln. Darstellung besonderer Merkmale der musiktherapeutischen Behandlungssituation im Zusammenhang mit der freien Improvisation. Heidelberger Schriften zur Musiktherapie Band 3. Stuttgart, New York: Gustav Fischer.
- Loos, G. K. (1986 ). Spiel-Räume. Musiktherapie mit einer magersüchtigen und anderen frühgestörten Patienten. Stuttgart New York: Gustav Fischer; Kassel, Basel, London: Bärenreiter.

- Loos, G. K. (1995). Der Dialog in der Musiktherapie zwischen diagnostischen und therapeutischen Dimensionen. *Musiktherapeutische Umschau*, 16, (S. 5-15).
- Papoušek, M. (1994). Vom ersten Schrei zum ersten Wort. Anfänge der Sprachentwicklung in der vorsprachlichen Kommunikation. Bern: Huber.
- Priestley, M. (1980). Analytische Musiktherapie und musikalischer Respons. *Musiktherapeutische Umschau*, 1, 21-36.
- Scharfetter, C. (1993). Eros therapeutikos. Liebe und Ethik in der Therapie. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie* 43, (S. 254-261).
- Schellenbaum, P. (1996). Die Spur des verborgenen Kindes. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Schellenbaum, P. (1998). Träum dich wach. Lebensimpulse aus der Traumwelt. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Schumacher, K. (1999). Musiktherapie und Säuglingsforschung. Zusammenspiel. Einschätzung der Beziehungsqualität am Beispiel des instrumentalen Ausdrucks eines autistischen Kindes. Frankfurt a. Main: Peter Lang.
- Stern, D. N. (1993). Die Lebenserfahrung des Säuglings. 3. Aufl., Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stolorov, R. D., Brandchaft, B. und Atwood, G. E. (1996). Psychoanalytische Behandlung. Ein intersubjektiver Ansatz. Frankfurt a. Main: Fischer Taschenbuch.
- Wegener, U. (1996). Das erste Gespräch. Kommunikationsformen zwischen Mutter und Kind unmittelbar nach der Geburt. Münster New York: Waxmann.
- Winnicott, D.W. (1984). Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch.
- Wolf, E. S. (1996). Theorie und Praxis der psychoanalytischen Selbstpsychologie. Frankfurt a. Main: Suhrkamp.

**ISABELLE FROHNE-HAGEMANN**

**ZUR ARBEIT MIT TRAUM UND IMAGINATION ALS  
MUSIKTHERAPEUTISCHE TECHNIK DER INTEGRATIVEN  
MUSIKTHERAPIE**

**WORKING WITH DREAMS AND IMAGINATION  
A MUSIC THERAPY TECHNIQUE IN THE FIELD  
OF INTEGRATIVE MUSIC THERAPY**

The authoress first defines working with dreams and imaginations as a technique within music therapy methods (such as Analytical Music Therapy, Morphological Music Therapy, Integrative Music Therapy, GIM), methods that are grounded in a superposed, f.ex. depth psychological, form of psychotherapy. The author introduces a heuristic for the active music therapeutic work with dreams that is based on the philosophy of Integrative Therapy. Then she describes three dreams as they are worked with. She closes with a short glance on the receptive work with imagination in Integrative Music Therapy.

Die Autorin definiert im ersten Teil ihres Beitrages die musiktherapeutische Arbeit mit Träumen und Imagination als Technik, die im Rahmen einer musiktherapeutischen Methode eingesetzt wird (wie z.B. in der analytischen Musiktherapie, morphologischen oder integrativen Musiktherapie, GIM), Methoden, die sich wiederum an verschiedenen übergreifenden (z.B. tiefenpsychologischen) Verfahren orientieren. Im weiteren beschreibt sie ihre Heuristik für die Arbeit mit Träumen innerhalb der Methode der Integrativen Musiktherapie vor dem Hintergrund der philosophischen Theorie der Integrativen Therapie. Anschließend stellt sie drei Träume und deren musiktherapeutische Bearbeitung vor. Im letzten Teil des Beitrages geht sie kurz auf die rezeptive Arbeit mit Imaginationen in der Integrativen Musiktherapie ein.

We are such stuff  
As dreams are made on;  
And our little life  
Is rounded with a sleep  
(Shakespeare: The Tempest, IV,1)

**Einleitung**

Der Traum fasziniert seit jeher den Menschen und hatte in vielen Kulturen einen hohen Stellenwert. Traum und Imagination als Manifestationen einer eher rechtshemisphärischen Weise, die Welt zu verstehen, wurden in früheren Kulturen höher gewertschätzt als wir es seit der Zeit der Aufklärung kennen, seit welcher (jedenfalls in der Wissenschaft) ja das rationale, logische Denken einen höheren

---

Überarbeiteter Vortrag beim 2<sup>nd</sup> World Congress of the World Council for Psychotherapy - Subsymposion Music Therapy, Juli 1999, Wien

Stellenwert erhielt als das analoge, bildhafte Denken. Erst mit Freud wurde die Bedeutung unbewusster Bewusstseinsvorgänge und damit auch die Möglichkeiten der Arbeit mit Imaginationen und Träume wieder erkannt. Allerdings machte Freud die "Primärprozesse" doch den "Sekundärprozessen" wieder untertan, wenn er den Gehalt von Träumen letztlich nur begrifflich- verbal erklärte (vgl. Singer/ Pope, 1986, 26).

Immerhin wurden Träume und Imaginationen seit Freud in sehr vielen Psychotherapien genutzt, um einen Zugang zur inneren und äußeren Lebenswelt der Klienten<sup>1</sup> herzustellen, (z.B. Ferenczi (1909), Tauber & Green (1959), Reyher (1963), Singer (1974), Perls, (1975), Reich (1978), u.v.a.) .

In der deutschsprachigen Literatur (vgl. dazu auch die Übersichtsarbeit von Stroemer, 1996) werden merkwürdigerweise jedoch nur wenige musiktherapeutische Traumbearbeitungsmodelle beschrieben (Frohne-Hagemann, 1988, 1990, 1994, 1996, 1997; Grootaers, 1983, 1994; Kiel, 1993; Loos, 1980, 1986; Orff, 1982; Streich, 1980, 1981, 1984, 1987; Strobel, 1999; Wärja-Danielsson, 1990;). Möglicherweise liegt das daran, dass Traum und Imagination der Musik und besonders der musiktherapeutischen Improvisation so ähnlich sind, dass die Arbeit mit Imaginationen und Träumen in der Musiktherapie als so selbstverständlich empfunden wird, dass sie nicht der Rede wert ist. Zwar gibt es Publikationen über rezeptive Musiktherapie, doch geht es dabei meistens - wie Gembris aufgezeigt hat (Gembris, 1993, 202) - um Trainingsverfahren (Schwabe, 1987), Entspannung, Versenkung, Meditation, Traumreisen und Trance im Sinne der New-Age-Bewegung (Harries, 1989, 31) oder um die "Förderung bewussten Musikhörens" in Kursform. Einige Musiktherapeuten haben sich auch intensiv mit Themen wie Musik und Bewusstsein, Musik und Spiritualität, Musik, Trance, Hypnose und mit aussergewöhnlichen Bewusstseinszuständen befasst (z.B. Bossinger, Hess, 1993, 239ff; Haerlin, 1993, 219ff; Mastnak, 1993, 306ff; Timmermann, 1993, 207ff), Publikationen über musiktherapeutische Bearbeitung von Nachträumen finden sich jedoch eher selten.

## **Techniken, Methoden, Verfahren**

In der musiktherapeutischen Praxis stellt sich immer die Frage, auf welchen meta- theoretischen Konzepten Interventionen und Techniken beruhen, d.h. wie sie theoretisch begründet werden. In der Musiktherapie ist zwar eine recht gut

---

<sup>1</sup> Ich erlaube mir, hier und im Folgenden nur die männliche (kürzere) Schreibweise zu benutzen und bitte die Leser und Leserinnen, sich jeweils die weibliche Schreibweise zu ergänzen.



ausgearbeitete Praxeologie vorhanden - eine Theorie der Praxis- , jedoch gibt es noch kein befriedigendes übergreifendes Theoriegebäude, das den Stellenwert der verschiedenen musiktherapeutischen Methoden aus einer Metaperspektive wertschätzt. Die Frage nach der Vorortung der eigenen musiktherapeutischen Methode und den aus ihr abgeleiteten theoretisch begründbaren Vorgehensweisen (hier Techniken genannt) - wie eben die Arbeit mit Träumen, Imaginationen- muss aber umso dringlicher beantwortbar werden, als eine Musiktherapie, die keine gemeinsame "scientific community" für eine Abstimmung ihrer verschiedenen interessanten methodischen Ansätze in Bezug auf die konkrete Arbeit mit Patienten hat, wahrscheinlich auch keine berufspolitische Anerkennung als Verfahren erwarten kann.

*Musiktherapie* kann derzeit nur - und dies ist keineswegs abwertend gemeint - *als Methode eines übergreifenden Verfahrens* angesehen werden, denn bislang fehlt ihr die Erfüllung der wissenschaftlichen und teilweise auch klinischen Qualifikationskriterien für Psychotherapieverfahren.

## I. Wissenschaftliche Qualifikationskriterien

Diese umfassen nach Petzold (1993c, S. 938f.):

1. eine klar bestimmbare wissenschaftstheoretische und erkenntnistheoretische Position,
2. ein ausgearbeitetes anthropologisches Konzept,
3. theoretische Konzepte zur Ethik therapeutischen Handelns,
4. eine eigenständige Persönlichkeitstheorie,
5. eine differenzierte Krankheits- und Gesundheitslehre (Theorien zur Neurosenlehre, zu psychiatrischen Erkrankungen, zur Psychosomatik);
6. eine Entwicklungspsychologie und Sozialisationstheorie,
7. Modelle und Methoden der Diagnostik,
8. eine allgemeine Therapietheorie (Theorie des therapeutischen Prozesses, der therapeutischen Beziehung, der Indikation und Prognose, der Dynamik seelischen Geschehens, des psychosozialen Kontextes),
9. eine Praxeologie bzw. spezielle Therapietheorie (Interventionslehre, Theorie therapeutischer Techniken, Methoden und Medien, Theorie des therapeutischen Settings, z. B. Einzel-, Gruppen- und Familienberatung, theoretische Konzepte zur Behandlung spezifischer Zielgruppen, z.B. Kinder, Jugendliche, Klienten aus benachteiligten Schichten).

Als klinische Methode kann Musiktherapie allerdings in Teilbereichen - ohne die Kriterien eines wissenschaftlichen Verfahrens zu erfüllen - durchaus eigenständig sein: z.B. in der Arbeit mit Autisten, Komapatienten, usw.

## II. Klinische Qualifikationskriterien

Dazu nennt Petzold folgende Aspekte (vgl. 1993c, 938f.):

1. Methoden der Diagnostik,
2. ein Repertoire an Interventionsmethoden,
3. spezielle Methoden und Techniken der Krisenintervention,
4. der Nachweis der erfolgreichen Anwendung an Kranken mit unterschiedlichen Indikationsstellungen und Störungsbildern über einen mehrjährigen Zeitraum (zehn Jahre) durch wissenschaftliche Überprüfung, wobei als mögliche Nachweise gelten:
  - a) das Vorhandensein eines breiten Fundus an klinischer Literatur in Form von Publikationen in Buch- und (spezifischen Fach-)Zeitschriften,
  - b) empirisch kontrollierte Evaluationsstudien der therapeutischen Effizienz,
  - c) katamnestische Untersuchungen,
  - d) Einzelfallstudien,
5. bestimmte Standards hinsichtlich Repräsentation, Organisation und gewährleisteter Vermittlung, nämlich:
  - a) muss das Verfahren durch einen psychotherapeutischen Fachverband repräsentiert sein,
  - b) müssen Institutionen oder Einrichtungen der Weiterbildung vorhanden sein, die das Verfahren in einem *konsistenten* Curriculum mit klinisch ausgewiesenen Lehrtherapeuten weitervermitteln und lehren,
  - c) muss das Verfahren in Einrichtungen des klinischen Bereiches und der psychosozialen Arbeit bundesweit repräsentiert sein.

Als *Verfahren* können gelten: Psychoanalyse und die individualpsychologische Therapie nach Adler, Verhaltenstherapie, Modelle der Methodenintegration (z.B. Integrative Therapie), die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie.

Nach dem deutschen Psychotherapeutengesetz gibt es allerdings nur zwei Verfahren als „Richtlinienverfahren“ (d.h. für welche die Krankenkassen bezahlen): *Psychoanalyse (nach Freud oder Adler)* und *Verhaltenstherapie*.

Die verschiedenen Richtungen der Musiktherapie wären dann jeweils Methoden eines dieser Verfahren, wobei sich die Verfahren untereinander immer mehr

überschneiden. (Bei manchen Richtungen der Psychoanalyse kann man sich ernsthaft fragen, wieso sie sich überhaupt noch zur Psychoanalyse zählen.)

Musiktherapeutische *Methoden* haben wiederum verschiedene Grund- und Zielorientierungen, z.B. Entwicklungsorientierung (Orff), Beziehungsorientierung (Schumacher), Stimulierung seelischer Gestaltbildungsprozesse im Klienten (Morphologische MT), ökologische Perspektiven (Integrative MT, Sozialmusiktherapie) u.s.w., wobei natürlich auch hier Überschneidungen die Regel sind. Dafür werden verschiedene *Techniken* entwickelt, um je nach Indikation bestimmte Ziele in bestimmten therapeutischen Kontexten zu erreichen. Wahrscheinlich wird es dadurch immer zwingender, Verfahren mit ihren Methoden und Techniken neu, und zwar in Abhängigkeit von den Indikationen und Zielsetzungen zu definieren.

### **Musiktherapeutische Bearbeitung von Träumen als Technik einer musiktherapeutischen Methode**

Jede musiktherapeutische Methode sollte imstande sein, ihre Handlungsstrategien bzw. Techniken zur Bearbeitung von Träumen unter Reflexion des oder der Referenzverfahren musiktherapie-theoretisch zu begründen und einzuordnen. Dies ist aus mehreren Gründen nicht einfach. Fragen wie u.a. folgende müssen beantwortet werden können (was im Rahmen des vorliegenden Beitrages auch nicht befriedigend geschehen kann):

1. *Welche Art Träume* sind überhaupt für eine musiktherapeutisch Bearbeitung geeignet?
2. Bei wem, in welchem Kontext, mit welchen Zielen, zu welchem Zwecke und wann ist gerade eine *musiktherapeutische Methode* zur Bearbeitung eines Traumes angesagt und nicht z.B. eine *verbal-analytische*?
3. Bei wem, in welchem Kontext, mit welchen Zielen, zu welchem Zwecke und wann ist welche musiktherapeutische *Technik* der Traumbearbeitung indiziert?
4. Was ist das *spezifisch* Musiktherapeutische in der musiktherapeutischen Bearbeitung eines Traumes?

Was wir als musiktherapeutische Techniken der Traumbearbeitung bezeichnen, ist teilweise durchaus

- *unspezifisch* (z.B. ist das Hinspüren, was der Traum an Gefühlen auslöst, unspezifisch. Andere Methoden der Psychotherapie können das auch),
- *halbspezifisch* (z.B. ist die Identifikation mit einem Traumsymbol über ein Instrument oder über einen Klang eigentlich eine Technik aus der Gestalttherapie, die auf musiktherapeutische Belange zugeschnitten wurde,

was eine Wirkung nicht ausschließt, aber nicht ganz spezifisch musiktherapeutisch ist),

- *spezifisch* (z.B. ist die Klanggestaltung eines Traumsymbols oder die über das Hören einer Traumatmosfera erlebbare Verdichtung spezifisch für Musiktherapie und mit keinem anderen Medium möglich).

Smeijsters (1999) hat sehr fein die Unterscheidung zwischen spezifisch, halbspezifisch und unspezifisch herausgearbeitet.

5. Welche Grundkonzepte bzw. Referenztheorien (z.B. Persönlichkeitstheorien, Theorie des Bewusstseins) benutzt der Musiktherapeut, um mit dem Traum zu arbeiten?

6. Welche Interpretationsmodelle benutzt der Musiktherapeut? Wie wird ein Traum gedeutet? Dies ist eine Frage der Lehre vom Verstehen. Sind die verwendeten Interpretationsmodelle:

- tiefenpsychologisch fundiert (psychoanalytisch, individualpsychologisch, jungianisch)
- phänomenologisch-hermeneutisch (humanistisch, experimentell, usw.)
- systemisch
- integrativ oder
- noch anders?

Musiktherapeutische Techniken (z.B. die musikalische Improvisation über einen Traum) können in allen musiktherapeutischen Methoden von außen besehen ähnlich sein, gleichgültig ob es sich um analytische, morphologische oder integrative Methoden handelt. Man improvisiert ja nicht analytisch oder morphologisch, sondern musikalisch. Die Improvisation als Technik ist daher für unterschiedlichste Deutungen und Erklärungsmodelle offen. Diese sind aber aufgrund unterschiedlicher Grundannahmen (Persönlichkeitstheorien, Krankheitsverständnisse, etc.) nicht immer miteinander kompatibel und sollten daher nicht vermischt werden.

## Grundannahmen

Wenn Freud den Traum z.B. als *Königsweg zum Unbewussten* bezeichnet (der dazu dient, triebdynamische Regelwidrigkeiten zu entdecken und zu bearbeiten, wobei der Traum als neurotisches Symptom verstanden wird) und wenn man entsprechend die auch in der Improvisation stattfindende "Traumarbeit" (im Freudschen Sinne) auf unbewusste *Konfliktlösungs-* und *Kompromissbildungsprozesse* bezieht, die sich in der

therapeutischen Beziehung mit *Abwehrmechanismen* wie Substitutionen, Verschiebungen, Vermischungen, Übertragungen, Verdichtungen, Dehnungen, Verkürzungen, Verzerrungen, Umkehrungen (vgl. Frohne-Hagemann, 1990, S. 158) zum Ausdruck bringen, kann man den Traum mit Hilfe der Analyse von Übertragung und Gegenübertragung deuten. Wenn der Träumer/der Improvisierende in der Improvisation Themen und Motive durch Modulation (Übertragung) in andere Tonverhältnisse überträgt, um ihnen (Verschiebung) eine andere Bedeutung zu geben, kann dies durchaus der Abwehr dienen. In der Musik kann man Tonverhältnisse verdichten, vermischen, verzerren, räumlich und zeitlich dehnen und verkürzen. Dies kann durchaus als Manifestation einer Neurose in der musiktherapeutischen Beziehung gedeutet werden. Eine solche Sichtweise zur Traumdeutung ist möglich.

Es ist aber auch möglich, z.B. im Sinne der Humanistischen Therapievertreter, zu sagen, der Traum - und die musikalische sowie auch die musikevozierte Imagination - seien *Königswege zur Entfaltung aller kreativer Vermögen*, die dem persönlichen Wachstum und der Selbstaktualisierung dienen. Die genannten Abwehrmechanismen sind dann eher *Konstruktionsmechanismen*, mit Hilfe derer auf kreative Weise eine subjektive Realität (re)konstruiert wird. Mit Hilfe dieser Konstruktionsmechanismen können höchst differenziert Atmosphären, Stimmungen, Gefühlsqualitäten und Interaktionsmuster kreiert bzw. ausgedrückt werden, und das sogar mit ganz einfachen Mitteln. Dieses Gestaltungsvermögen beruht möglicherweise auf einem angeborenem schöpferischen Wissen um musikalische „Archetypen“ (Timmermann, 1987).

Eine solche Sichtweise ist „salutogener“ als die pathologieorientierte Traumdeutung Freuds. Einen Klienten als *Schöpfer* und *Drehbuchautor* seiner Träume anzusehen und nicht als Spielball unbewusster Triebe, ist ein humanistisches und gestalttherapeutisches Konzept. Der Träumer träumt, der Klient improvisiert, und das heißt, er erschafft eine Welt der Beziehungen, der Zwischenräume, des "*Dazwischen*" und diese kann zwar auf neurotische Verzerrungen und Verdrängungen hinweisen, läßt aber auch Raum für sehr tiefe existenzielle oder gar spirituelle Botschaften und Erfahrungen.

## Das Dazwischen

Im Wachzustand wird unsere linkshemisphärisch orientierte Wahrnehmung von Fakten und Dingen angezogen: Wir schauen vom Tisch zum Stuhl, vom Baum zum Haus, etc. Die rechtshemisphärische Wahrnehmung der Beziehung zwischen Tisch und Stuhl ist immer dabei, bleibt jedoch im Hintergrund der Bewusstheit. Im Traum

dagegen verändert sich unsere Wahrnehmung auch zum rechtshemisphärisch Fließenden hin. Nicht die Dinge im Raum, sondern die Wahrnehmungsbewegung zwischen den Fixpunkten und Fakten ist entscheidend, gewissermaßen das, was zwischen den Zeilen steht. Unsere Wahrnehmung und Gestaltungsaktivität bezieht die gefühlsbetonten Zwischenräume und Erlebniszeiten ein. Dies ist auch ein Merkmal des Musikalischen. Gerade, um dieses „Dazwischen“ erlebbar zu machen, „benutzt“ das Traum-Ich (ein wacherer Teil des Selbst) die genannten Konstruktionsmechanismen, also Substitutionen, Verschiebungen, Vermischungen, Übertragungen, Verdichtungen, Dehnungen, Verkürzungen, Verzerrungen, Umkehrungen. Im „Dazwischen“ wird eine innere oder äußere Realität gestaltet. Gefühle, die ein Träumer einer bestimmten Person entgegenbringt, können beispielsweise durch emotional aufgeladene Bilder von anderen Personen oder von Dingen *substituiert* werden oder der Inhalt eines bestimmten Komplexes aus vergangenen Zeiten wird auf eine gegenwärtige Situation *übertragen* und mit dieser *vermischt*. Eine *Verdichtung* liegt vor, wenn ein Zeichen oder ein Symbol für verschiedene Kontexte steht.

In der musiktherapeutischen Arbeit mit Träumen können wir diese Mechanismen bewusst nutzen, wir können das Links- und das Rechts-hemisphärische verbinden, um den Traum wieder und auch realistischer weiter zu träumen. Die wechselseitige Bezogenheit beider Wahrnehmungsmodi habe ich als "*rhythmischen Ausgleich*" bezeichnet (Frohne, 1980), als Verschränkung von Polen eines Ganzen. Sie ist ein Zeichen von Gesundheit, weil die beiden Wahrnehmungsmodalitäten sinnvoll aufeinander abgestimmt werden.

Der Übergang von innerer und äußerer Realität ist immer fließend und es ist daher nicht so wichtig, sich sklavisch an die „Werktreue“ des Nachttraums zu halten. Allerdings steht der ursprüngliche Traum für sich und soll auch so ernst genommen werden. Aber er soll nicht in ein Interpretationskorsett gepresst werden, sondern sich in seinem Sinn entfalten dürfen.

Das Verständnis von seelischen Vorgängen als etwas *Fließendem* findet sich auch in der Methode der Morphologischen Musiktherapie, welche davon ausgeht, dass sich seelische Formen und Gestalten ständig bilden und umbilden (Grootaers, 1994). Seelische Konstruktionsmechanismen rekonstruieren die „Lebensmethoden“ der Klienten in der Improvisation. Im Laufe eines Entwicklungsganges von Herkunft, Erweiterung, Entfaltung und Ergänzung wirken sechs Gestaltfaktoren zusammen in ständiger Bewegung wie in einer Art „Auseinandersetzung- und Entwicklungsprozess“ (Grootaers, 1990, S. 59). Der Traum wird auch hier - wie die Improvisation - als ein seelisches Wirkungsgefüge verstanden. Die auf Salber (1991) aufbauende gestalttheoretische Sichtweise der Morphologischen

Musiktherapie hat mit der Integrativen Musiktherapie darin Ähnlichkeit, dass der Traum und entsprechend die musiktherapeutische Improvisation als Gestaltbildungsprozess mit fließenden Figur-Hintergrund-Konfigurationen verstanden werden, deren Sinn in der gemeinsamen Improvisation erfahr- und teilbar wird. Allerdings unterscheiden sich die Methoden dadurch, dass die Morphologen seelisches Geschehen letztlich auf der Basis psychoanalytischer Theorie deuten, während die Integrativen Musiktherapeuten stark sozialpsychologische Sichtweisen einbeziehen, und dem „Seelenleben“ immer unter dem Aspekt der „social worlds“ (Strauss, 1978) Rechnung tragen. Was meine „Seele“ bewegt, ist eben stark von sozialen Kognitionen bestimmt und gefärbt und steht nicht als Wirkungsgefüge bzw. als eine Art Wolkengebilde ohne Hintergrund da. Durch diesen Umstand unterscheiden sich beide Methoden natürlich auch in den verwendeten Techniken bei der Bearbeitung des Traumes.

### **Sinn und Leiblichkeit**

Träume wie Improvisationen sind nach unserem Verständnis eine ursprüngliche Sprache (Petzold, 1977) insofern, daß wir keinen im psychoanalytischen Sinn latenten (neurotischen) Trauminhalt annehmen. Jede Sprache ist allerdings sozial vermittelt und die Sprache des Traumes ist sicher eine, die vor der verbalen gelernt wurde und noch ganz vom sprachlichen „*Dazwischen*“ lebt, von gefühlsbetonten Interaktionen und emotionalen Klimata. Der Traum trägt seinen Sinn in sich selbst. Jede kausal-analytische Interpretation verkürzt ihn. So lange es irgend geht, bearbeiten wir Träume auf der emotionalen und symbolischen Ebene, sowohl musikalisch als auch sprachlich, um nicht Gefahr zu laufen, den Traum voreilig zu interpretieren. Musiktherapeutische Traumbearbeitung ist deswegen erlebniszentriert, eine kreative Reise, die an die Prozesse des Traumgeschehens anschließt, um Sinn in seinem größtmöglichem Reichtum zu finden.

Es geht also nicht (nur) um Sinnfindung im Sinne von Einsicht, sondern um ein tieferes Sinnverständnis, was ich im Folgenden erklären möchte.

Die Technik der Traumbearbeitung ist in der Integrativen Musiktherapie verankert in dem *phänomenologisch-hermeneutischen Zugang "vom Leibe"* aus (Merleau-Ponty, 1966). Sinnfindung über unsere leiblichen Vermögen ist ein zentrales Anliegen der Integrativen Musiktherapie. Es werden komplexe Konzepte von Sinn und Leiblichkeit aufgegriffen, wie sie von Merleau-Ponty (1945, 1966), Luhmann (1971), Waldenfels (1971) und Petzold (1973, 1993d) ausgearbeitet wurden. Da der Mensch in seiner Leiblichkeit keine Monade, sondern ein ökologisches Teil des Ganzen ist und auch aus dieser Verantwortung nicht fliehen kann, dürfte sich Therapie

eigentlich nicht nur auf „inner“-seelische Prozesse beziehen, sondern müßte Psychisches auch unter dem Aspekt der vielfältigen und vielschichtigen bio-psycho-ökologischen Vernetzungen behandeln. Deshalb spricht Petzold in diesem Zusammenhang von „Humantherapie“ im Sinne des griechischen „therapeuein“ als „Verbindung von Heilkunst, Gesundheitsförderung und Kulturarbeit“ (Petzold, 1993c, S. 11).

Unsere Leiblichkeit verbindet uns unlöslich mit unserer Lebenswelt. Diese Verbindung bzw. „*Ko-respondenz*“ liegt „*primordial*“, d.h. ursächlich, in der „koexistierenden Gegebenheit der Lebenswelt und der Intentionalität des Leibes“ begründet und geht über in eine „intersubjektive Ko-respondenz, die in der koexistiven Verfasstheit des Subjekts gründet und auf Bedeutungssinn als zwischenmenschliches Ereignis gerichtet ist“ (Petzold, 1993a, S. 33). Diese ursprüngliche Ko-respondenz ist vielleicht nur als rechtshemisphärische Sprache erlebbar, als die Sprache des „Dazwischen“: beziehungsreich, ganzheitlich, manchmal scheinbar völlig unlogisch. Die primordiale Ko-respondenz ist eine Weise des Seins, für das Vergangenes und Zukünftiges nur Projektionen des Hier und Jetzt sind. Der Traum macht meiner Meinung nach diese primordiale Ko-respondenz, das tiefe leiblich-ontologische Verwurzelte in unserer Lebenswelt deutlich.

Und dieses Sein kommt auch in der Musik auf Grund einer ursprünglichen „*leibmusikalischen Ko-respondenz*“ (Frohne-Hagemann, 1994, S. 31ff.) zum Ausdruck, wenn wir spielen oder uns auf ein Musikstück hörend hier und jetzt einlassen. Wir sind im Wesen Musik.

Der „Leib als totales Sinnesorgan“ (Merleau-Ponty, 1945) erschließt uns den jeweiligen Sinn eines Geschehens. Der Sinn (eines Traumes etwa) „entsteht aus der komplexen, polyästhetischen Wahrnehmung der Sinne meines Leibes, der in Intentionalität zur Welt steht“ (Petzold, 1993c, S. 33).

Wenn ein Klient einen Traum erzählt und diesen z.B. musikalisch im Hier und Jetzt reinszeniert, wird der Traum auch durch die leibliche Präsenz des Therapeuten (und der Therapiegruppe) beeinflusst, weil diese die Bühne der Inszenierung mit betreten. Die leibliche Anwesenheit des Therapeuten hat eine zwischenleibliche Kommunikation mit dem Klienten und dessen Wahrnehmung und Gestaltung des Traumes zur Folge, was die Traumbearbeitung immer zu einem intersubjektiven Geschehen macht. Dies bedeutet, dass wir den Traum eines Klienten nur vor dem Hintergrund unserer gemeinsamen intersubjektiven Beziehung verstehen lernen können.

Sinn hat zwei Komponenten: Struktur und Bedeutung, wobei die Bedeutung aber erst im intersubjektiven Austausch erfasst wird, wenn man sich darüber einig wird, was die Struktur jeweils bedeuten könnte. Sinn entsteht nur aus geteiltem Sinn, aus



„con-sensus“ (Petzold, 1993d, S. 117), aus einer gemeinsamen Annäherung an eine nur in diesem Moment gültige Wahrheit.

## Die hermeneutische Suchbewegung

Einen solchen hermeneutischen Weg zum Verständnis des Traumes begreifen wir als eine nie endende Spirale. Es ist eine gemeinsame hermeneutische Suchbewegung durch vier Phasen (tetradisches System), die Therapeut und Klient gemeinsam gehen.

1. Initial Phase:

Leibliches Wahrnehmen und Empfinden des *Sinnenhaften* (der sinnliche Kontakt zu dem Vorfindlichen)

2. Aktionsphase:

ganzheitliches Erfassen des *Sinnhaften* (das intuitive Erspüren der Sinn-Struktur und des Gesamt des Vorfindlichen)

3. Integrationsphase:

das Verstehen des *Sinnvollen* (also das Erkennen sinnvoller, d.h. bedeutungsvoller Zusammenhänge, die nun geteilt werden können)

4. Neuorientierungsphase:

Erklären des *Sinnvermittelnden* (das Vermögen, das Vorfindliche auch anderen Menschen außerhalb des therapeutischen Kontextes emotional und kognitiv verständlich zu machen). Es klärt sich dann etwas, etwas kann er-klärt, d.h. übertragen, d.h. kommuniziert und vermittelt werden.

(vgl. dazu Petzold, 1993b, S. 490)

Im Traum wie auch in der Musik umfaßt das Sinnenhafte alle Sinnesqualitäten. Gerade beim Traum wird dies oft übersehen, weil das Visuelle im Vordergrund zu stehen scheint, doch arbeiten die Sinne einander in einer konzertierten Aktion zu. Es gibt Träume, deren Inhalte, selbst wenn sie sich bildhaft zeigen, ganz vom Kinästhetischen oder vom Atmosphärischen geprägt sind. Deshalb legen wir Wert darauf, Traumsymbole und -elemente zu fühlen, zu spüren, zu schmecken, zu hören. Es ist wichtig, sich über die Sinne ganz phänomenologisch dem Sinn zu nähern. Zunächst nimmt man die Struktur wahr, dann erst erfasst man die Bedeutung (spürt z.B. atmosphärisch, was da im Busche ist). Die Bedeutung wird aber erst dadurch verstanden, dass ein Sinnzusammenhang entsteht, der emotional geteilt und in Worte gekleidet werden kann.

Eine hermeneutische Spirale endet nie, man entdeckt immer wieder Neues in jedem Erkenntnisprozess und deswegen können wir Träume ja auch immer wieder neu entdecken. Denn wir schauen auf Früheres aus verschiedenen Perspektiven, die

das Ursprüngliche scheinbar verändern. Das hat uns auch schon Immanuel Kant gelehrt.

Im Folgenden sei nun der Weg beschrieben, nach welcher Heuristik in der Integrativen Musiktherapie mit einem Traum gearbeitet werden kann.

### **Eine hermeneutische Heuristik nach dem tetradischen System**

Diese Ausführungen lehnen sich ebenfalls an Petzold an (1993d, S. 128): In der *Initialphase*, der Exposition, wo es hermeneutisch gesehen um das *Wahrnehmen* und *Empfinden* geht, erzählt der Klient seinen Traum: nämlich in der Gegenwart, so, als ob er gerade jetzt träume. Ich fordere den Träumer auf, langsam zu sprechen, um den eigenen Worten und Sätzen bewußt zuzuhören und ihnen wie einer Musik nachspüren. Es geht um die leiblich-sinnliche Wahrnehmung des Traumgeschehens. Ich lasse uns (der Gruppe) die Szenerie sehr anschaulich beschreiben, damit auch wir anderen ein klares Bild vom Geschehen bekommen. Manchmal spiele ich dabei auch eine Journalistin, die den Träumer als Drehbuchautor und Regisseur eines Filmes zu seinem Traumwerk befragt: „Wie haben Sie den Traum als Film angelegt? Wer tritt wann auf? Haben Sie schon eine passende Filmmusik für die emotionale Lesart des Filmes?“. Dies tue ich, wenn in der Gruppe ein starker Leistungsdruck spürbar wird und die Teilnehmer durch einen spielerischen Zugang entlastet werden sollen.

Der Träumer kann nun die Atmosphäre, die dem Traume zu Grunde liegt (oder darüber schwebt) oder auch die Stimmung musikalisch inszenieren, und zwar mit Hilfe anderer Gruppenmitglieder oder mit meiner Hilfe. Er wählt dabei Instrumente sorgsam aus und spielt sie zuerst selber, denn nur er weiß ja, wie es klingen soll. So braucht er eine ganze Weile, um den Mitspielern Anweisungen zu geben, um zu hören, ob es so oder anders stimmig ist. Er „komponiert“ die musikalische Gesamtgestalt, verdichtet, dehnt, verzerrt, überträgt usw., bis er zufrieden ist. Der Klient wird dadurch schöpferisch tätig und benutzt seine kreativen Vermögen, Welt zu konstruieren. So gewinnt er ganz nebenbei auch eventuell verschüttete Kreativität wieder.

In der *Aktionsphase*, der Durchführung, die ja mit dem hermeneutischen Zugang des intuitiven *Erfassens* verknüpft ist, vertiefen wir die Traumbearbeitung, indem der Träumer jetzt sein intuitives Gestaltungsvermögen noch weiter fordert und den einzelnen Traumsymbolen Instrumente und Klänge zuordnet, sie spielt, sie zueinander in Beziehung setzt, Dialoge spielt, sich mit ihnen identifiziert, um so die Projektionen wieder zurückzuholen und sich selbst in verdrängtem Material zu erkennen. Auf diese Weise spürt er der Bedeutung der Traumsymbole nach,

verknüpft sie mit Erinnerungen szenischer und gefühlsmäßiger Art. Wir tauschen uns dabei in einer symbolischen, poetischen Sprache aus, die die reflexive Betrachtung und Einordnung noch vermeidet.

Nun beginnt die *Integrationsphase*, die Reprise, das *Verstehen*. Wir betrachten die Botschaften, die wir verstanden haben. In der Gruppentherapie wird die Gruppe ein sharing und feedback geben mögen, so dass Selbst- und Fremdwahrnehmungen ins Spiel kommen. Dies kann von der Gruppe auch musikalisch erfolgen.

Der vorläufige Schluss ist die Phase der *Neuroorientierung*, die Coda bzw. das *Erklären* können. Dies bedeutet, den Traum zum normalen Leben in Beziehung zu setzen. Was ist die momentane Botschaft des Traumes? Als „Journalistin“ frage ich dann manchmal spielerisch: „Sagen Sie mal, was soll der Kinogänger denn nun mitnehmen? In welcher Hinsicht wollen Sie ihn aufrütteln? Inwiefern soll er nach diesem Filmbesuch ein anderer werden?“.

### **Einige Techniken**

Hier seien einige Techniken und Interventionen aufgelistet, die wir zur Traumbearbeitung verwenden können.

- Die Atmosphäre eines Traumes spielen und die eigene Resonanz darauf spüren
- Bestimmte Gefühle musikalisch ausdrücken  
(kann die Gruppe auch stellvertretend für den Protagonisten ausdrücken)
- Einem Traumsymbol ein Instrument zuordnen, ihm eine Stimme (eine Spielweise, einen Klang) geben
- mit einem Traumsymbol/Instrument/Klang in Dialog gehen
- sich mit einem Traumsymbol/Instrument/Klang identifizieren und seine Qualität musikalisch ausdrücken
- zwischen Traumsymbolen musikalische Dialoge spielen, wobei der Therapeut oder Gruppenteilnehmer jeweils die Partnerrolle einnehmen.

### **Drei Nachträume und ihre musiktherapeutische Bearbeitung**

Im Folgenden möchte ich einige Nacht-Träume und ihre musiktherapeutische Bearbeitung erzählen, um das Gesagte noch besser zu veranschaulichen. Es soll daran aber auch deutlich werden, dass das tetradische System und das hermeneutische Vorgehen nur ein Modell ist, ein Leitfaden für die Praxis, nicht aber ein Rezeptbuch.

### Miriam's Traum (32 Jahre) <sup>2</sup>

"Ich sehe von einem Hügel aus die Hauptstraße der Stadt meiner Kindheit. Es hat ein Unfall stattgefunden. Ich komme näher und es wird immer erschreckender. Meine Großmutter ist überfahren worden, ihr Gesicht ist aber friedlich. Ihre Haut ist so pergamentartig, verrunzelt, aber darunter warm. Ich bin traurig, aber auch stolz auf die würdige Haltung meiner Großmutter. Plötzlich bin ich Sys, die 15 Jahre alt ist. Sys sammelt das geronnene Blut der Großmutter ein, das wie ein Puzzle aussieht. Dabei wird Sys immer jünger, schließlich ist sie 3 Jahre alt."

Nach dem langsamen und gefühlten Erzählen des Traumes in der Gegenwart spürt Miriam vor allem die erschreckende Atmosphäre. Daher wird Miriam gebeten, die Atmosphäre der ersten Szene (jene, als sie vom Hügel aus sieht, dass etwas immer näher kommt) musikalisch zu gestalten. Miriam wählt Gruppenmitglieder aus, die auf ihre Anweisung dumpfe Paukenschläge spielen, dazu Kratzen auf der Conga mit plötzlichen Wischbewegungen, dazu noch kurze Akkorde auf dem Klavier. Miriam hört sich nun in einer exzentrischen Position, also nicht mitspielend, diese Musik an, lässt sie auf sich wirken und spürt mit dem ganzen Leibe wie erschreckend die Szene ist. Die leibliche Resonanz öffnet die Archive ihres Leibgedächtnisses und sie merkt, dass und wie viel die Szene mit ihr zu tun hat. In der Atmosphäre sind Szenen und Gefühle verdichtet und dies bezieht sich auch auf den Anblick der Großmutter. Das Erschreckende zeigt sich ihr jetzt im Verrunzelten, Pergamentartigen im Gegensatz zum Warmen, Friedlichen. In der Musik hat sie zunächst mehr das Unheimliche, Groteske zum Ausdruck gebracht,



doch ist dies nur die Figur vor dem Hintergrund, der ihr jetzt bewusster wird. Da die Diskrepanz zwischen den beiden Polen genügend erlebbar geworden zu sein schien, schlage ich Miriam vor, die Großmutter einen Moment zu verlassen und sich der Sys<sup>3</sup> zuzuwenden und sie hörbar zu machen. Miriam wählt das Klavier, auf dem sie folgende Melodie spielt:

Sie findet die Melodie sehr fröhlich, „ganz o.k.“, d.h. sie scheint emotional dabei nicht viel zu empfinden. Ich bitte sie deshalb, die Melodie auch einmal zu singen,

<sup>2</sup>Alle im Folgenden erwähnten Träumerinnen haben mir ausdrücklich ihr Einverständnis für eine Veröffentlichung gegeben. Ihre Namen sind jedoch verändert.

<sup>3</sup> Miriam ist Dänin und "Sys" könnte auf dänisch ein Name, aber auch eine Abkürzung für "Schwester" sein

und jetzt, beim Singen, merkt sie, dass dieses Liedchen neben einer gewissen Unschuld (Kinderwelt) auch eine ordentliche Portion Trotz ausdrückt. Durch diese Diskrepanz zwischen heiler Kinderwelt und Gegen-etwas-trotzen empfindet sie nun, dass in Wirklichkeit alles sehr traurig ist. Sie beginnt zu weinen und erinnert sich nun daran, dass die Großmutter tatsächlich überfahren wurde, als Miriam drei Jahre alt war. Da ihre Mutter aber hochschwanger gewesen war, durfte der Tod nicht zu tragisch genommen und schon gar nicht betrauert werden. Es wurde als peinlich empfunden, sich emotional gehen zu lassen. Würde und Haltung mußten gewahrt werden. Miriam hat erfasst und verstanden.

Die Gruppenmitglieder improvisieren intuitiv eine Trauermusik, die sehr warm und tröstlich klingt. Miriam kann dabei weiterweinen und den Tod der Großmutter betrauern. Eine seelische Weitung ist spürbar.

Musiktherapie machte es hier durch den gestalteten musikalischen Ausdruck der unheimlichen Atmosphäre möglich, einen Zugang zu der verhinderten Trauer zu finden, und die ganze Problematik des Totschweigens eines emotional sehr bedeutsamen Ereignisses offen zu legen. In der Atmosphäre hatten sich diese Pole verdichtet und dadurch, dass Miriam sie selber nachschuf, konnte sie diese seelische Realität rekonstruieren. Durch die Identifikation mit Sys, ihrem kindlichen Alter Ego (das gleichzeitig ein Hinweis auf die noch ungeborene Schwester sein könnte) und durch die trotzig Kindermelodie wurde der Konflikt deutlich. Die Gruppenimprovisation gab den Boden für den Ausdruck der Trauer. In der musiktherapeutischen Bearbeitung dieses Traumes war das psychoanalytische Konzept der Konfliktverdrängung sehr nützlich. In der Trotzphase wird nichts mehr hergegeben, auch nicht die Trauer, die damit nicht gelebt werden konnte.

### **Lenes Traum (40 Jahre)**

Lene hatte vor zwei Jahren einen sehr schweren Verkehrsunfall erlitten. Ihr Gesicht war total entstellt. Sie musste mehrere Operationen über sich ergehen lassen, die nicht zufriedenstellend verliefen.

"Da ist ein Boot, das auf einem blutigen Sumpf fährt. Viele Menschen sind darauf, ich auch. Da sind zwei lächerliche Männlein (Samurais), ich weiss, ich brauche mir von denen nichts vorschreiben zu lassen. Auf dem Boot ist es verboten zu spielen. Wir landen und da steht X (Teilnehmer aus der Gruppe), nur als sehr alter Mann mit Mönchskutte. Am Boden liegt eine Geige. Ich hebe sie auf und er sagt, sie sei wertlos, gibt mir aber den Bogen. Damit gehe ich aufs Boot zurück und spiele, während wir zurückfahren, innerlich. Also nur ich höre die Musik. Es regnet wie Tränen und der Bogen fängt die Tränen auf. Ich steige aus dem Boot aus und

gehe mit dem Bogen in den Wald, wo ich ihn allein feierlich begrabe. Es ist sehr ernst."

Ich lasse Lene ihren Traum wieder langsam erzählen. Auf die Frage, was für sie wichtig sei, meint sie, die Männer seien "ohnehin schon durchschaut". Im Vordergrund stünde das Begräbnis.

Während sie spricht, hält sie die ganze Zeit einen Schlegel in der Hand, den sie hin und her wendet. Ich nehme dies als Botschaft, dass der Geigenbogen eine Schlüsselrolle spielt. Ich frage, ob sie mit dem Geigenbogen noch mal - so wie im Traum- die Musik spielen könne, aber nur innerlich, hier im Raum. Sie nickt. Lene sitzt mit dem Bogen in der Hand und hört der Musik in ihr selbst zu, während es in der Gruppe mucksmäuschenstill ist. Es breitet sich in der ganzen Gruppe eine Atmosphäre aus, wie sie entsteht, wenn Innerliches gehört wird. Ich frage nach einer langen Weile, ob wir die Musik mitspielen dürfen, lasse sie spüren, dass wir ihre Musik hören können, dass wir also ganz dabei sind und ihre Gefühle teilen können. Da weint sie bitterlich. Seit ihrem schweren Unfall kann sie hier unter uns und mit uns zum ersten Mal weinen. Die Gruppe improvisiert eine sehr mitfühlende Trauermusik. Es ist für Lene, aber auch für alle anderen eine ganz tiefe gemeinsame Erfahrung, die Not teilen zu können

Die musiktherapeutische Traumbearbeitung bestand hier aus zwei Komponenten: Stille teilen und dem Unhörbaren empathisch Ausdruck verleihen. Dies ermöglichte auf eine ganz berührende Weise Con-sens, geteilten Sinn darin, dass wir Menschen das Dazwischen gefühlsmäßig teilen können und dass geteiltes Leid vielleicht halbes Leid wird. Die Traumbearbeitung mag äußerlich gesehen unspektakulär erscheinen, sie hatte jedoch viel mehr Bedeutung als Worte jemals haben könnten.

In dieser Traumbearbeitung trat m.E. das intersubjektive Moment als therapeutische Erfahrung in der Vordergrund. Dadurch konnte auch der Verlust der Unversehrtheit betrauert werden.

### **Tinas Traum (ca. 30 Jahre)**

"Ich stehe in einem Badezimmer vorm Waschbecken und merke, dass mir Schleim hochkommt und dass ich etwas ausspucken muss. Ich finde das ekelig, weiß aber, dass es mir dann besser geht.

Ich spucke 2 mal aus und sehe in dem weißlichen Schleim ein Insekt, flach, silbrig-weiß, 2 x 4 mm groß, mit vielen Beinen (so was lebt in Kellern). Ich bin entsetzt und besorgt, dass ich nicht ganz normal sein könnte und gehe zu einem Arzt, einem Mann, der Arzt sein soll. Der sagt: „das ist ganz normal, alle Menschen haben

solche Insekten in sich." Ich glaube das so halb, bin angewidert, aber komischerweise nicht hysterisch."

Tina erzählt uns den Traum zuerst in der Gegenwart. Ich frage nach und Folgendes wird deutlicher: das Bad ist weiß-grau, das Insekt im Schleim hat eine ähnliche Farbe. Als Tina dies erzählt, spürt sie vor der Gruppe eine Angst, dass "etwas" entdeckt wird.

Ich fordere sie auf, ihre Fantasie, wie die Gruppe in dem Falle reagieren würde, zu überprüfen. Doch bei genauem Hinschauen merkt Tina, dass sie Vertrauen hat. Tina ist erleichtert. Sie kann sich dem Insekt wieder zuwenden.

"Welches Instrument passt zu dem Insekt?" Tina weiß sofort, welches es ist (die Instrumente liegen auf dem Boden ausgebreitet): es ist die Kalimba. Sie hat so viele Zungen wie das Insekt Beinchen hat. "Wie klingt das Insekt?", frage ich sie. Tina spielt es so, dass man hört und sieht, wie es krabbelt und zappelt. Tina sagt, sie fühle es förmlich in ihrem Inneren krabbeln und zappeln, dies mache ihr Angst. Ich sage: "Gib das Instrument jemand anders zum Spielen und hör dir das mal an. Hör dir an, wie du die Musik des Insektes jetzt erlebst".

Tina schaut in die Runde und wählt schließlich Ute aus, die nun das Insekt auf der Kalimba spielt. Tina gewinnt Abstand. Ich frage Tina, was das Insekt eigentlich sagt. Sie antwortet mit frechem Ausdruck: "es sagt: 'ich bin da!'" Kaum ausgesprochen, merkt Tina, dass das Insekt gar nicht mehr so bedrohlich krabbelt. Im Gegenteil, sie findet es durch seine schnippische Art plötzlich ganz interessant. Ich bitte sie, dieses Interesse dem Insekt direkt musikalisch mitzuteilen, falls sie noch keine Worte finden könne.

Sie wählt eine Flöte und wendet sich spielend dem Insekt zu, welches ihr (Ute) antwortet. In dieser gemeinsamen Improvisation auf der symbolischen Ebene (Träumerin/Insekt) kommt es nicht nur zu einer symbolischen Begegnung, sondern auch zu einer Begegnung auf der Beziehungsebene. Tina projiziert zwar ihren Insektenanteil auf Ute und zwingt diese dadurch in die Rollenkonfiguration. Aber sie tritt zu Ute auch in eine zwischenleibliche Kommunikation und Ute stimuliert Tina auch mit ihren eigenen Reaktionsmustern, wodurch etwas Neues entsteht. Beziehung wird hörbar. Die neue Szene verändert das "Insekt" und seine Bedeutung.

Jetzt frage ich Tina, was das Ganze für sie bedeute, denn wir sind an einem Punkt angekommen, wo Erfasstes in seiner Bedeutung erkennbar werden kann. Erkennbar wurde für sie ein freches lebendiges Kind in ihr, das sich einerseits jedoch verkleiden muss, um seine Integrität wahren zu können, das andererseits aber auch den sterilen Part in Tina, d.h. das sterile emotionale häusliche Saubermannklima schockieren will. Tina fühlt sich darin ermutigt, dass sie sich eigentlich nicht mehr verkleiden muss.

Die Musiktherapie bot hier drei Techniken an: einmal, einem Traumsymbol ein Instrument zuzuordnen und sich damit zu identifizieren, um auf diese Weise herausfinden zu können, welche Bedeutungen die Träumerin in diesem Symbol verdichtet hatte. Zum anderen, mit dem abgespaltenen Teil des Symbols (dem Kind, das "bedrohlich", weil "eklig" ist) in Kontakt zu treten und sich anzufreunden, indem gemeinsam improvisiert wird. Zum dritten, alte Szenen durch Handeln im Hier und Jetzt in einem neuen Kontext (Gruppe) zu verändern.

### **Zur rezeptiven Musiktherapie mit Imaginationen**

Zum Schluss seien noch einige Bemerkungen zur Arbeit mit Imaginationen in der Integrativen Musiktherapie erlaubt. Der rezeptive Zugang ist eine weitere und sehr effektive Möglichkeit für die musiktherapeutische Traumbearbeitung. Bestimmte, individuell für jeden Klienten ausgesuchte Musikstücke werden in der Einzeltherapie vom Klienten in einem entspannten Körperzustand erlebt. Die Auswahl richtet sich auf Stimmungen, Atmosphären, Dynamiken, die in der Therapie gerade Bedeutung haben und von der Musik ausgedrückt werden. Der Musiktherapeut geht dabei von seiner Einschätzung der therapeutischen Beziehung aus und bietet dem Klienten die Musik an, wohl wissend, dass sie möglicherweise nicht passt und ggf. mit einer anderen Musik ausgetauscht werden muss. Er hat auch Möglichkeit, die Musik mit dem Klienten gemeinsam auszusuchen. Hier gibt es viele Varianten und diese beziehen sich auch auf das Setting: liegend, sitzend, mit offenen oder mit geschlossenen Augen, usw.. Eine Besinnung auf die leibliche Verfassung oder eine Entspannungsübung steht meist am Anfang.

Die auf diese Weise produzierten Träume nenne ich "musikevozierte Tag - Träume".

In der rezeptiven Musiktherapie können wir einen Traum beim Hören träumen lassen und anschließend so bearbeiten, wie ich es oben beschrieben haben. Dann wird der Tagtraum wie ein Nachttraum behandelt. Wir können aber auch während des Hörens oder im Anschluss verbal miteinander kommunizieren, was natürlich nur in der Einzelmusiktherapie geht. Der Therapeut hat hier die Funktion des Begleiters, der durch seine Fragen „was ist jetzt?“, „was kannst du jetzt tun?“ zum Klienten Kontakt hält und dessen Kreativität bei der Reise anregt. Fragen wie „Woher kennst du das“, die zu rasch vom musikalischen Geschehen wegführen hin zur eigenen Biografie, sollten deshalb in der Regel lieber nach eindeutiger Beendigung der Begleitung auf der Symbolebene gestellt werden.



Die Traumbearbeitung ähnelt sehr der Methode der „Guided Imagery and Music“ (GIM). Die theoretischen Konzepte und die Theorie der Interventionspraxis sind weitgehend miteinander kompatibel.

Eine weiter und tiefer gehende Darstellung dieser Arbeit ist an dieser Stelle nicht möglich, es kann daher nur auf weiterführende Literatur verwiesen werden (Bonny, 1978; 1999; Bonde, 1999; Goldberg, 1995, 2000).

## Literatur

- Bonde, L.O. (1999). Introduction to Helen L. Bonny's article "Music and Consciousness". *Nordic Journal of Music Therapy*, 8, 2; 168-170.
- Bonny, H.L., Savary, L.M.(1973). *Music and your mind. Listening with a new consciousness.* Harper & Row, Publishers, New York.
- Bonny, H.L. (1999). Music and Consciousness. *Nordic Journal of Music Therapy*, 8, 2; 171-179.
- Bossinger, W., Hess, P. (1993). Musik und außergewöhnliche Bewusstseinszustände. *Musiktherap. Umschau*, Bd. 14, Heft 3, 239-254.
- Ferenczi, S. (1909). Die Psychoanalyse der Träume. In: Ferenczi, S.: *Zur Erkenntnis des Unbewussten.* München, Kindler 1978, 115 –139.
- Frohne, I. (1981). *Das Rhythmische Prinzip, Grundlagen, Formen und Realisationsbeispiele in Therapie und Pädagogik*, Lilienthal: Eres Verlag.
- Frohne I. (1988). Music Psychotherapy - theoretical foundations. In: *Psychiatriska Kliniken Löwenströmska sjukhuset Stockholm* (ed.): *Symposium kring musikpsykoterapi.*
- Frohne-Hagemann, I, (1990). Musik und Traum. Zur Arbeit mit Träumen aus der Sicht der Integrativen Musiktherapie. In: Frohne-Hagemann, I. (Hrsg): *Musik und Gestalt. Klinische Musiktherapie als integrative Psychotherapie.* Paderborn: Junfermann Verlag, Neuauflage 1999, Stuttgart: Vandenhoeck& Ruprecht Verlag, S. 99 – 120.
- Frohne-Hagemann, I. (1994). Realitätsebenen des musiktherapeutischen Dialogs. *Einblicke*, (hg.) vom Deutschen Berufsverband der MusiktherapeutInnen (DBVMT e.V.) und vom Berufsverband Klinischer MusiktherapeutInnen e.V., Heft 6, S. 30-40.
- Frohne-Hagemann, I. (1996). El trabajo con los sueños en la musicoterapia integrativa - working with dreams in Integrative Music Therapy. *Rev. Intl. Lat.-Am. de Musicoterapia*, 2/1. Argentinien.

- Frohne-Hagemann, I. (1997). Die heilende Beziehung als therapeutisches Medium und ihre musiktherapeutische Gestaltung. In: Petzold, H.; Müller, L. (Hrsg.): Musiktherapie in der klinischen Arbeit, S. 9 – 22, G. Stuttgart: Fischer Verlag.
- Gembris, H. (1993). Klang und Trance - Neue Wege der rezeptiven Musiktherapie. Zur Situation der rezeptiven Musiktherapie. Musiktherap. Umschau, Bd. 14, Heft 3, 193-206.
- Goldberg, F.S. (1995). The Bonny method of guided imagery and music. In: Wigram, T.; Saperston, B; West, R. (eds). The Art and Science of Music Therapy: A handbook. S. 112-128, Chur, Switzerland: Harwood Academic Publishers.
- Goldberg, F.S. (2000). I am the creator and the Created: A Woman's Journey from Loss to Wholeness. Einblicke, Heft 10, 47-58.
- Haerlin, P. (1993). Klang und Trance im psychoanalytischen Setting. Musiktherap. Umschau, Bd. 14, Heft 3, 219-238.
- Grootaers, F.(1983): Improvisation. In: Decker-Voigt, H.-H. (Hrsg.): Handbuch der Musiktherapie. Funktionsfelder, Verfahren und ihre interdisziplinäre Verflechtung. Lilienthal: Eres.
- Grootaers, F.(1994). Fünf Vorträge über Musiktherapie und Morphologie in der Psychosomatik. Institut für Musiktherapie und Morphologie (Hrsg.): Materialien zur Morphologie der Musiktherapie, Bd. 6, Bad Zwesten.
- Kiel, H. (1993). Guided Imagery and Music - ein Konzept der rezeptiven Musiktherapie. Musiktherap. Umschau, 14, Heft 4, S. 327-339.
- Luhmann, N. (1971). Soziologische Aufklärung. Aufsätze zur Theorie sozialer Systeme. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Loos, K.G. (1980): Kurztherapie bei einer psychosomatischen Patientin. Musiktherap. Umschau, Heft 1, S.57-70.
- Loos, K.G. (1986). Spielräume. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Mastnak, W. (1993). Musik-Hypnotherapie bei psychiatrischen Patienten. Musiktherap. Umschau, Bd. 14, Heft 4, S.306-316.
- Merleau-Ponty, M. (1966). Phänomenologie der Wahrnehmung, de Gruyter, Berlin (Frz. 1945).
- Orff, G. (1982). Der Wert das akustischen Phänomens in der Entwicklung eines blinden Mädchens. Musiktherap. Umschau, Heft 3, S. 283 – 293.
- Perls, F. (1975). Gestalttherapie in Aktion. Stuttgart: Klett.
- Petzold, H. (1977). Theorie und Praxis der Traumarbeit in der Integrativen Therapie. Integrative Therapie, 3 / 4 (1977), 147-175.
- Petzold, H. (1993a). Einführende Überlegungen. In:Petzold, H.G.: Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Bd. 1, S. 11-90, Paderborn: Junfermann.

- Petzold, H. (1993b). Der "Tree of Science" als metahermeneutische Folie für Theorie und Praxis der Integrativen Therapie. In: Petzold, H.G.: Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Bd. 2, S. 457-647, Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. (1993c). Das "neue Integrationsparadigma" in Psychotherapie und klinischer Psychologie und die "Schulen des Integrierens" in einer "pluralen therapeutischen Kultur". In: Petzold, H.G.: Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Bd. 2, Bd. 2 S. 927-1039 Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. (1993d). Konzepte zu einer mehrperspektivischen Hermeneutik leiblicher Erfahrung und nicht-sprachlichen Ausdrucks in der "Integrativen Therapie". Petzold, H.G.: Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Bd. 2, S. 91-331 Paderborn.:Junfermann.
- Reich, W. (1978). Charakteranalyse, Frankfurt: Fischer.
- Reyher, I. (1963). Free Imagery. An uncovering procedure. Journal of Clinical Psychology, 19, 454-459.
- Salber, W. (1991). Gestalt auf Reisen. Das System seelischer Prozesse. Bonn: Bouvier.
- Schwabe, C. (1987). Regulative Musiktherapie. Stuttgart: Fischer.
- Singer, J.L. (1974). Fantasie und Tagtraum. Imaginative Methoden in der Psychotherapie. München: Pfeiffer.
- Singer, J.L., Pope, K.S. (1986). Anwendung der Imaginations- und Fantasietechniken in der Psychotherapie. In: dies.: Imaginative Verfahren in der Psychotherapie. Paderborn: Junfermann.
- Smeijsters, H. (1999). Grundlagen der Musiktherapie. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Strauss, A.L. (1978). A social world perspective. In: Denzin, M.K.: Studies in symbolic interaction. Vol. 1 S. 119-128, Greenwich: Jai Press.
- Streich, H. (1980). Musik im Traum. Musiktherap. Umschau, Bd. 1, Heft 1.
- Streich, H. (1981). Musikalische Gestalt und Form im Traum. Musiktherap. Umschau, Bd. 2, Heft 4.
- Streich, H. (1984). Märchen aus Träumen mit musikalischen Inhalten. Musiktherap. Umschau, Bd. 5, Heft 1.
- Streich, H.(2/1987). Musikalische Träume, in: Battegay, R. und Trenkel, A. (Hrsg.): Der Traum aus der Sicht der verschiedenen therapeutischen Schulen, Bern: Hans Huber, S. 94 – 107.
- Strobel, W. (1999). Reader Musiktherapie. Klanggeleitete Trance, musiktherapeutische Fallsupervision und andere Beiträge, Reihe: zeitpunkt musik, Wiesbaden: Dr. L. Reichert Verlag.

- Stroemer, R. (1996). Umgang mit Träumen in der Musiktherapie. Unveröffentlichte Dipl. Arbeit der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster, FB. 21, Institut f. Musikpädagogik, Zusatzstudiengang Musiktherapie.
- Tauber, E.S., Green, M.G. (1959). Prelogical experience. New York: Basic books.
- Timmermann, T. (1987). Musik als Weg. Das Er-Fahren des Seins mit dem Klang. München: Musikhaus Pan Verlag.
- Timmermann, T. (1993). Geistige Hintergründe und spirituelle Dimensionen menschlichen Erlebens. Musiktherap. Umschau, Bd. 14, Heft 3, S. 207-218.
- Waldenfels, B. (1971). Das Zwischenreich des Dialogs. Den Haag: Nijhoff.
- Wärja-Danielsson, M. (1990). Musik und Mythos -eine Reise durch die Unterwelt. Musiktherapie auf der Grundlage der Analytischen Psychologie C.G. Jungs. In: Frohne-Hagemann, I. (Hrsg): Musik und Gestalt. Klinische Musiktherapie als integrative Psychotherapie. Paderborn: Junfermann Verlag, Neuauflage 1999, Stuttgart: Vandenhoeck& Ruprecht Verlag, S. 137-152.

**HILDEMARIE STREICH**

## **MUSIK IM TRAUM**

### **MUSIC IN DREAMS**

In the field of recent dream research and dream interpretation, the author's collecting and analyzing of music-related dreams broke in its way rather new ground in psychotherapy. By now, her object has proved to be of far-reaching psychological and music-therapeutical significance, deserving of closer examination, both in the field of practical psychotherapy and in basic research of musical therapy. The examples given in the text are taken from the author's collection of over 800 music-related dreams. For contributions the author is obliged to people all over the world. Music often appears in dreams as a kind of therapeutic agent of the psyche. So whenever music is used for its harmonically balancing, levelling, stimulating or calming effects, modern people's unconscious mind relates back to the music-therapeutic experiences of mankind. Thus a first-rate means of communicating is used that helps remedy the most various disturbances by activating self-healing energies and initiating new phases of inner development.

Mit der von der Autorin erstmals unternommenen systematischen Sammlung und Untersuchung von mehr als 800 Träumen mit musikalischen Inhalten und mit der damit verbundenen Frage nach ihrer Bedeutung hat sich innerhalb der neuzeitlichen Traumforschung ein wichtiger Teilbereich eröffnet, der bis dahin noch weitgehend tiefenpsychologisches Neuland darstellte. Die vorliegenden Ergebnisse sind nicht allein für die Traum-Interpretation in der praktischen Psychotherapie, sondern auch für die Grundlagenforschung der Musiktherapie von Bedeutung. Diese Träume zeigen, dass die Musik als musikalisch-harmonikale Potenz dem Unbewussten der menschlichen Seele urbildhaft innewohnt und oftmals in der Art eines therapeutischen Faktors der Psyche auftritt, Selbstheilungskräfte anregend, unabhängig von der vorhandenen oder vermeintlich nicht vorhandenen Musikalität des Träumenden. Die Musik wirkt hierbei vom Unbewussten in das Bewusstsein hinein, sozusagen von innen nach aussen, so wie ein sorgfältig ausgewähltes Heilmittel, differenziert abgestimmt auf die individuelle Problematik und den persönlichen Eigenbedarf des Träumenden.

### **Einleitung**

Musik und musikalische Inhalte treten in den Träumen auf sehr vielfältige Art in Erscheinung, und ihr Sinngehalt kann von grösserer Bedeutung sein, als bisher zu vermuten war. Das wurde der Autorin deutlich, als sie vor vielen Jahren damit begann, Träume mit musikalischen Inhalten zu sammeln.

Gegen Ende ihrer mehr als fünfjährigen Lehranalyse in Analytischer Psychologie war ihr eines Tages bei der Durchsicht ihrer Träume spontan die Idee gekommen, ihre eigenen Musikträume zusammenzustellen, durchzusehen und neu zu überprüfen. Hierbei stellte sie zu ihrer Überraschung fest, dass an diesen Träumen die Ent-

---

Vortrag und Workshop beim 2<sup>nd</sup> World Congress of the World Council for Psychotherapy – Subsymposion Music Therapy, Juli 1999, Wien (überarbeitete Fassung)

wicklung der vergangenen Jahre sich wie an einem klingenden „roten Faden“ ablesen liess. Oftmals waren es gerade Musikträume, die den Beginn einer neuen Phase ihrer inneren und äusseren Entwicklung besonders nachdrücklich markiert hatten. In diesen Träumen stand das musikalische Motiv zumeist im Mittelpunkt des Traumgeschehens. In anderen wieder erschien es mehr am Rande, hatte aber auch hier bei näherer Erkundung fast stets etwas Wichtiges mitzuteilen. Das alles wurde ihr jetzt rückschauend beim näheren Erforschen und Hinhorchen voll bewusst, denn sie hatte vorher diesen Träumen nicht mehr Aufmerksamkeit geschenkt als anderen auch.

Jetzt erhoben sich bei ihr viele Fragen, z.B.: „Wie ist es mit den musikalischen Träumen und deren Bedeutung bei anderen Menschen? Haben auch Menschen, die sich für unmusikalisch halten, solche Träume? Sind Träume von Berufsmusikern anders als die von Laien?“ Und sie begann von da an nach Musikträumen zu forschen. Zunächst fragte sie ihre Lehranalytiker sowohl nach deren eventuellen eigenen Musikträumen als auch nach solchen von anderen Menschen. Sie fragte ihre Psychotherapie-Kollegen im In- und Ausland sowie Freunde und Bekannte. Alle waren sehr interessiert an ihren Erkundungen und steuerten sowohl eigene Musikträume als auch solche von anderen bei und waren überrascht, als wie aussagekräftig sich diese Träume, denen sie bislang nur wenig Beachtung geschenkt hatten, bei näherer Untersuchung erwiesen. In verhältnismässig kurzer Zeit besass sie ausser ihren eigenen rund 50 bisherigen Musikträumen etwa 50 weitere. Hinzu kamen Traumbispiele von ihren eigenen Analysanden. Ermutigt durch diese Funde sammelte sie im Laufe der Zeit alles, was sie an Träumen mit musikalischen Inhalten fassen konnte und untersuchte diese und die zu ihnen gehörenden Einfälle der betreffenden Menschen sorgfältig.

Inzwischen ist diese Sammlung auf weit mehr als 800 Musikträume angewachsen. Diese stammen von Menschen aus verschiedenen Teilen der Welt, von Personen, die an Musik interessiert sind und von solchen, die sich selbst als völlig unmusikalisch bezeichneten, von musikalischen Laien und von Berufsmusikern, von Menschen, die sich in psychotherapeutischer Behandlung oder in einer Lehranalyse befanden und von solchen, die sich niemals irgendeiner Art von Psychotherapie zugewendet haben, aus den Praxen von Analytikern unterschiedlicher Richtungen, aus der Literatur und aus der eigenen psychotherapeutischen und musiktherapeutischen Praxis der Autorin. Einen grossen Teil dieser Träume verdankt die Autorin zudem den Hörern ihrer Vorlesungen, Seminare und Vorträge zu diesem Thema und den Lesern ihrer entsprechenden Veröffentlichungen (siehe angefügte Liste). Sie zeigen, dass die Musik zum Allgemeingut der menschlichen Seele gehört und in ihrer ganzen Erscheinungs- und Bedeutungsvielfalt in den Träumen von Menschen unter-

schiedlicher Herkunft, Vorbildung und Lebenseinstellung auftreten und so in der Art eines regulierenden, Selbstheilungskräfte anregenden therapeutischen Faktors wirksam werden kann (Streich, 1987, S. 94f.)

Oftmals ist dieses, dem ganzen Menschen verbundene, musikalisch-harmonikale Heilkräfte anregende Musikpotential tief verdrängt und meldet sich in den Musikträumen zu Wort. Sie wirken sozusagen von innen nach aussen, vom Unbewussten ins Bewusstsein hinein. Sie sind eine wichtige Bestätigung für die Musiktherapie unserer Tage, deren Anliegen es ist, durch entsprechende musiktherapeutische Massnahmen – nunmehr sozusagen von aussen nach innen – die Verbindung aufzunehmen zu der im Inneren verborgenen musikalischen Selbstregulierungskraft der leibseelischen Ganzheit des kranken Menschen. Die musikalisch-harmonikale Heilinstanz der Psyche, die sich in den Musikträumen so eindrucksvoll äussert, ist häufig fast gänzlich verschüttet oder lahmgelegt. Durch musiktherapeutisches Bemühen kann sie (sei es nun im aktiven Vollzug oder im rezeptiven Aufnehmen) erreicht und aktiviert werden. Zwei der hier vorgelegten Traumbeispiele („Das beschädigte Cello“ und „Das Lied des dunklen Gefährten“) stammen von Menschen mit schweren Früh-Störungen und initiierten (im Zusammenhang mit musiktherapeutischer Intervention) eine völlig neue Phase der inneren und äusseren Entwicklung.

So wurde innerhalb der neuzeitlichen Traumforschung mit dieser von der Autorin erstmals unternommenen Sammlung und Untersuchung von Träumen mit musikalischen Inhalten ein Vorstoss in bis dahin weitgehend unbearbeitetes tiefenpsychologisches Neuland unternommen. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen können sowohl für die Traum-Erschliessung in der praktischen Psychotherapie als auch für die Grundlagenforschung in der Musiktherapie von Nutzen sein.

*Den vielen Menschen, die der Autorin für ihre Forschungen wertvolles eigenes oder fremdes Traumgut zur Verfügung stellten, sei an dieser Stelle von Herzen gedankt. Namentlich seien hier erwähnt: Frau Dr. med. Käthe Bügler ☩ (Berlin), Frau Cornelia Brunner (Zürich), Frau Dr. phil. Marie-Louise von Franz ☩ (Küsnacht), Herr Dr. med. Gustav Richard Heyer ☩ (Nussdorf am Inn), Frau Dr. phil. Jolande Jacobi ☩ (Zürich), Frau Aniela Jaffé ☩ (Zürich), Herr und Frau Dres. med. James und Hilde Kirsch ☩ (Los Angeles), Herr Dr. med. Hans March ☩ (Berlin), Herr Dr. phil. Ignaz Reichstein (Basel), Herr Dr. med. Franz Riklin ☩ (Zürich), Frau Catherine Ritsema (Ascona), Frau Dr. med. Rotraut Seifert ☩ (München), Herr Prof. Rudolf Streich ☩ (Berlin), Herr James Zussmann (Los Angeles).*

## **Musikalische Traum – Inhalte**

Musik und musikalische Inhalte im Traum können unterschiedlicher Herkunft sein: Zum einen können sie zum Niederschlag der individuellen Erfahrungen gehören, die der betreffende Mensch jeweils mit der Welt der Musik gemacht hat. Zum

anderen können sie herkommen aus jenen unbewussten Musik- und Klangbereichen in den Tiefenschichten der menschlichen Seele, die seit frühester Zeit den Menschen singen, musizieren, komponieren und Musikinstrumente erfinden liessen. Und zum dritten können in ihnen immer neue und andere Verbindungen bewusster oder unbewusster Komponenten des Musikalischen überhaupt aufklingen.

Entsprechend dem vielschichtigen Wesen der Musik und dem nicht minder vielschichtigen Wesen des einzelnen Menschen umfassen diese Träume alle Aspekte des Musikalischen von der klingenden Musik über die in Noten und Tonnamen fixierte bis in die Musikinstrumente hinein. Die ganze Mannigfaltigkeit musikalischer Erscheinungen, Gestaltungen, Ausdrucksformen, Wirkungsmöglichkeiten, Erfahrungs- und Sichtweisen ist hier lebendig.

Oftmals sind diese Traum Inhalte mehr oder weniger deutlich bezogen auf die uralte Bedeutung der Musik als kathartische und harmonikale Potenz, welche unvereinbar scheinende Gegensätze zu verbinden und jeweils Fehlendes zu ergänzen vermag, weshalb ihr seit alters Heilkräfte anregende Wirkungen zugeschrieben werden. So kann die Musik in Träumen wirksam sein in der Art eines regulierenden therapeutischen Faktors der Seele, ähnlich einem sorgfältig ausgewählten Heilmittel differenziert abgestimmt auf den individuellen Eigenbedarf des Träumenden.

Diese Träume weisen einmal mit Bildern der Disharmonie, der musikalischen Destruktion oder Stauung auf bisher nicht wahrgenommene harmonikale Störungen im Kräftehaushalt der Psyche hin, um sie bewusst und angebar zu machen, zugunsten einer Wiederherstellung der verlorenen Harmonie. Zum anderen erscheinen sie in der Art eines musikalischen Symbols der Mitte und des Ziels, um auf Entwicklungsmöglichkeiten zu verweisen, die es in Geduld zu verwirklichen gilt, oder auch um Zustände der Verwirrung und Desorientiertheit vorübergehend zu kompensieren.

Manche dieser Träume haben ausgeprägten Initialcharakter. Das sind bestimmte charakteristische Musikträume, die den Beginn einer neuen Phase der seelischen Entwicklung gleichsam im voraus präludieren. Das Hauptziel dieser Träume scheint es zu sein, die neue Phase und ihr Zentralanliegen musikalisch zu veranschaulichen und zu initiieren. Man gewinnt den Eindruck, als schicke das Unbewusste in solchen Fällen die Musik dem Einzug des Neuen voraus, ähnlich wie seit alters beim Einzug hoher Gäste, bei Umzügen und Prozessionen die Musik vorausgeht, um ein Komendes, Nachfolgendes, noch nicht Sagbares durch das Medium der Musik voranzukünden. Es gibt auch Musikträume, die zu ganz beliebiger Zeit auftreten und ein Musikinstrument oder irgendein musikalisches Geschehen in den Mittelpunkt des Traumbildes stellen. Der tiefere Gehalt des betreffenden musikalischen Motivs kann nach seiner Erschliessung sehr Wesentliches zur Deutung des Traumes beitragen



und pflegt häufig von der den archaischen Symbolen eigentümlichen Tiefgründigkeit zu sein. Das musikalische Element steht jedoch bei weitem nicht immer im Zentrum des Traumgeschehens. In vielen Fällen hält es sich sehr verborgen und bescheiden im Hintergrund. Es lohnt sich aber, auch das nur am Rande erscheinende musikalische Motiv zu beachten und auf seinen Gehalt abzuklopfen. Durchaus nicht immer, aber doch mehr, als man zunächst annimmt, bedeutet seine Erschließung eine Bereicherung des Bewusstseins durch einen aus der Tiefe des Unbewussten herausgehobenen Erkenntniswert, der sich in ein so schlichtes Gewand hüllte, dass man beinahe an ihm vorbeigegangen wäre.

Musikalische Träume sind ebenso vieldeutig und mehrdimensional wie andere Träume. Es gilt auch für sie die goldene Regel wissenschaftlicher Traum-Erschließung, dass es kein festgelegtes Deutungsschema gibt, da jedes Individuum anders reagiert und seine ganz eigenen Einfälle und Assoziationen hat. So kann z.B. das Klavier für den einen das Traumland der Sehnsucht repräsentieren, während es für den anderen zum Albtraum wird. Zum therapeutischen, d.h. dem Menschen dienenden Verstehen und Aufschlüsseln von Träumen schreibt C. G. Jung: „Die eigentliche Interpretation des Traumes ist in der Regel eine anspruchsvolle Aufgabe. Sie setzt psychologische Einfühlung, Kombinationsfähigkeit, Intuition, Welt- und Menschenkenntnis und vor allem ein spezifisches Wissen voraus, bei dem es ebenso sehr auf ausgebreitete Kenntnisse wie auf eine gewisse „intelligence du cœur“ (Weisheit des Herzens) ankommt.“ (Jung, 1960, S. 327). Von grundlegender Bedeutung ist hierbei die bedingungslose Achtung vor dem mitmenschlichen Gegenüber, das uns seine Träume anvertraut und dessen Einfälle und Zustimmung bei dem Bemühen um Sinnfindung das Entscheidende sind.

### **Archetypen musikalischer Ganzheit**

Zum Begriff der Urbilder oder Archetypen schreibt C. G. Jung: „Das urtümliche Bild, das ich auch als ‚Archetypus‘ bezeichnet habe, ist immer kollektiv, d.h. es ist mindestens ganzen Völkern oder Zeiten gemeinsam. Wahrscheinlich sind die hauptsächlichsten mythologischen Motive allen Rassen und Zeiten gemeinsam“ (Jung, 1960, S. 453). – Es ist „ein zusammenfassender Ausdruck des lebendigen Prozesses“ (Jung, 1960, S. 454). – „Das urtümliche Bild (...) ist ein eigener lebendiger Organismus, ‚mit Zeugungskraft begabt‘, denn das urtümliche Bild ist eine vererbte Organisation der psychischen Energie, ein festes System, welches nicht nur Ausdruck, sondern auch Möglichkeit des Ablaufes des energetischen Prozesses ist“ (Jung, 1960, S. 457).

In einem Brief aus dem Jahre 1950 schreibt C. G. Jung über die Musik folgendes: „Dass Musik, ebenso wie das Drama, mit dem kollektiven Unbewussten zu tun hat, steht fest ..... Die Musik drückt in Tönen dasselbe aus wie die Bilder der Phantasien und Visionen. Ich bin kein Musiker und nicht imstande, Ihnen diese Gedanken im einzelnen auseinanderzusetzen. Ich kann Sie nur darauf hinweisen, dass Musik die Bewegung, Entwicklung und Wandlung der Motive im kollektiven Unbewussten darstellt ..... Die musikalische Form ist Ausdruck des zirkulären Charakters unbewusster Prozesse, z.B. in den vier Sätzen der Sonate oder in der Vollkommenheit zirkulärer Anordnung in der ‚Kunst der Fuge‘“ (Jung, 1972, S. 173).

Dieser Brief ist gerichtet an Serge Moreux, den Herausgeber der ‚Revue Musicale‘, der Jung gebeten hatte, einen Artikel zu schreiben zum Thema ‚Le rôle de la musique dans l’expression de l’inconscient collectif‘. Jung beginnt seinen Brief mit dem Bedauern darüber, dass er wegen seines hohen Alters und seiner Krankheit nicht in der Lage sei, einen Beitrag für die geplante Nummer zu schreiben, und er schließt mit den Worten: „Mehr könnte ich Ihnen über dieses Thema nicht sagen. Nur ein Musiker, der über psychologische Kenntnisse verfügt, wäre imstande, die Psychologie des Kontapunktes, der kreisförmigen Anordnung zu beschreiben ...“ (Jung, 1972, S. 174).

Für Menschen, die durch Interesse, Ausbildung und Beruf der Psychologie ebenso verbunden sind wie der Musik, und der Musik ebenso wie der Psychologie, bedeuten solche Worte nicht nur eine Bestätigung ihres Tuns, sondern zugleich auch eine Art Vermächtnis und Auftrag. Näheres zur Symbolik musikalischer Formen wie Fuge, Tonleitern, Temperaturen findet sich bei Streich (1973, 1975, 1977, 1978, 1979, Eranos-Jahrbücher).

Zum besseren Verständnis der nachfolgenden Traumbeispiele sei vorausgeschickt ein kurzer Überblick über einige der wichtigsten Urbilder oder Archetypen musikalischer Ganzheit.

## **1. Musik als urbildliche archetypische Ganzheit**

In der Musikanschauung der Antike und des Mittelalters wird die Musik gleichgesetzt mit Harmonía. Im griechischen Mythos gilt Harmonía (Tochter des Kriegsgottes Ares und der Liebesgöttin Aphrodite) als Göttin der Gegensatzvereinigung und als persönlich wirkende, zutiefst musikalische Ordnungsmacht in der Welt. Musik als Harmonía bedeutet jedoch keineswegs einen seichten, farblosen Kompromiss, sondern im Gegenteil eine höchst dynamische, aus dem lebendigen Wechselspiel ihrer konträren Pole immer wieder neu in der Zeit sich konstellierende und zugleich im ewig Zeitlosen wurzelnde urbildliche Ganzheit. Etymologisch bedeutet die Silbe

„har“ in dem Wort *Harmonía* die Vereinigung von Gegensätzen zu einem Ganzen, im materiellen, im ideellen und im kosmischen Sinne.

Die Musik wird hier in einem umfassenden Sinne angesehen als eine unter verschiedenen Aspekten zu betrachtende Seinswirklichkeit, die, verschiedene Bereiche umschliessend, in der Art einer Jakobsleiter auf der Erde steht und bis in den Himmel reicht:

1. Musik in ihrem materiell fassbaren, erdhaft-organischen Aspekt, „*Musica instrumentalis*“, ist Ausdruck für die Musik, wie der Mensch sie ausübt, Vokal- und Instrumentalmusik umschliessend.
2. Musik in ihrem psychischen Aspekt, „*Musica humana*“, gilt als Sprache der Seele, als gleichsam musikalische Verbindung von Leib und Seele.
3. Musik in ihrem kosmischen Aspekt, „*Musica mundana*“, Sphärenharmonie oder Harmonie des Kosmos, bezieht sich auf das harmonikale, nach Mass, Zahl und Gewicht proportional geordnete Weltganze.
4. In ihrem göttlichen Aspekt, „*Musica divina*“ oder „*Musica coelestis*“, umschliesst sie die Harmonie des Himmels und die Musik der Engel oder Intelligenzen als Lenker der Sphären.

Alle diese Bereiche gehören eng zusammen und machen erst in ihrer Gesamtheit die Ganzheit der Musik aus. Aufgabe und Ziel der Musik als *Harmonía* ist die Herstellung eines produktiven Ausgleichs der Kräfte, einer Balance der so häufig miteinander im Streit liegenden, einander feindlichen Brüder im somatischen, psychosomatischen und psychischen Bereich, weshalb auch die Ärzte der Antike die Musik als der Heilkunde zugehörig betrachteten. Bis in unsere Tage hinein ist dieses alte Erfahrungsgut wirksam. So bedient sich z.B. auch die neuzeitliche Musiktherapie einer seit Urzeiten erprobten Praktik, wenn sie versucht, die ordnenden, befreienden und sanierenden Kräfte der Musik in den Dienst der Krankenheilung zu stellen.

## II. Die Jakobsleiter der Musik

Eine Entsprechung zu dieser archaischen Ganzheitsschau der Musik ist die aus der jüdischen und christlichen Mystik bekannte Vorstellung von der vier Welten miteinander verbindenden Jakobsleiter. Die Himmelsleiter, die Jakob im Traum erblickt, wird hier betrachtet als bestehend aus vier grossen „übereinander geschichteten“ Stufen oder Wellen. Diese sind nicht nach Art unserer raum-zeitlichen Anschauung voneinander geschieden, sondern durchdringen sich gegenseitig im Hier und Jetzt: „Die göttliche Welt überlagert die Welt der schöpferischen Ideen, diese die Welt der Formungen und diese ihrerseits die materielle Welt.“ (Peter, 1943, S

4f.). Von der mittelalterlichen musikalisch-harmonikalen Ganzheitsschau aus betrachtet, bedeutet das:

1. Der untersten Welt, welche die materielle, sichtbare und fassbare Welt darstellt, entspricht die „Musica instrumentalis“ oder (griechisch) „Harmonía en organois“.
2. Der nächst höheren Welt urbildlicher Formen entspricht die „Musica humana“ oder „Harmonía tás psychás“.
3. Der darüber liegenden Welt der Ideen und der kosmischen Kräfte entspricht die „Musica mundana“ oder „Harmonía tou kosmou“.
4. Der obersten Welt, welche die göttliche Welt repräsentiert, entspricht die „Musica coelestis“ oder „Musica divina“.

Ebenso wie nach dieser alten Lehre von der Jakobsleiter die vier übereinander geschichteten Welten sich gegenseitig durchdringen, überlagern und zugleich ergänzen, so dass erst alle zusammen das Ganze ergeben, so auch in der Musikschau der Antike und des Mittelalters. Erst der Zusammenschluss aller vier Bereiche der Musik ergibt die wahre Musica oder Harmonía. Jeder Bereich für sich ist nur als Teil dieses Ganzen, als ein Aspekt dieser Ganzheit voll zu verstehen.

Diese Struktur der sichtbaren und unsichtbaren Wesenseiten des „Unus mundus“, d.h. der Einen Welt, wie sie in der Schau der Jakobsleiter erscheint, wird seit alters auch gesehen im Bilde eines lebendigen Organismus. Wichtigste Bilder sind hier der Baum und der Mensch.

### III. Christus summus Musicus

Nach der Aussage der Heiligen Schrift ist die Himmelsleiter, die Jakob im Traum erblickte (1. Mose 28, 12) leibhaftige Wirklichkeit geworden in Jesus Christus, dem schöpferischen Klangwort (= Logos) des Urbeginns (Joh. 1, 1-16), von dem das Weltall ins Leben gerufen wurde und zu dem alles wieder zurückkehrt. Er ist das Urbild des vollkommenen Menschen in Gott und Gottes im Menschen. Von ihm strömt die Weisheit und Liebe des Schöpfers als Musik und Klang aus in alle Sphären, bis hinein in unser irdisches Dasein, das von ihm nach „Mass, Zahl und Gewicht“ (Weisheit 11,21), das heisst nach musikalisch-harmonikalen, mathematisch-numerischen Proportionen (1 : 2 : 3 : 4 usw.) geschaffen wurde.

Von daher ist das Wort des Heiligen Hieronymus (ca. 347 - 420) zu verstehen, der Christus als den höchsten Musiker des Weltalls bezeichnete, als „Christus summus Musicus“. Ebenso spricht auch später Johannes Tinctoris (ca. 1435 - 1511), der berühmte Musik-Gelehrte, Musiker, Komponist, Jurist und Mathematiker (Schneider, 1955, S. 37) von Christus als dem Summus Musicus.

In seinem Gespräch mit Nathanael bezieht Christus sich selbst ausdrücklich auf die Jakobsleiter: „Wahrlich, wahrlich, ich sage euch: Von nun an werdet ihr den Himmel offen sehen und die Engel Gottes hinauf- und hinabfahren auf des Menschen Sohn“ (Joh. 1, 51). Als „Summus Musicus“, als Jakobsleiter der Musik verbindet er Himmel und Erde, obere und untere, sichtbare und unsichtbare Welten. Dieser grosse Therapeut des Daseins, in dessen Hände die Schlüssel der Hölle und des Todes liegen (Off. 1, 18), überführt als heilende Liebes- und Lebens-Energie ständig aufs neue Tod und Vergehen in Auferstehung und Leben.

Jeder Mensch in seiner ihm eigenen Unverwechselbarkeit und Individualität kann betrachtet werden als eine Art potentieller Jakobsleiter im Kleinen, als ein lebendiges von der Hand des Schöpfers gehaltenes Musikinstrument oder Monochord im Kleinen. Auf der Erde stehend trägt ein jeder in sich die Möglichkeit, vom Hauch des Schöpfer durchlebt und in Verbindung zu dieser musikalisch-harmonikalen Heilkraft des Daseins, Himmel und Erde, Zeitliches und Ewiges miteinander zu vereinen und so mitzuwirken an der Versöhnung der einander oft so tödlich bekämpfenden Gegensätze im einzelnen Menschen und im Weltganzen.

#### **IV. Der Baum des Lebens und der Musik**

In einem alten Text ist zu lesen: „Alle göttlichen Kräfte sind übereinander gelagert und sind wie ein Baum“ (Buch Bahir, 10. Jhd., nach Scholem, 1957, S. 234). „Dieser Baum Gottes ist zugleich auch die Struktur aller Welten, er wächst in aller Schöpfung und breitet seine Äste überallhin aus. So besteht alles Untere, Irdische nur, weil etwas von der Kraft der Sephiroth (d.h. der göttlichen Sphären) in ihm lebt und webt“ (Scholem, 1957, S. 234). Jeder Teil des Baumes lebt nicht aus sich selbst heraus, sondern aus dem Leben des verborgenen Gottes (= En Soph = ohne Anfang, ohne Ende).

In der jüdischen und christlichen Mystik ist dieser Jakobsleiter-Baum als „Sephiroth-Baum“ bekannt. Als Sephiroth (Sephira = Sphäre) werden 10 Sphären im All bezeichnet, in denen Gott von der tiefsten Verborgenheit bis zur Offenbarung in seiner irdischen Manifestation erscheint.

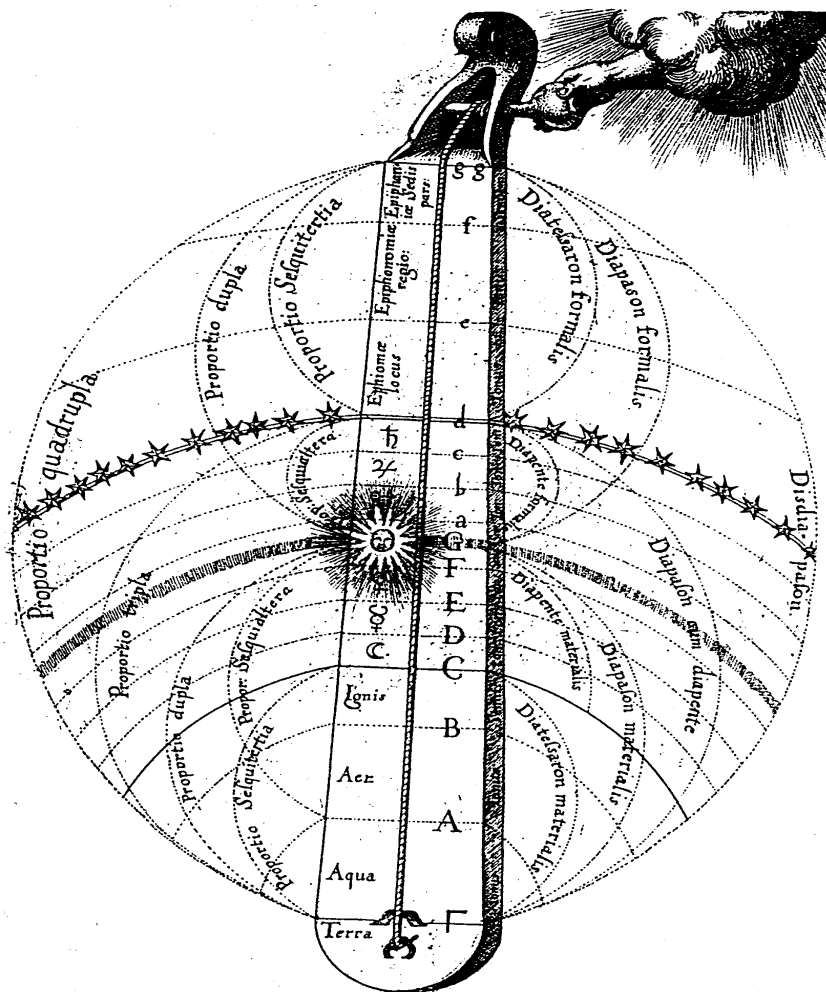
In den ineinander übergehenden 4 grossen Bereichen des Baumes wirken in den 3 Bereichen - Krone mit Wipfel, oberer sowie mittlerer Bereich - je 3 dieser göttlichen Kraftzentren. Im untersten Bereich als der untersten Stufe strömt alles in einer einzigen Sephira, der Erden- und Wurzelsphäre, zusammen. Diese Stufe des göttlichen Wirkens steht dem Menschen am nächsten und ist im Grunde jedem von uns immanent. In ihr verborgen ruht die Essenz aller über ihr liegenden Stufen oder Bereiche.

## V. Welten-Monochord

Als Baum des Lebens und der Musik wird die Leiter Jakobs auch als „Welten-Monochord“ dargestellt, in dessen einer Saite, der Ur-Oktave, alle Intervalle und Tonskalen der Musik enthalten sind (vgl. Streich, 1988, S. 234-246). Aus den Jahren 1617 und 1619 gibt es verschiedene Monochord-Darstellungen des Oxfordder Arztes und Musikphilosophen Robert Fludd (1574 - 1637). Eine davon zeigt das Monochord als „Monochordum mundanum“ oder Welten-Monochord, eine andere stellt den Menschen als Monochord dar.

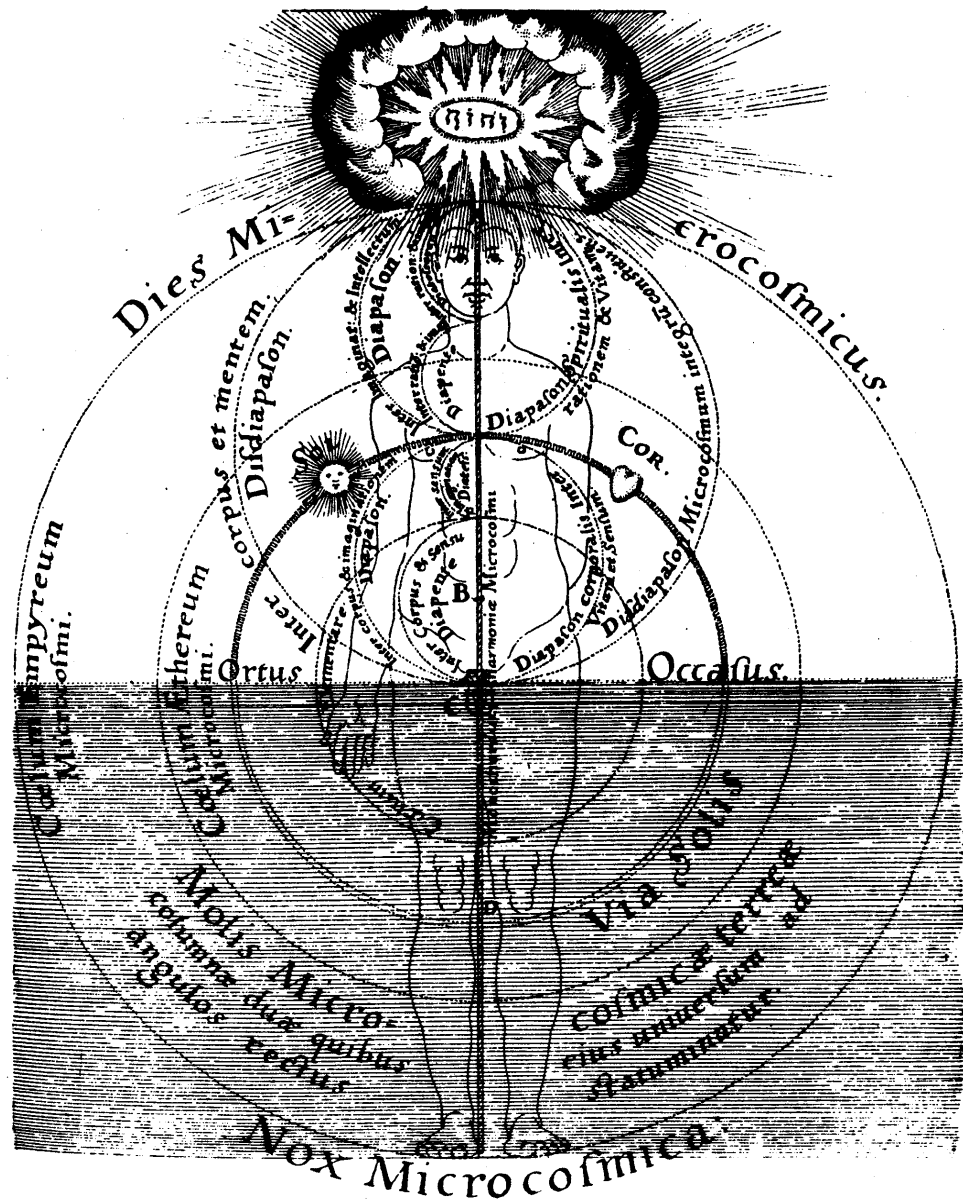
Das Monochord in der ersten hier abgebildeten Zeichnung Fludds (1617) reicht wie die Leiter Jakobs von der Erde bis in den Himmel hinein, wo die Hand des Schöpfers es an seinem Wirbel festhält und zu stimmen scheint. Der Tonumfang von zwei Oktaven (G-g<sup>9</sup>) bezeichnet hier die gesamte Tonskala, entsprechend dem Umfang der menschlichen Stimme, und bezieht sich tonsymbolisch auf die ganze Musica und Harmonía, auf den gleichsam musikalischen Zusammenschluss von Diesseits und Jenseits zu einer sich polar ergänzenden Einheit.

Abb. 1. Das Welten-Monochord (Robert Fludd, 1617)



Analog zum Welten-Monochord als Kosmos im Grossen, ist der Mensch als Kosmos im Kleinen ebenfalls gegliedert in Doppeloktave (=“Disdiapason inter corpus et mentem“), verbindend die Leibestiefen des Menschen mit dem höchsten Weltgeist. Diese Doppeloktave besteht wiederum aus zwei Oktaven (=“Diapason inter corpus et imaginationem“), deren jede in eine Quinte und eine Quarte aufgeteilt ist – vgl. Abb. 2, 1619.

Tab. 2. Der Mensch als Monochord (Robert Fludd, 1619)



Es ist uraltes Gedanken- und Erfahrungsgut, das Fludd an seinen Monochord-Darstellungen anschaulich werden lässt. Nach dieser Sicht ist Musik hörbar und unhörbar allgegenwärtig. In der einen Monochord-Saite ist nicht allein das gesamte vorhandene Tonmaterial verborgen. Sie ist zugleich Sinnbild für den von Gott ausgehenden und bis zur Erde reichenden Lebensgeist. Das Erdenleben gilt als Übungs- und Entwicklungsfeld, auf dem der Mensch sich nach und nach seiner evolutionären Bestimmung als lebendiges Bindeglied zwischen Schöpfer und Geschöpf, zwischen Diesseits und Jenseits bewusst werden kann. Erst nach Erfüllung seines Lebensauftrages im irdischen Bereich werde, so heisst es, Gott selber, dem das ganze Weltall gehöre, den Menschen aus seinem Körper befreien und ihm den Zutritt in die jenseitigen Welten gestatten. Denn nicht ohne Geheiss dessen, der dem Menschen die Seele verliehen habe, dürfe der Mensch „aus dem irdischen Leben scheiden, damit es nicht scheine, als habe er sich der von Gott vorgezeichneten menschlichen Bestimmung entziehen wollen“ (Cicero, nach Stege, 1961, S. 109).

Die folgende Serie von ausgewählten Traum-Beispielen zeigt, dass diese uralte Musikerfahrung keineswegs nur eine Sache der Vergangenheit darstellt, sondern bis in die Gegenwart wirksam ist und in immer wieder neuen, individuell abgewandelten musikalischen Themen in den Träumen neuzeitlicher Menschen aufklingt.

## **Beispiele von Musik-Träumen**

### **1. Der Musik-Baum**

Dieser Traum stammt von einer 39jährigen Lehrerin, deren Vorfahren sowohl deutsch-evangelischer als auch französisch-katholischer und jüdischer Herkunft waren. Sie war dabei, das kostbare religiöse Erbe dieser verschiedenen Richtungen miteinander zu verbinden und bewusst in die Ganzheit ihres individuellen Lebens aufzunehmen.

Der Traum lautet: „Ich bin in einer Kirche, ähnlich der Wallfahrtskirche in Birnau am Bodensee. Dort befinde ich mich auf der Empore. Eigenartigerweise ist aber diese Empore wie das grosse breite Geäst eines Baumes, der aus den Tiefen der Erde aufragt nach oben in die blauen Lüfte und Wolken des Himmels hinein. Ich stehe da so ganz bequem im hohen, kräftigen Wipfel dieser Baum-Empore und gucke mir die über mir befindliche Decke mit den vielen musizierenden Engeln an. Aber diese Decke besteht nicht, wie in Birnau, aus mit Fresken bemaltem Stein, sondern sie ist wie ein fast greifbarer musizierender Himmel über mir. Alles ist sehr wirklich und lebendig. Die Musik ist von ganz eigentümlicher Schönheit, jubelnd und tiefgründig



zugleich. Sie fasst Himmel und Erde zusammen und durchklingt den Baum. Unter uns das Kirchenschiff ist nicht Stein, sondern Ackerboden und sieht aus wie wartendes, duftendes, braunes Erdreich im Frühjahr. Es ist, als nähme dieses Erdreich den Strom der himmlischen Klangfülle tief in sich auf, um ihn in der Vielfalt der Blüten und Früchte später wieder verwandelt aus sich zu entlassen.“

Dieser Traum vom Baum des Lebens, der engstens verbunden ist mit der Himmel und Erde und alle Wurzelgründe gleichermassen umfangenden Musik, lässt nicht allein an den Baum der Sephiroth denken. Er erinnert zugleich auch an das soeben zitierte Wort des Hl. Hieronymus vom Logos des Urbeginns als dem „Summus Musicus“, der die ganze Musik in sich zusammenfasst und all ihre Höhen und Tiefen harmonikal miteinander vereint. Dieses Traumbild erschloss der Frau nicht allein eine vertieftere Schau der Zusammengehörigkeit von Geist und Materie, von Oben und Unten, von Verstand und Gefühl und von Himmel und Erde. Es inspirierte sie zugleich auch in ihrem religiösen Anliegen und in ihrer beruflichen Arbeit, was sich in der Folge als sehr fruchtbringend und bereichernd erwies (s. Streich, 1973).

### **1a. Traum vom „Singenden Pferd“**

Einige Zeit später machte ein weiterer Musiktraum diese Frau darauf aufmerksam, dass nun die Zeit gekommen sei, einen wichtigen Anteil ihrer Instinkt- und Antriebskraft aus dem Schattenbereich des Unbewussten heraufzuholen und dem bewussten Ich einzugliedern. In dem musikalischen Bilde eines singenden Pferdes, das es aus der Tiefe zu befreien gilt, macht der Traum aufmerksam auf kostbare Lebens- und Antriebs-Energien, die ihrer Entwicklung harren. Einige Zeit vor diesem Traum hatte die Frau durch mehrere Sterbefälle beide Eltern, dazu den einzigen Bruder und eine gute alte Freundin verloren. Die begreifliche Trauer über die herben Verluste ging Hand in Hand mit starker beruflicher und familiärer Überbeanspruchung. Dadurch drohte ihr ein Kräfteverlust, der unbedingt behoben werden musste, und sie träumte folgendes:

„Ich stehe an einer Brunnenanlage aus früherer Zeit und höre in der Tiefe ein Singen und Tönen von ergreifender Kraft und Schönheit. Jemand sagt: „Steige hinunter und befreie dein Pferd“.

Sie erwachte kurz und mit dem intensiven Wunsch, an dieses Tönen heranzukommen. Dann träumte sie in halbwachem Zustand weiter. In den Aufzeichnungen hierzu heisst es: „Ich sah einen Brunnen aus den Urtagen der Welt. Der war tief wie das Leid der Kreaturen und dunkel wie die Trauer der Menschenkinder nach grossen Verlusten. Seinen Grund konnte ich nicht erkennen. Doch sah ich es wohl, sei-

ne Wasser waren versiegt. „Steige hinunter und grabe ihn frei“, sagte jemand. Da begann ich, Stufe um Stufe mich in die Tiefe zu lassen, und schliesslich war ich unten. Dort herrschte abgründige Finsternis. Von oben kam nur spärliches Licht. Ich sah es: Dieser Brunnen war unendlich tief im Bauch der Erde vergraben. Da hörte ich auf einmal ein Singen. Das war, als sänge die Erde selbst aus ihren letzten Tiefen. Ich dachte: „Kein Mensch singt so. Vielleicht könnte ein Tier so singen. Wo aber tönen Tiere so wie dieses hier“. Dieser Klang war voller Schönheit wie ein Einklang von Mensch und Tier, von Höhe und Tiefe zugleich, und ich folgte ihm wie die Bienen dem Dufte der Blüten. Es war Nacht hier unten. Die Finsternis dampfte vor Abgrund und Schwärze. Sie war wie ein nächtliches, grosses Tier. Nur der Klang der singenden Stimme rief und lockte aus der Ferne. Langsam näherte ich mich dem Tönen. Dieser Zaubergesang atmete die Fülle von Himmel und Erde und vereinte in sich die Liebe und Schönheit alles Geschaffenen. Es war wie das Aufseufzen der Kreaturen in Lust und Schmerz und wie der Jubel der Menschenkinder bei Tanz und Spiel.

Als ich mich schon ganz nahe herangelauscht hatte, stiess ich auf eine grosse dicke Wand. Dahinter aber lebte und tönnte das Singen. Hier war die Dunkelheit am dunkelsten. Es gab weder Tor noch Tür, nur dunkle, undurchdringliche Wand. Diese war aus mächtigem Urgestein, dazu feucht und glitschig. Auf einmal glitt ich aus und lag bäuchlings in einer Höhle am Fusse der Wand. Ich versuchte mich aufzurichten, aber ich stiess mit dem Kopf oben an. Die Höhle war sehr niedrig. Gebückt schritt ich den Raum ab – und da – am Ende der Grotte eine Öffnung. Sie mündete in einen langen, flachen Gang. Ich musste kriechen, um hindurch zu gelangen. Dann plötzlich in der Ferne ein Lichtschimmer, dann eine Biegung des Höhlenganges, und der Weg ist frei. Ich kann aufrecht gehen und laufe auf ein grosses, warmes, rötliches Licht zu. Dieses Licht ist eines mit dem Zaubergesang, der immer wieder von neuem anhebt zu tönen und zu dem es mich mit allen Fasern meines Seins hinholt. Endlich mündet der Weg ein in einen grossen runden Raum. Er ist gänzlich erfüllt von dem rötlichen, warmen Licht, das mich hierher geführt hat. Und in der Mitte des Raumes, dunkel und schön – voller Urkraft – ein singendes Pferd. Die Nüstern blähen sich feucht und gross, und das Maul – weit geöffneter – gebiert Ton um Ton. Der ganze Leib des Tieres glänzt in dunklem Braun. Es duftet wie frisch gepflügter Ackerboden im Frühjahr. Die Mähne und der Schwanz und die Hufe leuchten wie pures Gold, und die Augen sind Bergseen gleich, gross und blau-schwarz.

„Komm näher“, singt das Tier, „und fürchte dich nicht“, und es tönt und tönt. Zögernd gehe ich in die Mitte des Raumes. Ich lege meine Hand auf das Fell. Es ist weich wie Seide, warm und ein wenig feucht. Ganz vertraut ist es mir auf einmal. „Lege deinen Kopf auf meinen Hals, und ruhe aus von der Wanderung“, singt das

Tier. Und ich tue, was es mir sagt. Wunderbar ist es, dort zu ruhen, eingebettet in das grosse Tönen. „Und nun küsse mich!“, singt das Tier. Da erschrecke ich. Furcht überfällt mich. Mich packt Entsetzen und Abscheu. Ich kann das einfach nicht. Da verstummt das Tönen. Das Tier sinkt in sich zusammen wie verwundet. Auch ich bin wie verwundet. Ich streichle das Tier. Es rührt sich nicht. Ich lege meinen Kopf auf seinen Hals, aber es ist wie tot. Da überkommt mich lähmende Angst, das Kostbare zu verlieren. Ich spüre auf einmal: „Ich liebe es ja schon, dieses wunderbare Pferd“. Und nun beuge ich mich herab und küsse es auf seine Mähne. Da springt das Tier jählings hoch und jubelt und schreit. Es ist wie ein Urschrei der Kreatur. Er fasst die ganze Freude der Schöpfung in sich zusammen. Er dringt aus dem Leib der Erde bis in das Herz des Himmels. Und da! Ein Krachen und Bersten! Die grosse Mauer stürzt ein, das Licht flutet durch den ganzen Raum, den ich im Dunkeln ertastet habe. Ich schwinde mich auf den Rücken des Pferdes, halte mich an seiner Mähne fest und singe mit ihm um die Wette. Es tanzt im Wirbel durch den grossen Raum und trägt mich bis zu der Stelle in der Tiefe des Brunnens, an der meine Wanderung begann. Und dort hebt es seine goldenen Hufe und scharrt und scharrt voller Eifer und Kraft. Auf einmal – da! – aus der Tiefe der Erde ein silbernes Klingen, wie Kinderlachen gluckert es. Eine Quelle, frisches, sprudelndes Wasser der Tiefe. Ich küsse vor Freude das Tier zum zweiten Mal. Da wachsen ihm zwei goldene Flügel. Aus den Tiefen der Erde, wo die Quelle singt, erhebt es sich in die Höhe und trägt mich in wunderbarem Flug nach oben, auf die Erde, auf eine grüne Wiese unter einen Apfelbaum mit lauter goldenen Früchten und singt und singt. „Nun bleiben wir immer zusammen“, sage ich und küsse es zum dritten Mal. Da jubelt es so laut, dass die Äpfel von den Bäumen purzeln vor Mitfreude. Und dann tanzen wir singend und tönend durch die ganze weite Welt“.

Auf die Frau wirkte dieses Traumbild ausserordentlich befreiend. Auf einmal wurde ihr leicht, was vorher unmöglich erschienen war. Sie reduzierte ihren stark überfüllten Wochenplan auf das Allernotwendigste und hielt sich Zeit frei zur Ausübung und Entfaltung ihrer produktiven künstlerischen Kräfte und zur Selbstbesinnung (siehe ebenfalls Streich, 1973).

## 2. Traum vom Monochord

Nach einem Vortrag der Autorin über ihre Forschungs-Arbeiten berichtete ihr ein 65jähriger Ingenieur den folgenden Traum: „Ich war im Stall und sägte Holz für Musikinstrumente. Ich glaube, ich wollte ein Monochord bauen. Ein alter Mann kam und legte mir drei musikalische Symbole hin, mathematische Musiksymbole aus Silber, in Proportionen wie 1:2:3:4, geometrische Figuren wie Sterne oder Schneesterne. Die hingen dann danach da an der Wand. Der Mann sagte zu mir:

‘Wenn man die anwendet beim Instrumentenbau, dann klingt das Holz anders, und es riecht auch anders’.

Die Erschliessung dieses Traumes vermittelte dem kurz vor seiner Pensionierung stehenden Mann wichtige Anregungen für eine sinnvolle Gestaltung seines kommenden Ruhestandes: Zum ersten der Impuls, realiter ein Monochord zu bauen. Er besass eine Begabung für Instrumenten-Bau. Zum zweiten: Sich in Verbindung zu seinem Schöpfer (der alte weise Mann des Traumes) bewusst anzunehmen und sich verstehen zu lernen in seiner individuellen Aufgabe, lebendiges Bindeglied zu werden zwischen Himmel und Erde, zwischen der sichtbaren zeitlichen und der unsichtbaren ewigen Welt (Streich, 1988, S.234 ff.).

### 3. Das zerbrochene Cello

In enger Verbindung zum singenden Menschen und zur menschlichen Gestalt stehen die Saiteninstrumente, an deren Form oftmals deutlich das Vorbild des menschlichen Leibes als Urinstrument erkennbar ist. In den Träumen stehen diese Instrumente häufig als Bild für die leibseelische Ganzheit des Träumers und für deren derzeitigen Zustand, sei es nun als Hinweis auf bestehende und zu behebende Störungen und Verhinderungen oder als Vorentwurf für neue Möglichkeiten der Entfaltung und Entwicklung.

So träumte z.B. eine 37jährige Sozialpädagogin, die wegen schwerer Depressionen psychotherapeutische Behandlung aufsuchte, zu Beginn der Therapie von einem zerstörten und reparaturbedürftigen Cello als einem eindrucksvollen Bild für die starken Störungen, unter denen sie litt. Sie spielte keinerlei Musikinstrument, war aber ein musikliebender Mensch. Ihren Traum beschrieb sie so: „Mein Cello ist entzwei. Ich kann nicht mehr darauf spielen. Die Saiten sind zerrissen. Der Resonanzboden ist zerbrochen. Nun soll es beim Instrumentenbauer repariert werden. Jemand sagt: ‘Das wird lange Zeit dauern, aber mit Geduld und Feinarbeit wird es wieder ganz werden’“.

Das Cello steht hier im Wesentlichen zeichenhaft für den ganzen Menschen, für die gestörte, heilbedürftige Gesamtverfassung der Träumerin. Es ist entzwei, sagt der Traum. Es klingt nicht, weil der Resonanzboden, der Rücken des Instrumentes, zerstört ist.

Tatsächlich war die Hauptnot dieser Frau eine Entzweiung mit sich selbst und mit ihrer Umwelt durch einen zerbrochenen seelischen Rückhalt. Durch bestimmte biographische Umstände hatte sie jeden inneren Rückhalt verloren. Schon in früher Kindheit erlitt sie schwere Störungen des Urvertrauens durch einen despotischen Vater und eine zwangskranke Mutter und damit verbunden auch eine Störung der Religio, der Rückbindung zur Transzendenz. Das hatte zur Folge ein nicht mehr Resonanzgeben auf die mannigfaltigen Anklänge des Lebens und bewirkte Verein-

samung und Kontaktverlust. Das Instrument spielt nicht mehr, auch die Saiten sind gerissen, heisst es im Traum. Das besagt, der Mensch ist seelisch verstummt, keine Saite gerät mehr ins Schwingen. Der Gang zum Instrumentenbauer ist die einzige Möglichkeit, das Instrument wieder zum Klingen zu bringen. Damit ist auch der Weg gewiesen aus dem Zustand der Zerstörung und des Chaos in den einer möglichen, allmählichen Heilung.

Dieser Traum bringt vier wichtige Hinweise: Zum ersten eine unmissverständliche Darstellung des bestehenden Übels, zum zweiten die Aufforderung den Schaden beheben zu lassen, zum dritten die Ermutigung, dass eine solche Reparatur möglich ist, und zum vierten den Rat, sich für das langwierige Unternehmen mit Geduld und Arbeitswilligkeit auszurüsten.

Traumbilder von geschädigten Musikinstrumenten können recht eindrucksvolle Hinweise auf die Art der seelischen Notlage geben, auf ihre Verursachung und auf die vorhandene oder nicht vorhandene Möglichkeit einer Behebung des Übelstandes. Hierbei können charakteristische Bilder auftreten wie Spalten, Risse, teilweise oder vollständige Zerstörung, Verwahrlosung, Verschmutzung und vieles andere mehr. Nicht immer ist wie in dem soeben berichteten Traum schon auf die Möglichkeit einer Sanierung hingewiesen und damit eine Phase des bewussten Angehens der Schäden initiiert (Streich, 1981, S. 208).

#### **4. Das Lied des dunklen Gefährten**

Es gibt Träume, in deren Mittelpunkt eine Melodie steht, die den Beginn einer neuen Entwicklungs- oder Erkenntnisphase musikalisch einleitet und für den Träumer nach ihrer Erschliessung zu einer Art Leitmotiv für die kommende Lebensspanne werden kann. In der Mehrzahl sind diejenigen Träume, die schon bereits vorhandene Melodien aus der Volk- und Kunstmusik ertönen lassen, um damit dieses oder jenes anzuzeigen. Es können aber auch Melodien mit Texten aufklingen, die es bisher noch gar nicht gegeben hat und deren Komponist und Textdichter das Unbewusste des Träumers selbst ist. Sie haben meist eine ganz bestimmte und besondere individuelle Bedeutung. So träumte ein junger Amerikaner (26 Jahre) jüdischer Abstammung, der an starken Minderwertigkeitsgefühlen litt, sich seiner Rasse schämte, der zudem auf kriminelle Abwege geraten war und sich selbst als erklärten Atheisten ausgab, er gehe , wie er berichtete, mit einem Neger spazieren. Dieser dunkle Begleiter singt ein langes Volkslied von seinem Leben und seinen Problemen, zugleich ist es auch ein religiöses Lied mit dem Inhalt, dass er nach Hause kommen möchte. Das Lied heisst: „Home to Moses, home to Christ, home to God“ („Heim zu Moses, heim zu Christus, heim zu Gott“).

Der junge Mann ist stark ergriffen von dem Gesang des Schwarzen und ernennt ihn im Traum zu seinem Freund. Bis ins Wachbewusstsein klingt ihm der Gesang

nach und begleitet ihn durch den Tag. Dieser Traum initiierte eine neue Einstellung zur eigenen Person, zur eigenen Rasse und zu dem dunklen Bruder im Innern der Seele. Eindrucksvoll ergänzt das Traumlied die bewusst atheistische Einstellung des Träumers und spricht von einer tiefen, bisher nicht gewussten und auch nicht zugelassenen Sehnsucht danach, in Ordnung zu kommen und heimzufinden in die religiöse Urerfahrung der Väter.

Gelegentlich überrascht auch ein Traum durch ein Musikstück, das dem Träumer so gut wie unbekannt ist und nach dem er sich erst auf die Suche begeben muss. Es handelt sich dann meistens um einen besonders stark unbewussten Inhalt, den es in mehr als einer Hinsicht erst zu suchen gilt, um ihn bewusst und angehbar zu machen.

## 5. Musikalische Motivsuche

So träumte z.B. ein junger Wissenschaftler, der sich im Alltagsleben herzlich wenig um Musik kümmerte, von einer sehr eindrucksvollen Melodie, die bis in den Tag hinein so stark nachwirkte, dass er sie immer wieder vor sich hin summte, ohne zu wissen, wohin sie gehörte. Erst nach geraumer Zeit des Nachforschens fand er den Schlüssel zu der Melodie und damit allmählich auch die Deutung für ihren Sinn. Es handelte sich um ein musikalisches Motiv aus einer Opernarie, welche das kommende, heissersehnte Stelldichein eines verheirateten Mannes mit seiner Geliebten besingt.

Der junge Mann, selber verheiratet, befand sich in der Zeit, als er von dieser Musik träumte, in einer eigentümlichen und ihm unerklärlichen Phase der Unproduktivität, Unlust und Depression und wurde erst durch den Traum auf die unbewussten Ursachen hierzu aufmerksam gemacht. Er hatte sich in der Tat vor einiger Zeit in eine, für ihn in mehr als einer Hinsicht unerreichbare, ebenfalls verheiratete Frau verliebt, ohne es sich einzugestehen. Dieses Gefühl hatte er aber so völlig verdrängt, dass er zur Zeit des Traumes nichts mehr davon wusste. Der lethargische Zustand, in welchem er sich befand, war, wie sich bald herausstellte, ein Ergebnis dieser massiven Verdrängung. Mit der Aufschlüsselung der Traummelodie und ihres Motivs wurde ihm deutlich, dass dieses Problem jetzt bewusst gemacht und verarbeitet werden sollte.

Das tat er denn auch mit gutem Erfolg. Seine abgesunkenen Lebensgeister kehrten zurück und halfen ihm, seine Fragen zu klären und ein Stück weiterzukommen in seinem inneren Wachstum (Streich, 1979, S. 1128).

*Die beiden folgenden Beispiele entstammen einer Sammlung amerikanischer Musik-Träume, die das Ehepaar Dr. James Kirsch und Dr. Hilde Kirsch (Begründer des C.-G.-Jung-Instituts in Los Angeles) der Autorin zur Interpretation berichteten und aufschrieben. Die beiden waren, bevor*

*sie in der Nazi-Zeit aus Berlin emigrierten, höchst anerkannte Psychiater und Psychotherapeuten dieser Stadt. Es ging dort, so berichtete James Kirsch der Autorin, das geflügelte Wort um: „Sind's die Augen, geh' zu Rubnke (ein seinerzeit sehr berühmter Optiker in Berlin, wo noch heute eine Ladenkette nach ihm benannt ist). Ist's die Birne (=Kopf), geh' zu Kirsch.“ Beide luden die Autorin und ihren Mann zu Vorträgen nach Los Angeles ein und jedes Mal, wenn sie nach Deutschland reisten, brachten sie bei ihrem Besuch neue Musik-Träume mit, um diese, wie folgt, von der Autorin erläutern zu lassen.*

## **6. Der Traum von den Hafenarbeitern**

Ein amerikanischer Literat (68jährig) hatte an einem entscheidenden Wendepunkt seines Lebens einen Traum, der ihn tief beeindruckte und sozusagen „wachtrompetete“. Er nannte ihn „The Dock Workers' Dream“; hier in neuer deutscher Übersetzung:

„Nächtlicher Schauplatz ist das New Yorker Hafenviertel, wo ein temperamentvolles Gewerkschaftstreffen und Fest in einem stattfindet. Anwesend sind Hafenarbeiter – weisse und schwarze – und deren Söhne. Dann beginnt plötzlich, im Vordergrund, einer der Schwarzen in leitender Funktion auf seiner glänzend polierten Trompete zu blasen. Die Musik ist Jazz – hinreissend improvisierter Jazz. Unverzüglich höre ich eine Trompete reagieren– weiter weg und näher am Wasser – von einem der wichtigen weissen Hafenarbeiter her. Und wie die Musik so zwischen den beiden Männern hin- und herströmt, merke ich, dass sie im Gespräch sind, dass sie liebevoll und gutmütig miteinander reden. Diese musikalische Zwiesprache bewegt mich tief – und plötzlich fallen noch zwei Trompeten ein – ihre Söhne. Und Rede und Widerrede strömen daher in dynamischem Jazz. Und dann hebt der schwarze Trompeter im Vordergrund sein Instrument auf zum schwarzen, sternenleeren Nachthimmel, und ich sehe ganz konkret die Noten aus seinem Horn herausgleiten und sich einpflanzen in die Schwärze der Nacht. Und mir schießt der Satz durch den Kopf „In den Wind geschrieben in Gold ....“. – Ein begeisternder Traum.“

Trompeten in den Träumen weisen häufig hin auf eine Wende, auf den Beginn eines Neuen und das Ende eines Vergangenen. Sie gelten seit alters (ähnlich wie Posaunen und Hörner) als Unheil abwehrend und heilsbringend zugleich und stehen in enger Verbindung zu endzeitlichen Vorstellungen vom Vergehen und Neuwerden alles Geschaffenen.

Der vorliegende Traum initiierte auf musikalische Art eine neue Phase der inneren Entwicklung des Träumers, in der es um das harmonikale und zugleich höchst

dynamische Zusammenspiel gegensätzlicher Kräfte geht, die sich bisher im Leben des Träumers heftig bekämpften. Es sind dies:

1. Die Gegensätze von Schwarz und Weiss, die im Traum auf eine wunderbare, einander ergänzende Weise miteinander musizieren. Für den Träumer war dies eine Antwort sowohl auf die, für ihn brennende Frage einer friedlichen Lösung des Rassenproblems als auch auf das ihn nicht minder bedrängende Problem des fruchtbaren Zusammenspiels von bewussten und unbewussten, von hellen und dunklen Kräften in seiner eigenen Seele.

2. Das Zusammenspiel der verschiedenen Generationen: Für den Träumer war das Generationenproblem auf zwei Ebenen akut. Einmal objektiv in der eigenen Familie sowohl in der Beziehung zu seinen Eltern als auch in der zu seinen Kindern. Zum zweiten subjektiv in ihm selbst als innerseelisches Problem: die ihm innewohnende altersgemässen Kräfte und Strebungen kollidierten oftmals heftig mit den in ihm ebenfalls vorhandenen jüngeren, mehr pubertären.

3. Es musizieren im Traum miteinander auch die Farben Schwarz, Weiss und Gold. Farbsymbolisch betrachtet, entsprechen sie unter anderem den auf verschiedenen Ebenen immer wieder neu zu durchlaufenden Entwicklungsphasen der Seele: Schwarz (=Nigredo) gilt seit alters als dunkler, noch unbearbeiteter Mutterboden alles Werdenden, gewissermassen als Rohzustand. Weiss (=Albedo) gilt als kathartische Phase der Bereinigung und Klärung. Und Gold (= Citrinitas und Rubefactio ) als Phase des Sonnenaufgangs neuer Erkenntnis und Lebensweise.

4. Schliesslich zeigt der Traum noch eine andere Kommunikationsebene, die mehr religiöser Natur ist: das musikalische Gespräch des Menschen mit dem Himmel, das „Hineinpflanzen“ seiner Musik in das nächtliche Dunkel der Göttlichen Präsenz.

So präludierte dieser Traum in einer Art musikalischem Vorentwurf die Aufgaben und Themen der kommenden Lebensphase, die nun in Geduld gelebt und verwirklicht werden sollten (Streich, 1987, S. 101).

## 7. Klingende Strukturen

Ein 77jähriger Psychiater, der weder Notenkenntnis besass noch musizierte und dem die Musik bisher im Wesentlichen als Sprache des Gefühls erschienen war, berichtet: „Im Traum sehe ich ein grosses Notenblatt und in diesem Notenblatt alle Hintergründe der Musik und der Seele, eine grosse, überwältigende Tiefgründigkeit. Beglückt betrachte ich das Notenblatt mit der Musik, die ich sehe und höre. Es sind klingende, geometrisch-mathematische Strukturen von ergreifender Klarheit und zugleich unergründlicher Tiefe, wie sie mir noch niemals begegnet sind und bewusst waren. Es steckt noch sehr viel mehr darin, als ich aufnehmen kann. Ich wache auf



mit dem Gedanken: Wie komme ich heran an diese Urstrukturen der Musik, die zugleich auch die Urstrukturen der Seele sind“ (Streich, 1980, S. 261).

Im Zusammenhang mit diesem wichtigen Traum folgte ein langes Gespräch des Psychiaters mit der Autorin. Er war höchst interessiert an den Forschungsergebnissen der Autorin zur Bedeutung der Musik im Traum. Sie schenkte ihm daraufhin einen kleinen Sonderdruck, aus dem die folgenden Passagen besonders gut zu seinem Traum passten:

„Von vielen Menschen wird Musik lediglich als Sprache des Gefühls verstanden, und ohne Zweifel ist das ein besonders wichtiger Aspekt. Im Ganzen betrachtet jedoch ist Musik dem Fühlen ebenso verbunden wie dem Denken, dem Intuieren ebenso wie dem sinnhaft Wahrnehmen und Empfinden, der Introversion wie der Extraversion, dem Individuum ebenso wie der Gemeinschaft, dem Männlichen ebenso wie dem Weiblichen und dem Bewussten ebenso wie dem Unbewussten.

Musik als Sprache des Gefühls vermag Zugang zu vermitteln zu den praeverbalen und emotionalen Tiefenschichten der Psyche. Musik als der Mathematik und dem Denken engstens verbundene Erscheinungsform, hat ihre Wurzeln in den der Psyche innewohnenden zahlhaft geordneten Urstrukturen, aus denen lebendige Form immer wieder neu ihren Anfang nimmt. Musik als musikalisches Handwerk ist engstens der Materie verschwistert und hat es zu tun mit den hörbaren, sichtbaren, fassbaren und handgreiflichen Gegebenheiten der musikalischen Materie und des musikalischen Stoffes. Musik als der Intuition verbundene Potenz vermag Zugang zu vermitteln zu den Bereichen des ganzheitlichen Schauens und Erlauschens des Hintergrundes der äusseren Erscheinungen und der in den Dingen ruhenden Möglichkeiten. Musik verlangt ebensoviel hingebungsvolle Nachauswendung wie besonnene Nachinnenwendung und ist dem expansiv-Dionysischen ebenso sehr verbunden wie dem kontemplativ-Apollinischen“ (Streich, 1975, S. 5f).

## **8. Begegnung mit Johann Sebastian Bach**

Es gibt auch Träume, in welchen Komponisten erscheinen. So träumte z.B. ein Musiker (33 Jahre), der sich intensiv mit den Fragen musikalischer Ornamentik beschäftigte, folgendes: „Ich ging vor mich hin, als ich plötzlich neben mir einen Begleiter entdeckte. Es durchfuhr mich, als ich das freundliche, etwas breite, rosige Antlitz, den rosa Staatsrock mit den charakteristischen Silberknöpfen sah: Es war Johann Sebastian Bach, wie ich ihn von dem Pastellgemälde aus dem Besitz Philipp Emanuels her kannte. Er war ein Revenant und doch ganz leiblich, thüringisch freundlich. Tiefe Ehrfurcht überkam mich. Schweigend gingen wir nebeneinander her, während ich überlegte, wie ich wohl anreden sollte. Im Geiste wiederholte ich: Organist in Weimar, Konzertmeister in Köthen, Kantor in Leipzig, ah natürlich, königlich polnischer Hofkompositeur des Dresdner Hofes. So wagte ich denn Bach

anzusprechen und sagte: „Herr Hofkompositeur, wie haben Sie denn jenes Ornament in der Englischen Suite d-moll gemacht? Ich bin da etwas im Zweifel und froh, Sie fragen zu können.“ Zu meinem masslosen Erstaunen sagte Johann Sebastian thüringisch sächselnd: „Ach, wissen se, des wees ich selber nich so genau; mal so, mal so!“ und entfernte sich.“

Dieser Traum ermutigte den Musiker, der sich nicht in psychotherapeutischer Behandlung befand, eine Synthese zu wagen zwischen wissenschaftlich fundierter Werktreue und freier künstlerischer Gestaltung, wodurch sein Spiel eine ungewöhnlich schöpferische Lebendigkeit und Klarheit erhielt (Streich, 1979, S. 1132 f.).

### **9. Die Klangpyramiden des Taxifahrers**

Ein Wiener Taxifahrer, der in seiner freien Zeit Synthesizer-Musik komponierte, berichtete der Autorin, als er sie im Jahre 1999 zu einem ihrer Vorträge ins Kongress-Zentrum Wien fuhr, dass er viele, sich wiederholende Musik-Träume habe. In diesen Träumen erfahre er wertvolle Korrekturen für seine Kompositions-Arbeit und für sein Leben. Um von den schier unbegrenzten Klangbildungsmöglichkeiten des Synthesizers nicht überflutet zu werden, machen die Träume ihn aufmerksam auf die Notwendigkeit musikalischer Strukturierung in Form von Klangpyramiden, die das Chaos immer wieder ordnen helfen. Er reguliert, so teilte er mit, nach seinen Träumen sowohl seine Kompositionen als auch sein Leben und bringt es wieder ins Lot. Andernfalls kommen weitere Musik-Träume zu Hilfe.

### **Träume im Umkreis von Tod und Sterben**

Es gibt Träume, in welchen die Musik als eine Art Seelenführerin in das nachtodliche Leben erscheint. Die hier erklingende Musik ist zumeist von nicht zu beschreibender Schönheit und hinterlässt ein Gefühl des Trostes und der Gewissheit eines Vorhandenseins von zeitlosen Kräften, welche den Tod überdauern. So vermitteln manche dieser Träume eine starke Erfahrung der Musik allein als Kündlerin unsichtbarer Wirklichkeiten. In anderen erscheint die Musik in enger Verbindung zu Farb- und Lichterscheinungen, durch welche Tore sich öffnen in eine bisher verschlossene Welt.

### **10. Himmlische Musik**

Ein 86jähriger, in Weisheit alt gewordener Mann hörte kurz vor seinem Tode im Traum eine wundervolle himmlische Musik, welche ihm die tiefe Überzeugung vermittelte, dass eine grosse Güte das All trägt. Dieser Traum zeigt die Musik als Ver-

mittlerin einer das menschliche Erfahren, Wissen und Begreifen transzendierenden Kraft, welche den Blick weitet für letzte Erfahrungen des Welthintergrundes.

### **11. Klang, Wort und Licht**

Das Erleben einer die sinnhafte Erfahrung übersteigenden Zusammengehörigkeit von Klang, Wort und Licht gehört zum uralten Erfahrungsgut in der Psyche und ist bis in unsere Tage wirksam. Hierzu sei noch ein Traumbeispiel angeführt von einer Frau aus unserer Zeit. In diesem Traum wirken Musik, Wort und Licht gemeinsam als Vorankündiger des Todes und als Öffner der Tore in ein bisher verschlossenes Reich. Als Träger des Wortes und als Seelenführer erscheint im Traum der verstorbene Mann der Sterbenden. Einen Tag vor ihrem Tode hörte diese 56jährige Frau im Traum eine wunderbare Musik, so überwältigend schön, dass Worte nicht ausreichen, sie auch nur annähernd zu beschreiben. Dabei öffnete sich eine grosse Tür, eine Fülle von Licht flutete herein und ihr vor einiger Zeit verstorbener Ehemann trat auf sie zu. Mit einem strahlenden Lächeln sagte er: „Heute hole ich dich noch nicht, aber morgen.“ So geschah es dann auch. Am nächsten Tag verstarb diese Frau sehr friedlich und mit einem glückseligen Lächeln im Gesicht (Streich, 1969, S.120).

### **12. Die Botschaft der Grossmutter**

Auf einem Kongress (1996) berichtete ein erwachsener Mann (45 Jahre alt) der Autorin einen Traum aus seiner Kindheit. Er war 5 Jahre alt, als seine geliebte Grossmutter, die für ihn von ganz besonderer Wichtigkeit war, starb. Er fühlte sich diesem für ihn unfassbaren Geschehen hilflos und zutiefst traurig ausgeliefert, zumal die Erwachsenen, offenbar ebenso hilflos, ihm gegenüber schwiegen und das Thema Tod total tabuisierten.

Da träumte er eines nachts: Die Grossmutter kommt zu ihm und bringt eine Melodie mit, eine ganz wunderbare tröstliche Musik, und sie sagt zu ihm: Er solle nicht so traurig sein. Sie sei ja da und keineswegs völlig verschwunden. Deshalb komme sie jetzt zu ihm, um ihm zu sagen: Sie sei nur eben im anderen Raum. Dort arbeite und lerne sie. Sie ginge auch wieder dorthin, aber weg sei sie nicht. Sie lasse ihm die Musik zurück mit der wunderbaren Melodie, die alle Räume miteinander verbindet. Ebenso wie diese Melodie da sei, sei sie auch da. In der Musik sei sie ihm ganz nah. Nichts könne sie trennen.

Dieser Traum war für das Kind ein grosser Trost, eine bis in alle Tiefen erfahrene Wirklichkeit, die wie ein verborgener Schatz in ihm blieb und wirksam war bis in sein Erwachsenen-Alter hinein. – Er berichtete den Traum mit einer gewissen, verständlichen Scheu und war erleichtert und zufrieden, als die Autorin für den Bericht dankte und ihm bestätigte: Das Kind, das er damals war und das auch jetzt noch in

ihm lebe, habe in seinem Traum die Musik zusammen mit der Grossmutter als eine Wirklichkeit erfahren, die der Ewigkeit verbunden ist. Das sei eine Realität, die unser an Raum und Zeit gebundenes vergängliches Dasein ständig unmerklich durchlebe, die jedoch mit dem Herzen erfahrbar sei.

## Zusammenfassung

Ebenso wie die Musik in den Träumen lebender Menschen als Führerin in neue Bereiche seelischen Wachstums und als Vermittlerin neuer Erkenntnisse erscheint, tritt sie in den Träumen Sterbender auf als eine Geleiterin in das nachtodliche Dasein, eine Brücke bildend zwischen Leben und Tod. Dies entspricht der archaischen Bedeutung der Musik als Harmonía, als diejenige therapeutisch wirkende Kraft, welche unvereinbar erscheinende Gegensätze zu einem harmonikalen Ganzen zu verbinden vermag.

C. G. Jung nennt dies die natürliche Selbstregulierungstendenz der Psyche. Er schreibt: „Alles Lebendige ist Energie und beruht auf Gegensätzlichkeit“ (Jacobi, 1959, S.87), und „es gibt kein Gleichgewicht und kein System mit Selbstregulierung ohne Gegensatz“ (Jung, 1948, S.111 f.).

Die vorliegenden Ergebnisse aus den Forschungsarbeiten der Autorin zur ‚Bedeutung der Musik im Traum‘ erlauben hierzu die ergänzende Formulierung, dass dieses System der Selbstregulierung der Psyche betrachtet werden kann als zutiefst musikalisch-harmonikaler Art.

Von den Ärzten der Antike als der Heilkunde zugehörig angesehen, wirkt sie in den Träumen auf vielfältige Weise wie eine Art innerer Therapeut:

1. Musikalisch-harmonikale Störungen anzeigend und ihre Behebung anregend, z.B. indem Bilder harmonikaler Ordnung vorhandenes Chaos kompensieren oder etwa Bilder musikalischer Destruktion auf die Notwendigkeit der Behebung von Übelständen hinweisen.
2. Einseitige Bewußtseinshaltungen ergänzend.
3. Neue Phasen der Entwicklung initiiierend.
4. Dem archaischen Wesen der Musik entsprechend je nach Notwendigkeit lösend und befreiend oder strukturierend und ordnend, beruhigend oder aktivierend, Selbstheilungskräfte anregend.

Dass die musikalischen Motive in den Träumen sich überwiegend beziehen auf die Musik in ihrer uralten Bedeutung als Harmonía - sei es im Aufzeigen harmonikaler Möglichkeiten oder durch Hinweise auf harmonikale Ordnungsstörungen –

scheint einem tiefen kompensatorischen Bedürfnis der Psyche zu entsprechen: In Zeiten der akustischen und optischen Reizüberflutung bleibt wenig Raum für eine feinere Entwicklung der Hör- und Sehfähigkeit im Sinne eines inneren Horchens, Gehorchens, Lauschens und Schauens. Durch akustische Überbeanspruchung wird das Ohr abgestumpft wie das Auge durch entsprechende optische Überforderung. Die Träume zeigen das Unbewusste bei dem Versuch, die verloren gegangenen Wege zum inneren Hören neu erschliessen zu helfen. Sie mahnen ebenso sehr zum Horchen auf die Kräfte in der Tiefe des organischen, psychischen und kosmischen Raumes wie zum Gehorsam dem Divinen gegenüber.

Denn, so sagt ein Wort aus dem 12. Jahrhundert: „Musica applicabilis est ad omnia, etiam ad divinam“, das besagt: "Die Musik ist mit allem verbunden, auch mit dem Göttlichen".

## Literatur

- Cicero, M.T. (entst. 54-51 v. Chr.) De re publica: Der Traum des Scipio. In Stege, F. (1961). Musik, Magie und Mystik. Remagen: Otto Reiche
- Fludd, R. (Hrsg.). (1617). Utriusque Cosmi Maioris scilicet et Minoris Metaphysica, Physica Atque Technica Historia. Oppenheim: Verlag Johann Theodore de Bry.
- Fludd, R. (Hrsg.). (1619). Tomus Secundus De Supernaturali, Naturali, Praenaturali Et Contranaturali Microcosmi Historia. Oppenheim: Verlag Johann Theodore Bry.
- Jacobi, J. (Hrsg.). (1959). Die Psychologie von C. G. Jung. Zürich und Stuttgart: Rascher.
- Jung, C. G. (Hrsg.). (1948). Über die Psychologie des Unbewußten. Zürich: Rascher.
- Jung, C. G. (Hrsg.). (1960). Psychologische Typen. Zürich und Stuttgart: Rascher.
- Peter, A. (1943). Zohar-Studien I- IV. Berlin: Unveröffentlichtes Manuskript.
- Schneider, M. (Hrsg.). (1955). Singende Steine. Kassel und Basel: Bärenreiter.
- Scholem, G. (Hrsg.). (1957). Die jüdische Mystik. Frankfurt am Main: A. Metzner.
- Streich, H. (1969). Musik in den Träumen von Sterbenden und in Visionen .In Streich (1969). Musikalische Motive im Traum. Unveröffentl. Züricher Vorlesungen.
- Streich, H. (1973). Musikträume als Initialträume neuer Phasen der inneren Entwicklung – aufgezeigt an Traum-Serien. Unveröffentlichte Züricher Vorlesungen.
- Streich, H. (1975). Musik und Psyche. Privatdruck. Berlin: Niehus.

- Streich, H. (1979). Zur Bedeutung der Musik im Traum. In Condrau, G. (Hrsg.). Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. XV (S. 1125 – 1133). Zürich: Kindler.
- Streich, H. (1980). Musikalische Strukturen in den Tiefen der Psyche. Musiktherapeutische Umschau, Bd. 1 (S. 253 – 264). Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Streich, H. (1981). Musikalische Gestalt und Form im Traum. Musiktherapeutische Umschau, Bd. 2 (S. 203 – 213). Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Streich, H. (1987) Musikalische Träume. In Battegay, R. und Trenkel, A. (Hrsg.). Der Traum aus der Sicht verschiedener psychotherapeutischer Schulen (S.94 – 107). Bern, Stuttgart, Toronto: Huber
- Streich, H. (1988). Traum vom Monochord. In Decker-Voigt, H.H. (Hrsg.). Musik und Kommunikation, Bd. 2 (S. 234 – 246). Lilienthal/Bremen: Eres Edition.

LILIT SIMONIAN

## ZUR ARCHETYPISCHEN EBENE DER MUSIKWAHRNEHMUNG UND ZUR WIRKUNG VON ARCHETYPEN IN DER MUSIKTHERAPIE

### THE ARCHETYPAL LEVEL OF MUSIC PERCEPTION AND INFLUENCE OF ARCHETYPES IN MUSIC THERAPY

Archetypes reveal in Music not in the iconic forms but in the purely musical form of sounding symbolic information. Large amount of folk, classical and modern material allow to extract several structural, rhythmic and tonal complexes with permanent symbolic and emotional significance. Some of them correspond with discovered iconic representations of archetypes, such as Tree of Life (three registers connotes with Underground/Human/Celestial spheres), Father or Lord (tonic centre), Twins (parallel thirds), Stairway (scale). Others represent processes, or structural models: Quest (Individuation of the hero in fugue, sonata), Dichotomy (accented/unaccented steps, etc). Omnipresent musical turns create the emotional field of numinosity: rhythmic pulsation, fourth interval, tumbling strain etc. Archetypes in music are very useful in diagnostics as well as in therapy.

Archetypen tauchen in der Musik nicht in Bildform sondern in rein musikalischer Form als klanglich symbolische Information auf. Umfangreiches folkloristisches, klassisches und modernes Musikmaterial ermöglicht es einige strukturelle, rhythmische und Intonationskomplexe mit permanent symbolischer und emotionaler Bedeutung auszumachen. Einige von ihnen entsprechen bekannten Bildrepräsentationen der Archetypen, wie z.B.: Lebensbaum (drei Register stehen für Unterwelt/Mensch/Himmel), Vater oder Herr (Tonika), Zwillinge (Terzparallelen), Treppe (Tonleiter). Andere vertreten Prozesse oder Strukturmodelle: Suche (Individuation des Helden in Fuge, Sonate), Dichotomie (durch Akzentuierung). Allgegenwärtige Musikwendungen schaffen ein emotionales Feld des Numinosen: rhythmisches Herzklopfen, Quartsprung, Purzelbewegungen u.ä. Archetypen in der Musik sind sowohl diagnostisch als auch therapeutisch sehr nützlich.

### Archetypen und archetypische Vorstellungen

Die Jung'sche Kategorie mit dem Terminus "Archetyp" als universales Symbol, das sich in Träumen und kreativer Imagination der Gesunden und in Halluzinationen der Gemütskranken äußert, wird in der Psychotherapie wie in der Kulturwissenschaft verwendet. Jung selbst warnte vor einer Vermischung im Gebrauch der Begriffe "Archetyp" und "archetypische Vorstellungen": "Die archetypischen Vorstellungen, die uns das Unbewußte vermittelt, darf man nicht mit dem *Archetypus an sich* verwechseln. Sie sind vielfach variierte Gebilde, welche auf eine an sich *unanschauliche* Grundform zurückweisen." (1990, S.55). Symbole gehören mehr zu "archetypischen Ideen", weil sie in der Kultur entwickelt und bewertet worden sind, d.h. sie sind für eine gewisse Kultur mehr oder weniger wahrnehmbar.

---

Vortrag beim 2<sup>nd</sup> World Congress of the World Council for Psychotherapy – Subsymposium Music Therapy, Juli 1999, Wien (überarbeitete Fassung)

Archetypen sind psychische Einheiten, die wir nicht wahrnehmen können, ehe wir aus ihnen kulturelle Erscheinungen machen. Selbst wenn wir versuchen an die Archetypen wissenschaftlich heranzugehen, sind wir gezwungen ihnen Namen von historisch und kulturell bedingten Objekten zu geben: Vater oder Herr, Suche oder Kreislauf usw. Verschiedene Definitionen Jungs zusammenfassend und neuere Erfindungen berücksichtigend, gehen wir von folgenden Grundannahmen aus:

*Archetypen sind Einheiten (Funktionen) des menschlichen Unbewussten, die das Auftreten der kulturellen Formen in denselben Formkreisen (Bildsymbole oder Algorithmen des Denkprozesses) stimulieren, unabhängig von Bedingungen, Ort und Zeit ihrer Existenz.*

### Universale und Modellierende Archetypen

Es braucht nicht erwähnt zu werden, daß immer dann, wenn von Traumsymbolen oder von Bausteinen eines Gedichtes gesprochen wird, wir es mit archetypischen Ideen zu tun haben, die einander abwechseln und sich nach einer Ordnung innerer Logik gruppieren.

Wir unterscheiden Bildsymbole von Algorithmen des Denkprozesses. Ersterer werden von uns *universale* Archetypen genannt, letztere *modellierende* Archetypen.

Es gibt etliche Archetypen, die Suche zum Beispiel, die universal wie modellierend sein können: Sie treten einmal als Formel oder beständige Bilder, ein andermal als Modelle für Konstruktion von Zeit und Raum in Mythos oder in Kunstwerk in Erscheinung. Ausserdem gibt es Archetypen, welche ihre die Kultur betreffende Form ändern, aber einige Qualitäten beibehalten, sodaß sie erkennbar bleiben. Wir nennen sie *sinnlich korrelierende* Archetypen. Wir können sie zu einem Subtyp der universalen rechnen und es können ihnen, obwohl die universalen Archetypen in ihrer Form ganz rigide sind, ethisch und ästhetisch verschiedene Bewertungen zukommen. Eine andere Art Archetypen sind *wendend/konvergierende* Archetypen, d.h. Formen, die sich von der universalen Quelle trennen und eigene Gebiete für ihren Kreislauf finden. Zuletzt finden sie konkrete Bezeichnungen in konkreten Kulturen und hängen in sich zusammen (konvergieren). Sie können zur primären universalen Form zurückkommen oder zu anderen archetypischen Formen neigen. Ein gutes Beispiel ist der Weise: Von einem bärtigen Greis wandelt er sich zu einem hochintelligenten, rasierten und bebrillten Mann.

Herrenarchetyp (Vaterarchetyp), Lebensbaumarchetyp, Grossmutterarchetyp, Tierarchetyp, Archetyp des heiligen Kindes u.a.m. sind universale Archetypen, die bildhaft repräsentiert sein können. Modellierende Archetypen wie Dichotomie,



Mediation und Kreislauf können ebenfalls ikonische Gestalten annehmen, aber meistens sind sie Bilder eines Prozesses: Spirale, Treppe, Labyrinth usw.

Eine zweite Schicht der Existenz von Archetypen in Kulturen gehört zur Ideologie. Es ist klar, dass etliche archetypische Bilder als vorbildlich, mustergültig und heilig - andere dagegen als niederschmetternd, schrecklich und bedrohlich erscheinen. Sie können auch spezielle nationale Werte bezeichnen, weil eine Tradition meistens eine besonders Neigung zu "archaischen" Symbolen hat, selbst wenn es keinen geschichtlichen Hinweis dafür gibt, dass sie wirklich alt sind. In diesem Falle ist das mythologische Denken vorherrschend: Jede neue Gesellschaft wiederholt rituelle Abläufe, als gelte es bedingungslos, die "kosmische" Ordnung in dieser konkreten Kultur wiederzuschaffen. Sie tut dies unter Verwendung derselben archetypischen Ideen, die - immer alt und jung - für jeden erkennbar und gleichzeitig einmalig und entsetzlich sind.

## Archetypen und Musik

Archetypen haben in der Musik wie in allen Gebieten menschlicher Tätigkeit eine eigene, spezifische Art des Auftretens. Es ist eine übernommene Annahme, Musik als System Sprache (*langue*) und die klingende reale Musik als Rede (*parole*) zu bezeichnen: Diese Kategorien aus der Linguistik werden von de Saussure (1967) eingeführt. In der Musik ist uns diese Einstellung von Hoshovsky (1971) bekannt. Dass die Musik als eine Sprache betrachtet werden kann, wird auch von Wagner in "Oper und Drama" besprochen (1978, S. 309-319).

Wir teilen die Meinung jener Wissenschaftler, die glauben, dass es ebensoviele Musiksprachen wie Sprachen im allgemein gibt, dass sich aber die Musiksprachen auf ganz andere Weise als die semantischen Sprachen gruppieren: Völker, die zu einer Sprachenfamilie gehören, können eine verschiedene Musik haben und umgekehrt. Die meisten Musiksprachen haben ein operatives Kategoriensystem, welches dem System von Mythos und Epos sehr ähnlich ist. "Die Musik ist unser Mythos des inneren Lebens – ein jugendlicher, lebenskräftiger, bedeutungsvoller Mythos: von unverbrauchtem Geist beseelt und noch in einem Stadium 'vegetativen' Wachstums befindlich." (Langer 1987, S. 240).

In einer unserer Arbeiten (Simonian 1999) haben wir die strukturelle Ähnlichkeit zwischen einem Mythos des afrikanischen Buli-sa Stammes (siehe R. Schott 1970) und armenischen Volkstanzliedern aufgezeigt; dabei ist die Struktur dieser Lieder typisch für viele andere Kulturen.

Unser Ziel ist es nicht, Verschiedenheiten oder Ähnlichkeiten von Strukturen aufzuzeigen, sondern Prozesse archetypischer Ideen in der Musik zu erhellen. Musik

ist eine archaische Welt der Symbole und nicht der Zeichen (Mcglashan 1987), obwohl sie wie jede Sprache auch eine eigene Morphologie und Syntax hat (Langer 1987, S. 225). Da die Artikulation und die bezeichnenden Möglichkeiten jeder musikalischen Sprache nicht zu reichhaltig sind, kann man eine neue Musiksprache ganz leicht erlernen, wenngleich auch einige Symbole von verschiedenen Hörern anders dekodiert werden. Fritz Perls sagt: "Deine Worte lügen und verführen, der Klang jedoch ist ehrlich – vergiftend oder nahrhaft" (1969, zitiert nach Hegi 1993, S. 68). Musik wirkt durch Klänge, die Gefühle transportieren. Tausende Jahre hindurch haben Menschen versucht Beschränkungen zu etablieren, um aus Pathos Ethos zu machen oder diese Gefühle (und damit auch den ganzen Kosmos, weil ein Mensch Mikrokosmos ist) zu beherrschen. Und tausende Jahre hindurch sprach Musik zu Menschen mit ihrer eigenartigen Sprache, die - wie S. Langer, C. Levi-Strauss und andere geschrieben haben - denselben Denkensmodus wie der Mythos hat. Levi-Strauss findet hält es sogar für möglich, Mythen in die Musik zu übersetzen und umgekehrt (Levi-Strauss 1964, 1971). Nur ein kleiner Schritt – und wir versuchen gemeinsame Elemente in Musik und Mythos zu finden und ihre Natur zu untersuchen.

So wie das mythische System mit archetypischen Bildern operiert, so arbeitet auch archaische Musik mit strukturellen und symbolischen Elementen archetypischen Ursprungs. Dazu gehören: Lebensbaum, Herr, Selbst, Zwillinge, Suche, Trinität/Quaternität, Quadrat/Kreis usw. Sehr wichtig ist in diesem Zusammenhang aber zu wissen, dass sie in der Musik als *Klangereignisse*, als musikalische Wendungen, Zusammenklänge, musikalisch strukturierte Zeit (Rhythmus) auftreten.

Darin unterscheidet sich unsere Einstellung von den Meinungen anderer Autoren, ist es doch in der Musikwissenschaft üblich, jene archetypischen Erscheinungen in der Musik zu besprechen, die gar nicht *musikalisch* sind: zum Beispiel Archetypen in Mozarts "Zauberflöte", die zu allgemeinen Symbolbildern gehören und nicht zum musikalischen Inhalt (Neumann 1959).

### **Charakteristische Archetypen in der Musik**

Wir haben eine grosse Anzahl Volkslieder und instrumentale Musik verschiedener Völker der Welt untersucht und können nunmehr behaupten, dass in der Volksmusik eine Tonleiter mit drei Tönen in der Distanz von je einer Quart den archetypischen Lebensbaum vertritt. Genauso finden wir diesen Archetyp in der klassischen wie auch modernen und improvisierten Musik in drei Registern: Das

tiefe Register entspricht der Unterwelt, das hohe Register der himmlischen Welt und das Mittelregister der Menschenwelt.

Hier sind drei Beispiele:

**Beispiel 1: Melodische Formel aus dem Armenischem Epos "Sasna Zrer"** (Komitas 1941, S. 101)



**Beispiel 2: Naduri, Adgharische hohe männliche Stimme, ein Gesang ohne Worte** (Musikalisches Wörterbuch, 1991)



**Beispiel 3: Buriat Schamanmusik, eine magische Reise** (Musik der Völker, 1973)



Diese Töne vertreten Himmel, Erde und Unterwelt (Hölle). Der Herrenarchetyp ist vertreten durch die Tonika - im Griechischen "mese", im Chinesischen "gun", was soviel wie "Herr" bedeutet (siehe Tkatschenko 1989, S. 68 ff.). Die Saite der Leier, die als Begleitung für Stimmen diente und dann auch als Grundton der Tonleiter interpretiert wurde, ist der schwerste Punkt, zu dem alle andere Töne ziehen. In diatonischer Volksmusik, aber auch in alter vortonalen, modalen Musik ist sie in den meisten Fällen *repercussa* und nicht *finalis*, wie viele Musikwissenschaftler meinen (Komitas 1941, Kuschnarew 1958). In archaischer Musik gibt es mehrere "Herren", wie auch jede der drei Welten einen eigenen Herrn hat und demgemäss

drei, vier oder sogar fünf Töne gleichwertig sind. Alexeev nennt das *Koordination* (z.B. in der Pentatonik) im Gegensatz zu *Subordination* der diatonischen Tonleiter (Alexeev 1986, S. 73).

Obwohl wir eingestehen müssen, dass das Problem der Tonika in der Musikvolkskunde noch nicht gelöst ist, neigen wir zur Meinung, dass Diatonik in der Musik das philosophische Problem des Dualismus reflektiert (d.h. Dualismus von zwei Toniken: *repercussa* und *finalis*). Hier sehen wir auch wie der modellierende Archetyp 'Dichotomie' auf der Ebene der Tonleiter wirkt.

Der Zwillingsarchetyp ist als zweifacher Held in Form von parallelen Terzen weit verbreitet. Das ist eigentlich der einzige Weg, die akustische Imperfektion dieses Tonabstandes (Helmholtz 1896) zu überwinden. Dieser Archetyp ist in mehrstimmiger Volksmusik europäischer wie afrikanischer und anderer Völker üblich. Es gibt in alter Musik die *gyemel*-Mehrstimmigkeit. Das Wort bedeutet "Zwilling" und die Technik ist auf parallelen Terzen gegründet.

Eine höchst interessante Dialektik von Quadrat und Kreis, die Jung nach einer bekannten Form "Mandala" nennt (siehe Jaffe 1998, S. 237), kommt in der vorherrschenden Form für Saiteninstrumente zum Ausdruck: Sie werden traditionell als Körper des Kosmos dargestellt - Leier und Kythara. Es gibt auch die Dichotomie der Schlagzeuge: Jene, welche eine Tonleiter haben sind quadratförmig, und die Idiophone mit unbestimmter Höhe sind rundförmig. Eine neuere Dichotomie ist *b-moll* und *b-carre*, d.h. *si* rund und *si*-quadrat.

Noch eine bekannte und von Jung (1998, S. 104 ff.) erforschte Dichotomie von Trinität/Quaternität: in der Musik ist der Dreiertakt, *Tempus perfectum*, und der Vierteltakt, *Tempus imperfectum* (Streich 1979, S. 136 f.). Dieser Archetyp ist auch in Orchestergruppen zu finden, etwa wenn drei Posaunen mit einer Tuba spielen.

Der modellierende Archetyp der Dichotomie teilt die Musikwelt in duale Paare. Dies geschieht nicht nur in obgenannten Fällen, sondern beispielsweise auch bei akzentuierten versus nicht akzentuierten metrischen Einheiten bei gleichmäßigen versus ungleichmäßigen Tonleiter-Stufen, sowie auch bei archaischer Gegensätzlichkeit von Klangfarben und Lautstärken.

Ein anderer wirksamer modellierender Archetyp ist der der Konvergenz. Ein interessantes Beispiel aus dem archaischen Modaldenken der Völker aus Nord-Russland kennt hier den archaischen Chromatismus. Diese Erscheinung besteht darin, dass die Wahrnehmungsgrenzen der akustischen und psychologischen Parameter eines Tonabstandes einander nicht entsprechen, womit sich die Intervalle "öffnen" und "schliessen", gleichzeitig aber als dieselben wahrgenommen werden. (Alexeev 1976).

Wir haben den englischen Namen 'Quest' (*Suche*) als Formel für das Forschen angenommen, weil sie den strukturellen Aspekt der Erscheinungen denotiert. Im

Gegensatz dazu bezeichnen die Jungschen Kategorien “Selbstwerdung” und “Individuation” mehr die prozessuale Seite des Phänomens. In diesen Zusammenhang fügt sich auch die epische Formel der Märchen ein (Propp 1928), ebenso die rituelle Formel des Sterbens/Wiederauferstehens (van Gennep 1981) sowie die zyklische Formel der kosmischen Prozesse (Eliade 1969) usw. Wir denken, dass dieser Archetyp vor tausenden Jahren erfunden wurde und dank erfahrenen und gebildeten Personen der Herstellung und Bewahrung von Harmonie in Kosmos und Gesellschaft diente. Diese Grundformel eines Regelsystems hat zum Ziel, die maximale Wirkung der Musik zu benützen um Determinationsprozesse mit musikalischen Methoden voranzutreiben. Wir denken, dass die Fuga eine Art Repräsentation des rituellen Rennens oder Fliehens ist (über den Fluchtmythos siehe Propp 1986). Rituelles Fliehen haben wir einmal am Beispiel von König David erforscht (Simonian, Baghdasarian 2000). Es ist auch sehr interessant, dass im *Heb-Sed* Ritual der Altägypter, in welchem es um das Sterben und Wiederauferstehen des Pharaos geht, die grosse Wichtigkeit der Musikgöttin Merit samt Musikinstrumenten – Sistrum und Menaten – unterstrichen wird (Matie 1996, S. 114 ff.). Auch der Aufbau der klassischen Sonate kann unter den hier dargestellten Aspekten gesehen werden.

### Rein musikalische Archetypen

Das interessanteste Problem in der Erforschung der Archetypen in der Musik ist wohl der Aspekt der *rein musikalischen* Archetypen. Wir forschen zur Zeit in diese Richtung weiter. Hier wollen wir nur vier bekannte Formen von Musikerscheinungen, die schon lange erforscht und diskutiert worden sind, vorstellen. Sie sind, soweit wir wissen, noch nie als Archetypen besprochen worden. Es handelt sich um:

- a) Quartsprung
- b) Füllung der grossen Tonabstände mit schreitender Bewegung
- c) Rhythmisches “Herzklopfen”
- d) Morphologischer Amphibrachos

Das Quartintervall ist in der Volksmusik zumeist als Übergang aus einer Welt in eine andere zu verstehen. Wenn wir zu unseren ersten Musikbeispielen zurückkehren so sehen wir, dass die Quart hier als Grenze für Register angenommen worden ist. Einige Musikwissenschaftler nennen diese Erscheinung auch “Rahmen” (Khudabaschian 1996). Die grosse Wirkung und Wichtigkeit dieses Tonabstandes wurde von vielen Musikern bestätigt (Sachs 1962, Beljaew 1971 usw.)

und so ist es müssig, hier mit Erklärungen und Beispielen auf die starke Wirkung zu verweisen.

Die Füllung von grossen Tonabständen mit schreitender Bewegung ist auf einem Mechanismus gegründet, den Levy-Strauss *bricolage* genannt hat (Levi-Strauss 1985). Ziel dieser Mechanismen ist es die Spannung zu vermindern, indem ein Konflikt allmählich immer weicher wird. So wird z.B. der Gegensatz zwischen Himmel und Erde auf die Ebene der Mann/Frau- Beziehung, weiter auf den Gegensatz zwischen Vögel und Reptilien und dann auf jenen zwischen Ackerbau und Viehzucht übertragen. Am Ende ist der Konflikt soweit verschwunden, dass er z.B. nur noch im Unterschied zwischen Vegetarierum – und Fleischessen geblieben ist. Dieselbe Prozedur wird auch in der Musik vollzogen: Ein Stadium dieses Prozesses ist die Umwandlung des Konfliktes zwischen dissonierenden Tönen zu ihren Zwillingstönen, die gut zusammenpassen. Diese Technik ist in der Volksmusik üblich, wo ein oder beide Töne stellvertretend eine Terz höher oder tiefer klingen und den Dissonanzkonflikt so lösen.

Rhythmisches “Herzklopfen” ist aus folgender konkreter Formel zu ersehen, bei welcher Spannung und Erregung schnell zunehmen, besonders wenn sie eine Weile kontinuierlich verwendet werden:

#### Beispiel 4. Melodische Formel des “Herzklopfens”

Wir können diese Formel nicht einfach als Imitation des natürlichen Herzklopfens annehmen, weil die Ähnlichkeit mit diesem nicht so gross ist und weil die Formeln selbst sich voneinander unterscheiden.

Der morphologische Amphibrachos wird in kleinen und grossen Formen als Dreier-Formel gebraucht, wobei das mittlere Glied semantisch betont ist, meistens durch ein unterschiedliches Material. Eine Art ist beispielsweise Asafiew’s *inceptus-motus-terminus* (Asafiew 1971).

### **Bedeutung und Stellung der Motive**

Wie wir schon gesehen haben, neigen Archetypen grossteils dazu, in gemeinen semantischen Komplexen, archetypischen Serien (Reihen) zu konvergieren. Diese Eigenschaft spielt beim Übersetzen spezieller Inhalte von einer Kunstsprache in eine andere eine grosse Rolle, z.B. vom Mythos in die Malerei oder von der Dichtung in die Musik.

Jung hat geschrieben, dass Archetypen ehe sie die Schwelle des Bewusstseins überschreiten, als Ideen oder Bilder vorkommen, die für die angenommene Kultur mehr oder weniger tolerierbar sind (Jung 1990, S. 41f.). So existieren auch die

sogenannten “nationalen Archetypen”. Der Granatapfel etwa ist ein Bildsymbol für Fruchtbarkeit, ist aber in jenen Kulturen anzutreffen, wo dieses Obst wächst. Die universale archetypische Erscheinung des “archaischen Chromatismus” taucht in Form der erweiterten Sekunde zunächst in Griechenland auf und wird dann als lokale Invariante zum Symbol für Orient.

Das Dasein eines Archetyps wird typischerweise mit dem Auftauchen eines ambivalenten Gefühls charakterisiert, das von Jung nach R. Otto Numinosität genannt wurde (Jung 1990). Wir haben über 200 epische, mythische und andere Volksgeschichten über Musik, Musiker und Musikinstrumente erforscht und daraus etwa 10 Grundthemen oder typologische Motive ausgesucht. Musik als Vertretung eines Unsichtbaren Daseins ist eines der wichtigsten Motive. Also kann Musik auch als direkte oder indirekte Repräsentation einer Gottheit berücksichtigt werden. Das kann wiederum bedeuten, dass Musik die unmittelbarste Quelle der Numinosität sei. Während es einem archaischen Volk genügte, z.B. ein Schofarhorn zu blasen, um einen gewünschten Effekt von Angst (Ehrfurcht), gemischt mit Vergnügen zu erreichen, so braucht ein moderner Mensch ein viel feineres Umgehen mit musikalischem Material.

Ab der Barockzeit findet die grundsätzliche Dialektik der Wiederholung und Veränderung ein originales System, gegründet auf der Dialektik von Paradigmen und Syntagmen. *Paradigmen* sind erkennbare symbolische oder semantische Komplexe, wie z.B. das Leitmotiv in der romantischen Musik oder die heilige Sequenz *Dies Irae*. Es ist klar, dass Archetypen die kräftigsten Paradigmen in der Weltmusik sind. *Syntagma* ist ein Teil der klingenden Musik, ein Strukturelement. Die Stellung eines Paradigmas bzw. der Ort, an dem sich ein Syntagma befindet, können eine entscheidende Rolle für die Wirkung dieser Musik spielen. So glaubt L. Hakobian, ein Musikwissenschaftler, der paradigmatische und syntagmatische Gewebe in Musikwerken erforscht, dass eine Sequenz (Wiederholung einer semantischen Figur auf neuer Tonhöhe) den wichtigsten syntagmatischen Effekt kriegt (Hakobian 1994). Dieser Logik folgend ergibt sich, dass, wenn wir ein und dasselbe Paradigma immer höher, schneller und lauter wiederholen, wir den maximalen Effekt stärkster emotionaler Wirkung bekommen: eine Praktik, die Komponisten gut bekannt ist. Wir denken, es gibt hier etwas zu ergänzen: Wenn wir einen Archetyp als paradigmatische Formel gebrauchen, erhalten wir das beste Ergebnis dann, wenn auf dem höchsten Punkt der Entwicklung wir einen anderen Archetyp nehmen, denn frisches Material ist noch eine andere syntagmatische Technik.

Um hier zeigen zu können, wie auch syntagmatische Elemente eine archetypische Quelle (modellierende Archetypen oder Algorithmen) haben können, möchten wir auf eine bekannte Technik aus der Folklore verweisen. In dieser wird eine

traditionelle Musikformel dreimal wiederholt und dann modifiziert (Masel-Zukkermann 1967). Als wir ein Experiment mit Musiktherapiestudenten machten (von denen keiner Erfahrung mit Volksmusik hatte), haben wir bemerkt, dass sie dreimal eine Mantra-Formel ohne Modifikation wiederholten und erst dann anfangen, rhythmische und melodische Varianten zu singen. Die “vierer-Takt Modifikation” (Masel-Zukkermann 1967) ist ein weiteres Auftreten des Trinität/Quaternität Archetyps.

Die Physiologie ist sehr erfolgreich, wenn sie einige psychische Prozesse zu erklären versucht. Deshalb ist es sehr wichtig, die Verbindung zwischen Numinosität und Pavlovs **sschibka** (Pavlov 1951), zwischen modellierenden Archetypen und Simonovs **Mutagenesis** (Simonov 1970) herauszufinden. Das heisst natürlich nicht, dass wir die Phänomene höherer Ebene auf das Niveau der Physiologie reduzieren sollen. Archetypen sind die ersten und niedrigsten psychischen Elemente, der Startpunkt für Psyche, die über das physiologische System und die biologische Triebe gewachsen ist.

### **Ebenen der Wirkung von Musik**

Wir wissen alle, dass Musik auf Leib und Seele wirkt und dass diese zweifache Wirkung in sich zusammenhängend aber widersprüchlich sein kann. Wenn meine Intelligenz Disco-Musik nicht ertragen kann, so bedeutet das nicht, dass ich nie zu dieser Musik tanzen und mich dabei wohl fühlen kann. Dies geht wohl auf die vier Ebenen der Musik-Wirkung zurück. Was wir hier sagen, hat wenig mit dem Verständnis der Ebenen nach Hartmann (1951) oder Orloff (1991) zu tun. Es fällt auch nicht unbedingt unter das, was die theoretische Psychologie darunter versteht (siehe z.B. Bruhn 1997, S. 452 ff.). Gemeint sind folgende Ebenen der Musikwahrnehmung:

- a) die physiologische (Wirkung auf unser Organismus)
- b) die archetypische (Ausrufen von allgemeinen Quellen der Numinosität),
- c) die emotionale
- d) die rationale oder ästhetische (Wirkung im Zusammenhang mit Thesaurus und semantischen Komplexen des Zuhörers).

Das archetypische Niveau der Wirkung von Musik ist unvermeidlich, obwohl ethisch und ästhetisch indifferent. Das heisst, wir können nie sagen: “es bewirkt nicht”, wir können nur eingestehen “es wirkt nicht so, wie es geplant war”. Wir finden es an dieser Stelle passend, ein sehr bekanntes russisches Lied zu erwähnen: “Der Heilige Krieg” von A. Alexandrow, das während des Zweiten Weltkrieges



Soldaten und das ganze Volk absolut magisch beeinflusste. Das “magische” Lied ist vollständig aus Archetypen gebaut.

#### Beispiel 5: Der Heilige Krieg

Es gibt hier 5 Musikarchetypen: Quartsprung, Füllung der grossen Intervalle mit Stufenbewegung, rhythmisches Herzklopfen, morphologischer Amphibrach, Dreifacher Kosmos (Lebensbaum). Natürlich spielt auch die besonders betonte Tonalität als Herr ihre gewichtigste Rolle.

Da es nicht so einfach ist, die spezielle Wirkung der Archetypen auf die Physiologie zu erforschen (das braucht Technik und Zeit), besprechen wir lieber die emotionale Ebene. Numinosität ist eigentlich eine der wesentlichen Nachweise des Daseins eines Archetyps. Keine Erscheinung anderer Natur kann dieses Gefühl erwecken.

Archetypische Formeln und Modelle können andererseits im menschlichen Thesaurus als eine bevorzugte Form des ästhetischen Verhaltens repräsentiert sein. Dann können sie Musikwahrnehmung auch auf rationaler Ebene stark beeinflussen.

### Musiktherapie und Archetypen

In aktiver Musiktherapie gibt es zwei Gründe für die Bedeutsamkeit der Archetypen. Vor allen Dingen ist eine Improvisation eine Art prälogische Kommunikation zwischen der erfahrenen Person (Therapeut) und einem “Neuling” der sich aktualisieren soll (Klienten). Schritt für Schritt lernt der/die KlientIn eine Selbstverwirklichungstechnik, und Schritt für Schritt lernt er/sie das Verständnis der Seelensprache durch die Kunstsprachen Musik und Mythos. Das zweite Moment liegt im Gefühl des Klienten, wie nahe er auf die kosmische Ordnung zugehen kann und wie einfach es ist, die sakrale, magische Harmonie mit dem Kosmos zu schliessen. Die Technik ist aber auch gefährlich, wenn man damit nicht ausreichend professionell oder in böser Einstellung umgeht.

Archetypen kann man in Diagnostik wie in Therapie gebrauchen. Hier möchte ich zunächst einige Punkte der Diagnostik besprechen. Wir haben schon gesagt, dass Archetypen kräftige Gefühle hervorrufen können. Diese Gefühle sind verschieden bei verschiedenen Archetypen.

Unsere Praxis zeigt, dass der *Quartsprung* beinahe immer ein Symbol von Stabilität, Sicherheit und Eindeutigkeit ist. Das Moment des Auftauchens dieses Archetyps in der Arbeit mit einer suizidalen Klientin hat die Veränderung (vielleicht auch Verwandlung, Wiedergeburt im mythologischen Sinne) gezeigt. Sehr oft deutet dieser Archetyp Begründung und Bestätigung von etwas an. Er kann eine endgültige

Entscheidung, einen Sieg über die negativen psychischen Prozesse anzuzeigen. In vielen Fällen symbolisiert der Quartsprung auch eine schützende und nicht niederschlagende Autorität.

Im Gegensatz dazu gibt die *Füllung der grossen Intervalle* wenig Grund für Optimismus. In den meisten Fällen ist das ein Zeichen der Angst und Unsicherheit. Der Klient versucht neue Räume im Kosmos zu erforschen oder erobern, aber etwas in seiner Persönlichkeit stört dabei. Wir haben einen interessanten Fall gehabt, als dieser Archetyp eine ungewöhnliche Form der "atmenden" Musik annahm. Die Entwicklung vollzog sich in vielen Sprüngen und Rückkehren, auch in Sprüngen nach unten und wütenden Passagen wieder nach oben. Dieser Archetyp symbolisiert einen Kampf.

Die Tendenz oft zu *Tonika/Herren* wiederzukehren, kann auch Äusserung eines Komplexes und neurotischer Abhängigkeit an eine Person, die der Klient für zu wichtig hält, sein. Er will nicht aus der Sphäre des Einflusses dieser Person herausgehen, deshalb kommt er permanent zur Tonika zurück.

Das *rhythmische Herzklöpfen* taucht meistens in der Improvisation auf wenn der Klient Gefahr fühlt und sie ausdrücken will. Dieser Archetyp kann auch Aggression bedeuten, besonders deren akkumulierte Form. Manchmal, wenn der Klient diese Formel für eine Improvisation nimmt, wird er harsch und rigide, die Interaktion mit der Umgebung geht fast verloren. Das kann auch passieren, weil dieser Archetyp Spielmotivation und Motorik erweckt. Dieser "rituelle" Effekt kommt von tiefen Schichten des kollektiven Unbewussten, ist manchmal unvermeidlich und für eine dysbalancierte Person etwas gefährlich - trotzdem in vielen Fällen in der Therapie sehr nützlich.

Ich will nicht lange den *Questarchetyp* und *Amphibrachos* besprechen, denn es sind dazu fortgesetzte Arbeiten und Erscheinungen geplant.

Wie wir sehen, geben uns Archetypen die Möglichkeit positive und negative Gefühle zu sammeln und auszudrücken. So kann man sie auch als eine Technik in Musiktherapie gebrauchen. Hier sind die theoretischen Grundlagen entwickelt worden. In weiteren Artikeln werden wir mehr die praktische Seite und die konkreten technischen Methoden besprechen, die, so hoffen wir, die Möglichkeiten der Musiktherapie erweitern können.

## Literatur

- Alexeew, E. (1976). Das Problem der Formierung der Tonart. Moskau: Verlag.  
Alexeew, E. (1986). Frühzeitliche Volksintonation. Moskau: Verlag.  
Asafiew, B. (1971). Die Musikform als Prozess. Leningrad.

- Beljaew, W. (1971). Von Volksmusik und altem Schrifttum. Moskau.
- Bruhn, H. (1997), (Hrsg.). Musikpsychologie. Ein Handbuch. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlts Enzyklopädie.
- Eliade, M. (1998). Der Mythos von ewiger Rückkehr. Sankt-Petersburg: Aleteja
- Van Gennep, R. (1981). Les Rites de passage. Paris.
- Hakobian, L. (1994). Analyse der Tiefenstruktur des musikalischen Textes. Moskau
- Hartmann, N. (1958). Ästhetik. Moskau.
- Hegi, F. (1993). Improvisation und Musiktherapie. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Helmholtz H. von (1896). Die Lehre von den Tonempfindungen als physiologische Grundlage für die Theorie der Musik. Braunschweig: Friedrich Vieweg und Sohn
- Hoshovsky, W. (1971). An den Quellen der slawischen Volksmusik. Moskau: Sovetskij Kompositor.
- Jaffe, A. (1998). C.G. Jung - Der Mensch und seine Symbole. In Jaffe A. (Hrsg.), Symbole in bildender Kunst (S.228-268). Moskau: Aldus Books Limited.
- Streich, H. (1978). Zeit und Ewigkeit in der Musik.
- Jung, C.G. (1990). Archetyp und Unbewusstes. Grundwerk C.G.Jung. Band 2, Olten und Freiburg im Breisgau, Walter-Verlag.
- Jung, C.G. (1998) Antwort zu Job, Moskau, OI Reabilitatia (auf russisch).
- Khudabaschian, K. (1996). Das Modulsystem und seine Nützlichkeit in dem Tonartensystem der Armenischen Musik, in: Tradition und Moderne Welt, Bd 2, S. 127-140, Eriwan, Gitutiu.
- Komitas (1941). Artikel und Forschungen. Eriwan: Hajastan (auf armenisch).
- Kuschnarew, Ch. (1958). Fragen der Geschichte und Theorie Armenischer Musik. Leningrad.
- Langer, S.K. (1987). Philosophie auf neuem Wege. Frankfurt am Main: Fischer Verlag.
- Levi-Strauss, C. (1964-1971). Mythologiques, Vol.1-4, Paris.
- Levi-Strauss, C. (1985). Anthropologie structurale, Moskau (auf russisch).
- Masel, L., Zukkermann, V. (1967). Analyse der Musikwerke, Moskau.
- Matie, M. (1996). Ausgewählte Werke in Mythologie und Ideologie von Altägypten. Wostotschnaja literatura.
- Mc Glashan, A. (1987). Music as a Symbolic Process. Journal of Analytical Psychology, 104, S. 327-244.
- Musik der Völker Asiens und Afrikas (1973). Bd.3, Moskau Verlag.
- Neumann, E. (1959) Zur Psychologie des Weiblichen. Zürich.
- Orloff, G. (1991). Der Lebensbaum. Moskau, Sovetskaja Musika, NN 7, 9.
- Pavlov, I. (1951). Gesamtwerke, Bd. 1.. Moskau: Nauka..
- Propp, W. (1928). Morphologie des Märchens. Moskau.
- Propp, W. (1986). Historische Wurzeln des magischen Märchens. Moskau.

- Sachs, K. (1962). *The Wellsprings of Music*. N.Y: A Da Capo paperback.
- Saussure, F. de (1967-1968). *Cours de linguistique générale*, fas. 1-3, Wiesbaden.
- Schott, R. (1970). *Aus Leben und Dichtung eines westafrikanischen Bauernvolkes*. Köln-Opladen.
- Simonian, L. (1998). *Archetypus: Neue Ansicht auf eine alte Theorie*. Eriwan: Van Arjan Verlag.
- Simonian, L. (1999). *Archetypen in der Musik*. Unveröff. Dissertation, Universität Eriwan (auf armenisch).
- Simonian, L., Baghdasarian, A. (2000). *Die archetypische Fabel im Alten Testament und ihre Verbindung zu Musik*. Eriwan: "Lrabet" N1, Verlag der Wissenschaftsakademie der Republik Armenien (auf armenisch).
- Simonow, P. (1970). *Die Reflexionstheorie und Psychophysiologie der Emotionen*. Moskau.
- Tkatschenko G.A. (1990). *Kosmos. Musik. Ritus*. Moskau: Nauka.
- Wagner, R. (1978). *Ausgewählte Werke*. Moskau: Iskusstwo.
- Musikalisches Wörterbuch (1991). *Sowetskaja Enziklopedia*.

**GABRIELE ENGERT-TIMMERMANN / TONIUS TIMMERMANN**

**KÖRPER - ATEM – MUSIK  
EINE GANZHEITLICHE METHODE IN  
DER NONVERBALEN PSYCHOTHERAPIE**

**BODY - BREATH – MUSIC  
A HOLISTIC METHOD IN THE  
NONVERBAL PSYCHOTHERAPY**

The earliest intra-uterine impressions during the ontogenetic development are experiences with the body and the hearing of sounds and these ways of sensual perception are not already separated (Tomatis 1987). In the early times a child does´nt listen to the semantic content of language but to the sound of it, to the acoustic atmosphere and the way of being touched (Stern 1992). The basic patterns of the personality are developed - by relationship. A combination of elements of Body-and-Breath-Therapy, receptive and active music therapies, helps for coming into contact with those basic experiences and for initiating growth. Some theoretical aspects are reflected: the therapeutic dimensions of breath, the acoustic archetypes of instruments (Kepler, Jung) and the holistic method of therapy with a concrete structure, developed by the author´s group work. Their process-oriented working style picks up themes which appear in the acute process and aims to supportive as well as conflict-centred goals, including also crisis interventions. In summary: Attention to body and breath focuses and intensifies the perception. Reception of musical elements or specific music deepens the state of consciousness. Free improvisations with movement, voice and instruments helps to express and communicate on a nonverbal level. Talking rounds connect by words the endopsychic and the social reality. All that is finally based on the therapeutic relationship.

Grundstrukturen der Persönlichkeit bilden sich in der vorsprachlichen Entwicklungsphase, beginnend in pränataler Zeit, aus. Wissenschaftliche Ansätze, therapeutischer Zugang über akustische und taktil-haptische Erfahrungsangebote aus Atemtherapie und Musiktherapie, sowie die therapeutische Dimension des Atems und verwendete Musikinstrumente werden erläutert. Kennzeichen dieser Arbeit sind: Körperwahrnehmung in Ruhe und Bewegung, Atem- und Stimmerfahrungen, Rezeption monotonaler Klänge und Rhythmen, freie musikalische Improvisationen, gestalterischer Ausdruck mit Farbe und Form, sowie verbale Aufarbeitung und (Krisen-)Intervention, ferner konfliktzentriertes und wachstumsförderndes Bearbeiten früher Erlebnisse und Beziehungsmuster. Diese wirken als Kraftquelle oder pathologisches Hemmnis. Im Wechselspiel zwischen Versenkung in inneres Erleben und aktivem Miteinander entstehen die Grunddynamik. und der chronologisch sinnvolle Aufbau mit weitgehend prozeßorientierten Angeboten (z.B. aktuell auftauchende Themen).

---

Workshop beim 2<sup>nd</sup> World Congress of the World Council for Psychotherapy - Subsymposion Music Therapy, Juli 1999, Wien (Vortrags-Fassung)

## **Einleitung**

Seit jeher dienen Musik und Atem der Heilung und Selbsterfahrung. Sie haben vieles gemeinsam: den Rhythmus, die Pause, Dynamik und Schwingung. Ihre nächste Verbindung wird in der Stimme als tönender Atem spürbar. Beide brauchen Körper, um sich zu manifestieren. Die therapeutische Arbeit mit Musik und Atem ist jeweils für sich relativ bekannt. Uns interessiert besonders die Verbindung beider Methoden.

Seit einigen Jahren leiten wir gemeinsam Gruppen, in denen Elemente aus der Musik- und Atemtherapie kombiniert werden. Diese Arbeit wendet sich prinzipiell an alle Menschen, die neugierig auf sich selbst sind; sie bedarf keinerlei Vorkenntnisse. Immer wieder laden wir auch PatientInnen aus unserer einzeltherapeutischen Praxis in die Gruppen ein (oder sie werden von KollegInnen dorthin empfohlen), wenn sie an einem Punkt sind, wo das bisher Erarbeitete in der sozialen Interaktion erprobt werden soll. Themen wie Selbst- und Fremdwahrnehmung können durch die Rückmeldungen der anderen TeilnehmerInnen überprüft werden. Dabei fungiert die Gruppe als "große Mutter", die bei der Konstellation einer guten inneren Mutter hilfreich ist. Das Erleben des energetischen Feldes in einer Gruppe stärkt die Fähigkeit, eigene innere Kräfte zu mobilisieren. Darüber hinaus ist die Methode gut geeignet als Fortbildung für Menschen aus therapeutischen Berufen, die über vertiefte Erfahrungen mit Körper, Atem und Musik bisher noch unentdeckte Schichten und Ressourcen ihrer Persönlichkeit erfahren möchten.

## **Die vorgeburtliche Wahrnehmung des Menschen**

Die frühesten Erfahrungen des Menschen sind körperlicher und akustischer Natur. Im Mutterleib sind diese Erfahrungen noch nicht getrennt, d.h. der Fötus hört den mütterlichen Herzschlag und andere Klänge nicht nur als akustische Phänomene, sondern er schwingt und wächst darin. Ebenso entwickelt er sich in der Empfindung eines permanenten rhythmischen Druckwechsels durch das Schwingen des mütterlichen Zwerchfells.

Bereits ab dem 22. Tag des intrauterinen Lebens beginnt die Entwicklung des Ohres, und zwar aus dem Ektoderm, einer Zellschicht, aus der sich später sowohl die Haut als auch das Nervensystem entwickelt. Der ontogenetisch früheste Teil des Ohres ist das Gleichgewichtsorgan, der sogenannte Vestibularapparat. Er hat einerseits die Aufgabe, für das Gleichgewicht zu sorgen und die Körperhaltung zu steuern, da nervale Körperbewegungen auf die Vestibularflüssigkeit einwirken.

Andererseits nimmt er auch Schallwellen auf, allerdings - im Unterschied zur Cochlea oder Schnecke, die für die Analyse der Schallwellen zuständig ist - in ganzheitlicher Form.

Die akustische Grundsituation ist bei allen Menschen sehr ähnlich. Sie besteht aus dem Herzschlag und der Atmung, Darm-, Muskel-, Gelenk- und anderen Körpergeräuschen der Mutter (Decker-Voigt 1991, S. 117) Individuelle Unterschiede richten sich vor allem nach der Art und Weise der mütterlichen Stimme und ihrer individuellen Lebensumstände. Es wurde nachgewiesen, daß die Mutterstimme das verbindende Glied für das Kind zwischen dem fetalen Leben und dem Leben nach der Geburt ist. Das Neugeborene erkennt die Stimme seiner Mutter aus vielen vorgespielten Tonbeispielen heraus. Dies wird in der therapeutischen Arbeit mit Frühgeborenen bereits eingesetzt (Nöcker-Ribaupierre 1995). Es scheint im embryonalen Leben um ein Aufnehmen und Verarbeiten von schwingungsmäßigen Eindrücken zu gehen, die prägend für die weitere Entwicklung sind. Das Hören bzw. das Ohr sowie die Haut spielen dabei eine entscheidende Rolle.

Mit viereinhalb Monaten ist der Fetus bereits in der Lage, auf Laute zu reagieren, da die Entwicklung von Innenohr und Gehörknöchelchen im Mittelohr anatomisch abgeschlossen ist. Der Hörnerv nimmt seine Funktion auf, wenn der Embryo anfängt, sich zu bewegen. Tomatis vertritt jedoch die Auffassung, daß die akustische Wahrnehmung schon vorher beginnt, und zwar eben über den Vestibularapparat, so daß auch zu früheren Zeitpunkten die Schallreize sehr wohl Reaktionen hervorbringen können, und zwar solche, die wesentlich auf die Haut beschränkt sind. Bereits während der Entwicklung des Gehirns sammelt der Vestibularapparat Informationen, indem er sie aufnimmt, speichert und engrammiert, um sie später an andere Orte weiter zu geben. Es scheint somit zunächst eine umfassende globale Integration stattzufinden und erst später, durch Entflechtung, eine Auswertung dieses ersten, global gespeicherten Materials (Tomatis 1987, S. 62)

Nach Abschluß der Entwicklung des Gehirns und des Nervensystems steht der Vestibularapparat also über das Rückenmark in neuraler Verbindung zu jedem Muskel des Körpers. Somit könnte man sagen, daß "das Körpergefühl im Ohr sitzt". Die Verteilung von Spannungen im Körper, Verkrampfung oder Schloffheit, Muskeltonus, Haltung, Motorik und Feinstmotorik werden durch das Ohr als Kontrollorgan reguliert.

Grundsätzlich ergibt sich aus dem bisher Beschriebenen das ursprüngliche (weil ontogenetisch frühe) Zusammenwirken von Körper- und Klangerfahrung, von haptisch-taktilen und akustischen Reizen, von Tastsinn und Gehörsinn, von Körperhaltung und Hören. Gleichgewichtssinn und ganzheitliches Hören und

Spüren sind im frühesten Erleben verbunden. Gleichgewicht ist die Balance der Teile in der Ganzheit in Bezug zur Schwerkraft. Körperwahrnehmung und Schallwahrnehmung, die sich über Schwingung vermitteln, sind nicht getrennt.

Diese Phänomene fundieren die therapeutische Arbeit mit dem Atem. Der Mensch wird über Berührung (Einzelbehandlung, Partnerübungen usw.) und Stimme (verbale Anregung und Aufarbeitung, Vokalraumarbeit und Tönen) zum ganzheitlichen Erleben und Empfinden angeregt. Während sich das Hören in der Entwicklung vom pränatalen zum postnatalen Leben sukzessiv differenziert und erweitert, gibt es im Hinblick auf die Atmung einen Sprung: Selbst zu atmen bedeutet Emanzipation und Autonomie - und das heißt auch Trennung. Das therapeutische Potential der Musiktherapie wird durch die Einbeziehung des Körpererlebens und des Atems erheblich erweitert. Speziell für das hier behandelte Zusammenwirken von Atemtherapie und Musiktherapie sind die oben geschilderten Zusammenhänge als Grundlagen evident.

### **Die vorsprachliche Zeit**

Die Bedeutung des Geburtsvorganges wird von einigen Psychotherapierichtungen mit Recht (wenn auch nicht immer in der propagierten Ausschließlichkeit) betont. Er stellt einen prägenden Übergang dar: Der individuelle Atem beginnt zu fließen, Außenbewegung wird zur Innenbewegung. Die vorsprachliche Entwicklungsphase umfaßt die Zeit vor, während und nach der Geburt. Hier hat Sprache in ihrem semantischen Gehalt keinerlei Bedeutung. Was sich vermittelt, sind Stimmklang, Lautsphäre und körperliche Berührung. In diesem Beziehungsfeld bilden sich die Grundmuster der Persönlichkeit aus.

Die Stimme der Mutter bildet die Brücke zwischen dem intrauterinen Erleben und der Erfahrung der äußeren Welt. Hinzu kommen nach der Geburt auf der akustischen Ebene: Saug- und Schmatzgeräusche, Stimmklänge des Vaters und anderer früher Bezugspersonen, deren Zusammenklänge, Töne und Geräusche des Alltags im Haus und von draußen, Musik (Decker-Voigt 1991, S. 116 f.), sowie auf der taktil-haptischen Ebene die Art und Weise des persönlich angebotenen Körperkontaktes, den die Mutter und andere Personen aus dem frühen Umfeld offerieren. Auch Berührung ist bereits eine Form von „Sprache“ und dient, gemeinsam mit den stimmlichen Äußerungen, der Mitteilung wesentlicher Inhalte: Bin ich willkommen? Bin ich geliebt? Genießt die Mutter (hier auch als Symbol für die Welt) mein Dasein oder ist dies eine Welt des Verdrusses, der Angst, des Leidens? Wenngleich der Säugling natürlich nicht in unserer Weise „denkt“, breiten



sich diese elementaren Botschaften dennoch deutlich als Empfindung an den Wurzeln seiner Persönlichkeit aus und beeinflussen nachhaltig seine Entwicklung.

Die moderne Säuglingsforschung betont die Kompetenz des Säuglings (Dornes 1993). Bereits Spitz (1976) beschreibt, daß auf der Ebene nonverbaler Kommunikation Botschaften der Mutter durch Handlungen vermittelt werden, die der Säugling auf der Basis coenästhetischer Wahrnehmung aufnimmt und versteht. Zu dieser ganzheitlichen Wahrnehmungsform rechnet er Gleichgewicht, Körperspannung, Körperhaltung, Temperatur, Vibration, Haut- und Körperkontakt, Tempo, Dauer, Tonskala und Klangfarbe. Stern (1992) fand bei seinen Forschungen heraus, daß der Säugling aktiv Kommunikation steuern, d.h. einleiten, regulieren und beenden kann. Die entscheidende Rolle dabei spielen die sogenannten Vitalitätsaffekte, die unterschiedlichen Arten des Fühlens, die mit allen elementaren Vorgängen des Lebens verbunden sind. Als anschauliche Beispiele dafür nennt Stern abstrakten Tanz und Musik, wo es nicht um spezifische Gefühlsinhalte geht, sondern eine Art des Fühlens ausgedrückt werden soll. Der Säugling erlebt nach Stern in ähnlicher Weise seine soziale Welt als eine Welt der Vitalitätsaffekte, bevor sie sich zu einer Welt der formalen Handlungen entwickelt. In seinem Vortrag auf dem 8. Weltkongress für Musiktherapie in Hamburg 1996 betonte er gerade die Bedeutung der akustischen Umwelt („sound environment“) und die Fähigkeit des Kindes, daraus verschiedene Strukturelemente zu erkennen, z.B. Dauer und Rhythmus, und darauf zu reagieren. Es läßt sich von daher gut verstehen, daß durch den therapeutischen Einsatz musikalischer Elemente tiefe Regression erreicht werden kann.

Wenn die akustische und taktil-haptische Umwelt für den Säugling das Interaktionsfeld darstellt, in dem sich die Grundmuster seiner Persönlichkeit bilden, ist entscheidend dafür, wie der Kontakt zu den ersten Bezugspersonen hergestellt werden kann. Können sie sich in das frühkindliche Kommunikationsvermögen einfühlen? Oder fühlt sich das Kind „unerhört“ – mit allen Konsequenzen? Um in diesem Fall korrigierende Neuerfahrungen im therapeutischen Sinne zu ermöglichen, gilt es, Anschluß zu finden an diese Zeiträume und innere Prozesse zu dynamisieren. Die frühen Sinneseindrücke wurden vor der Bewußtseinschwelle in sogenannten „Gedächtnisbanken des Gehirns“ gespeichert. Sie sind jedoch nicht primär durch den Verstand abrufbar, sondern dann, wenn eine dem frühen Erleben des Menschen analoge Situation experimentell angeboten wird (Loos 1996, S. 183). Akustische und taktil-haptische Erfahrungsangebote sind die idealen therapeutischen Zugangsmöglichkeiten, konkret also Elemente aus Körperwahrnehmung, Atemtherapie, rezeptiver und aktiver Musiktherapie.

## Zur Entwicklung der Atemtherapie

Die therapeutische Arbeit mit Musik wurde unter dem geschichtlichen Aspekt bereits von einigen Autoren mehr oder weniger ausführlich beleuchtet (vgl. Timmermann 1994, S. 99 ff., 1989a, 1998). Für die Entwicklung der Atemtherapie soll im Folgenden ein Überblick angeboten werden.

Das Wort „Atem“ ist verwandt mit dem indogermanischen „atman“, welches Hauch, Seele, Selbst bedeutet. Atemübungen und Atemtherapie waren bereits im Altertum bekannt, z.B. in Ägypten, China, Tibet, Japan und Indien (Lodes 1977, S. 15). In Meditation und Yoga spielt der Atem eine zentrale Rolle. In vielen Geschichten und Gleichnissen symbolisiert er die seelische Lebenskraft, die aus einer transpersonalen Quelle gespeist wird. Auch im biblischen, für das Abendland zentralen Mythos haucht Gott dem ersten Menschen seinen Atem ein. Durch die Atmung kann Unbewußtes mit dem Bewußtsein verbunden werden. Die selbsttätige Rhythmik des Atemvorgangs wird vor allem über den Kohlendruck im Blut sowie über andere Faktoren gesteuert, sie kann aber auch willkürlich beeinflusst werden. Darin liegt Chance und Gefahr jeder Beschäftigung mit dem Atem.

In unserer Arbeit grenzen wir uns klar ab vom willensbetonten Atmen, wie es z.B. in der holotropen Therapie nach Grof (1987, S. 24 ff.) oder im Rebirthing eingesetzt wird. Wir stellen das Erleben des individuellen Atems in den Vordergrund, mit aller anfänglichen Verunsicherung, die das Bewußtwerden des eigenen Atems birgt. Dieser Zugang bringt den Menschen in Kontakt mit seiner Fähigkeit zu vertrauen und sich zu vertiefen, aber auch mit Ängsten und verschiedensten psychosomatischen Nöten. Indem diese besprochen und übt, letztendlich im Sinne korrigierender Neuerfahrung, bearbeitet werden, kommt ein Transformationsprozess in Gang, der sich wachstumsfördernd und stärkend auf die Gesamtpersönlichkeit auswirkt. Hier wird die Nähe zur tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie deutlich.

Künstlerisch-musikalische, tänzerisch-gymnastische, tiefenpsychologische und medizinisch-naturheilkundliche Strömungen befruchteten zu Beginn dieses Jahrhunderts die Entwicklung der nicht-funktionalen Atemtherapie. Cornelis Veening war Sänger und durchlief eine Jung'sche Analyse. Aus dieser Erfahrung entwickelte er seine Atem- und Tonarbeit, die er weitervermittelte an Persönlichkeiten, die für die Entwicklung der Atemtherapie bedeutend waren, wie z.B. Gustav Richard Heyer, Ilse Middendorf und Herta Richter. Veening selbst nannte seinen methodischen Ansatz „atempyschologische Arbeit“, und er interessierte sich vor allem für das seelische Erleben des Menschen. „Es geht um die Kunst, unbewußtes Körper- und Atemgeschehen bewußt wahrzunehmen, ohne es

dadurch zu stören. Nicht Konzentration, sondern Hingabe ist gemeint“ (zit. nach Dietrich 1995, S. 73).

Eine atempädagogische Arbeit entwickelten Clara Schlawffhorst und Hedwig Andersen (1928), die als Sängerinnen über die Beseitigung von Problemen mit der Stimme forschten. Sie vermittelten ihre Erfahrungen an viele der damaligen Gymnastikschulen weiter und beeinflussten Frauen wie Elsa Gindler und Lucy Heyer-Grote ebenso wie Herta Grun oder Marianne Fuchs. 1924 gründeten sie eine eigene Schule, die 1982 als Berufsfachschule staatlich anerkannt wurde. Lucy Heyer-Grote, die Gymnastiklehrerin nach Laban war und sich in Massage, Musiktherapie und Ausdruckstanz (Mary Wigman) weitergebildet hatte, stellte die Atemtherapie bei den 4. Lindauer Psychotherapiewochen 1953 mit folgenden Worten vor: „Die Atemtherapie kann in vielen Fällen als Unterstützung der Analyse angewendet werden, entweder vom Analytiker selbst, oder in Zusammenarbeit mit einem Atemtherapeuten. Oft aber dient sie als selbständiges, therapeutisches Verfahren, unter Umständen sogar anstelle der analytischen Therapie“ (Heyer-Grote, 1954 S. 50, zit. nach Dietrich 1995, S. 37).

In Abgrenzung von suggestiven Verfahren wie dem Autogenen Training nach Schultz („Es atmet mich“), aber auch von der Psychotherapie, legte der Münchner Arzt Dr. Ludwig Schmitt mit seinem Lehrbuch „Atemheilkunst“ (1981) den Grundstein für eine ganzheitliche Betrachtung des Atemgeschehens. Ab 1925 leitete er in München eine Klinik für biologische Heilweisen und wurde durch seine Atemmassagen und die dadurch erzielten Heilerfolge berühmt und wegweisend in der Natur- und Atemheilkunde. Einer seiner Schüler war Dr. Volkmar Glaser, der die Psychotonik entwickelte. Einer breiten Öffentlichkeit bekanntgemacht hat Prof. Ilse Middendorf die Atemtherapie durch ihre Methode des „Erfahrbaren Atems“ (1987). Sie war es auch, die die Vokalraumarbeit, die schon seit Leser-Lasario's Vokalatem-Methode bekannt ist, weiterentwickelte.

Ausgehend von ihrer künstlerischer Ausbildung als Sängerin und einer Heilpraktikerausbildung führte Herta Richter die Atemarbeit auf der Basis ihrer langjährigen Erfahrungen mit Schmitt und Veening weiter. Sie integrierte dabei viele andere Impulse, u.a. aus der Arbeit von Dore Jacobs (1983). Anfang der 90er Jahre gründete sie in München das Atemhaus, ein Aus- und Weiterbildungsinstitut. Unser Ansatz ist von ihr geprägt.

## **Das Instrumentarium**

Wir bieten in unserer Arbeit zwei Gruppen von Instrumenten an. Die eine Gruppe wird bei den freien Improvisationen verwendet und ist vom Charakter her

nicht eingegrenzt; alle in der aktiven Musiktherapie verwendeten Instrumente sind hier möglich. Die andere Gruppe beinhaltet Instrumente, die wir für die rezeptiven Teile verwenden; sie sind durch Monotonalität gekennzeichnet. Dabei ist jedes charakterisiert durch seine besondere Klangfarbe, die sich aus der jeweiligen Konstellation bzw. Gewichtung der Obertöne ergibt. Einige werden seit Urzeiten im kultischen Kontext verwendet. Hierzu gehören neben *Schwirrholz* und *Maultrommel* vor allem einfache Rhythmusinstrumente. Die *Rassel* ist sowohl ontogenetisch wie phylogenetisch ein Urinstrument und wird zur rhythmischen Stimulation verwendet. Auch der *Musikbogen*, der bereits in jahrtausende alten Höhlenmalereien auftaucht, dient weltweit zur Trance-Induktion. Das bekannteste Instrument des Schamanen ist die *Trommel*, die er häufig als Pferd, Boot, Wagen oder Schlitten bezeichnet. Er betrachtet sie als Fahrzeug, mit dem er in veränderte Bewußtseinszustände reisen kann. Die moderne Musiktherapie beginnt seit einigen Jahren, sich diese therapeutische Möglichkeit des Arbeitens mit veränderten Bewußtseinszuständen zunutze zu machen (vgl. Engert-Timmermann & Timmermann 1994, S. 193 ff. und 1996, S. 26 ff.; Strobel 1994, S. 225 ff.; Strobel 1996, S. 30 ff.). Neher (1962) wies nach, daß die konstante Klangstimulation dabei in bestimmten Frequenzen die Gehirnaktivität beeinflusst. Außerdem wird der Trommelschlag häufig in Verbindung gebracht mit dem mütterlichen Herzschlag. Das *Didjeridu*, Blasinstrument der australischen Aborigines, wird mit Zirkularatmung gespielt und entfaltet dabei einen permanenten röhrenden Brummtönen mit stark tranceinduzierender Wirkung. Wie neueste intrauterine Klangaufnahmen deutlich machen, kommt der Klang dem Geräuschspektrum im Mutterleib sehr nahe (Hess 1996).

Der Ton der *Klangschale* entsteht fast unmerklich und nicht lokalisierbar. Das Geheimnisvolle dieses schwebend-kreisenden Klanges konfrontiert den Rezipierenden mit der rational nicht kontrollierbaren Ebene. Gleichzeitig kann er die Aufmerksamkeit fokussieren. Klangschalen gibt es von der Größe einer Teeschale bis hin zum Umfang von über einem Meter. Von daher reicht das Frequenzspektrum von sehr hohen bis sehr tiefen Tönen, die sehr unterschiedliche Wirkungen haben können. Auch bei *Gongs* gibt es erhebliche Größenunterschiede. Wir setzen in unserer Arbeit einen chinesischen Gong mit 85 cm Durchmesser ein. Der Klang breitet sich hier weit aus, weist ein facettenreiches Spektrum auf und ruft eine Fülle von Assoziationen hervor. Er ist achtsam zu dosieren, da er existentiell erschütternde Wirkungen haben kann.

Das *Monochord*, zu Beginn der 80er Jahre als vielseitiges Instrument in die Musiktherapie eingeführt (vgl. Timmermann 1989b), wird bei den Rezeptionen als fließender monotonaler Klang gespielt, indem alle Saiten auf eine Tonhöhe eingestimmt und abwechselnd mit einem Finger der rechten und linken Hand

gleichmäßig stimuliert werden. Über dem Grundton sind schon bald feine kreisende Melodien aus Obertönen wahrnehmbar, die häufig das Gefühl des Einsseins und Geborgenseins in einer höheren Ordnung hervorrufen - oder aber den Mangel solcher Grunderfahrungen schmerzlich bewußt machen.

Man kann im Hinblick auf die Instrumente und ihre Klangfarben von akustischen Archetypen sprechen. Der Begriff „Archetypus“ stammt von Kepler (Haase 1970, S. 40) und bezog sich auf bestimmte Grundelemente der Musik, also akustische Phänomene. Jahrhunderte später führte ihn C. G. Jung in die Tiefenpsychologie ein, wobei er und seine Schüler sich fast ausschließlich mit seinen visuellen Aspekten beschäftigten. Jung selbst meinte jedoch, daß seine Archetypenlehre die Musik wohl kaum ausschließen werde (ebenda). Die akustische Ebene, respektive die Musik, wurde bislang in diesem Zusammenhang wenig erforscht und beschrieben (vgl. Timmermann 1987, S. 64 ff.; Strobel & Timmermann 1991; Timmermann 1994, S. 196 ff.). Die archetypische Struktur der Musik gründet im Einzelton mit seiner Obertonreihe (monotonale Struktur), setzt sich bei den Intervallen fort, aus denen sich wiederum Skalen, Melodien und Akkorde bilden; auch diverse Rhythmen lassen sich als musikalische Archetypen klassifizieren und erforschen.

Wir legen bei unserer Arbeit immer weniger Wert auf die systematische Zuordnung der Instrumente zu bestimmten Erlebnisweisen, um die Wirkung nicht durch eigene Erwartungen zu beeinflussen. Eine Haltung von Offenheit gegenüber jedem Erleben, ohne Rücksicht auf richtig und falsch, adäquat und inadäquat scheint uns therapeutisch sinnvoll.

Nochmals zusammenfassend verwenden wir also folgende Instrumente: Monochord, Gong, große und kleine Klangschale, Zimbeln, interkulturelle Ritualinstrumente wie Schwirrholtz, Rahmentrommel (Schamanentrommel), Rassel und Musikbogen. Darüber hinaus setzen wir auch manchmal Naturklänge ein, z.B. von Nußschalen, Steinen usw. Die Klänge können einzeln für sich oder in verschiedensten simultanen Kombinationen erklingen. Eine andere Möglichkeit ist, mehrere Klänge hintereinander zu spielen.

## **Das methodische Vorgehen**

Wenn eine Gruppe beginnt, bieten wir als erstes eine Begrüßungs- und Vorstellungsrunde an. Es folgt dann meist ein erstes Kennenlernen auf der nonverbalen Ebene: Alle können die Musikinstrumente ausprobieren (sie sind leicht spielbar und bedürfen keinerlei Vorkenntnisse) und sich eines oder mehrere wählen.

Ein Moment der Stille und Sammlung folgt. Wer wird den ersten Ton spielen? Was wird sich daraus ergeben? Improvisus: das Unerwartete, das Unbewußte kann sich inszenieren. Im anschließenden Gespräch ist Gelegenheit, das persönliche Erleben in der Spielsituation mitzuteilen. Gemeinsames Musizieren bietet (im Unterschied zum Reden) die Möglichkeit sinnvoller Gleichzeitigkeit – unabhängig von Dissonanz und Harmonie. Verstehen im gemeinsam gestalteten und erlebten Klangbild ereignet sich vorwiegend auf der nicht-rationalen Ebene. Der Ausdrucksfähigkeit sind möglichst wenig Grenzen gesetzt. Zum Spiel auf den Instrumenten kommt der Einsatz von Stimme und Bewegung – oder auch Nichtstun. Der Prozeß der Gruppenbildung ist auf diese Weise schnell in Gang gebracht.

Nach der expressiven und gruppenbezogenen Einstimmung folgt eine eher introspektive Phase: die Fokussierung der Aufmerksamkeit auf Körper und Atem, je nach Situation sitzend, im Stehen oder am Boden liegend. Die folgenden Atemangebote führen zu vertiefter Begegnung mit sich selbst. Grundsätzlich werden sie entsprechend der Befindlichkeit bzw. Thematik der Gruppe ausgewählt. Daraus ergibt sich ebenso das Tönen spezifischer Vokale, Konsonanten oder auch freies Improvisieren mit der Stimme. Es folgt eine Ruhephase im Liegen. Diese ganze Sequenz bewirkt eine Intensivierung der Selbstwahrnehmungs- und Empfindungsfähigkeit und führt den Menschen in Schichten, die dem Alltagsbewußtsein schwer zugänglich sind. Das Eintauchen in die leibseelische Schwingung bringt verschieden gefärbte, lichte und dunkle Lebensthemen ins Fließen. Im Ruhen können diese sich ausbreiten und gestalten.

Dann wählen wir zur Rezeption einen der oben beschriebenen Klänge oder Klang-Rhythmus-Kombinationen aus, die nach unserer Erfahrung in Kongruenz stehen zu der vorhergegangenen Atemarbeit und deren stimmlicher Ausdrucksform. Diese spielen wir ca. zehn bis zwanzig Minuten in die Ruhephase hinein. So soll der bisherige innere Prozeß weitergeführt werden in Richtung Verdichtung und Vertiefung. Loos spricht darüber hinaus in diesem Zusammenhang einen weiteren Aspekt an, den sie „Füttern auf der Symbolebene“ nennt (Loos 1986, S. 268).

Nach einer solchen längeren nonverbalen Phase laden wir häufig zuerst zum bildnerischen Gestalten des Erlebten bzw. der momentanen Befindlichkeit ein. Anhand der Bilder fällt der Übergang zur verbalen Mitteilung erfahrungsgemäß leichter. Je nach Bedürfnis wird mehr oder weniger ausführlich über die Erfahrungen gesprochen. Auch nonverbale Methoden der Intervention oder Aufarbeitung können hier zum Einsatz kommen. Nach der Gesprächsrunde kann nochmals eine freie Improvisation mit Instrumenten, Stimme und Bewegung folgen, in der sich das ausdrücken kann, wofür Worte nicht ausreichen.

Der bisher beschriebene praktische Verlauf stellt eine Arbeitseinheit dar. Partnerübungen und gegenseitige Atembehandlungen, aber auch thematisch strukturierte Angebote aus der Musiktherapie, z.B. Dialoge, Portraits, Klangbilder („Atmosphäre in meiner Familie“ etc.) werden in Abstimmung auf den weiteren Prozeß angeboten.

Im Folgenden sei die Methode noch einmal im Überblick skizziert: *Körperwahrnehmung und Atemarbeit* sammelt die Aufmerksamkeit, weckt und intensiviert die Empfindungsfähigkeit und eröffnet einen permanenten Wandlungsprozeß. Die *Rezeption musikalischer Elemente* (Klänge, Rhythmen, in seltenen Fällen auch einmal Musik vom Tonträger) verdichten, vertiefen und spezifizieren den Zustand, der durch die Atemarbeit bewirkt wird. Auf diese Weise können TeilnehmerInnen in Schichten geführt werden, die dem Alltagsbewußtsein sonst schwer zugänglich sind. *Freie Improvisationen* mit Bewegung und Tanz, Stimme und einfachen Instrumenten bieten Gelegenheit zu Ausdruck und Kommunikation auf der nonverbalen Ebene und können dadurch Brücken schlagen zwischen dem Unsagbaren des inneren Erlebens und der zwischenmenschlichen Wirklichkeit. *Im Gespräch* schafft das Wort die Verbindung zwischen der innerpsychischen und sozialen Realität, wenngleich bereits in gefilterter und distanzierterer Form. *Beziehung* schließlich ist die Basis, auf der Wirkung und Wirklichkeit stattfindet.

Diese Kombination therapeutischer Vorgehensweisen ermöglicht die Begegnung mit menschlichen Grunderfahrungen jenseits der absichernden Arrangements eines erwachsenen Ich, das in dieser Welt und Gesellschaft funktionieren muß. Der Blick hinter die Kulissen der Persönlichkeit erfordert ein ausgesprochen schützendes Setting. Erfahrung, Kompetenz und Fürsorge der Leitung sowie das Getragensein von der Gruppe bilden den Rahmen für eine Atmosphäre der Offenheit, in der sich die Hintergründe pathologischen (leiderzeugenden) Erlebens und Verhaltens offenbaren können.

## Literatur

- Decker-Voigt, H.-H. (1991). *Aus der Seele gespielt*. München: Goldmann.
- Dietrich, S. (1995). *Atemrhythmus und Psychotherapie*. Bonn: Dissertation.
- Dornes, M. (1993). *Der kompetente Säugling*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Engert-Timmermann, G. (1992) *Musik und Atem*. München: AFA-Diplomarbeit (Herta Richter).
- Engert-Timmermann, G. (1994). *Atem als Weg in verändertes Bewußtsein*. In: Dittrich, Hoffmann, Leuner (Hrsg). *Welten des Bewußtseins*, Band IV,

- Bedeutung für die Psychotherapie (S. 199 - 203). Berlin: VWB Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Engert-Timmermann, G., Timmermann, T. (1994). Körper – Atem – Musik. Ein kombiniertes Verfahren. In: Dittrich, Hoffmann, Leuner (Hrsg.). Welten des Bewußtseins, Band IV, Bedeutung für die Psychotherapie (S. 205 - 208). Berlin: VWB Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Grof, S. (1987). Das Abenteuer der Selbstentdeckung. Heilung durch veränderte Bewußtseinszustände. München: Kösel.
- Haase, R. (1970). Leitfaden einer harmonikalen Erkenntnistheorie. München: ORA.
- Hess, P. (1994). Musiktherapie bei veränderten Bewußtseinszuständen in der Psychiatrie. In: Dittrich, Hoffmann, Leuner (Hrsg.). Welten des Bewußtseins, Band IV, Bedeutung für die Psychotherapie (S. 193 - 198). Berlin: VWB Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Hess, P. (1996). Grenzzustände in der Musiktherapie (Psychiatrie). In Institut für Musiktherapie am Freien Musikzentrum München (Hrsg.), Beiträge zur Musiktherapie. Band 2. (S. 26 - 29). München: Eigenverlag.
- Hess, P. (1996). mündliche Mitteilung.
- Jacobs, D. (1983). Die menschliche Bewegung. Wolfenbüttel: Kallmeyer.
- Lodes, H. (1977). Atme richtig. Bergisch-Gladbach: Lübbe.
- Loos, G. (1996). Körperwahrnehmung. In Decker-Voigt, H.-H. et al. (Hrsg.), Lexikon der Musiktherapie (S. 183 – 186). Göttingen: Hogrefe.
- Middendorf, I. (1987). Der erfahrbare Atem. Paderborn: Junfermann.
- Neher, A. (1962). A physiological Explanation of Unusual Behaviours in Ceremonies Involving Drums. Human Biology (Zeitschr.) (4), pp. 151-160.
- Nöcker-Ribaupierre, M. (1995). Auditive Stimulation nach Frühgeburt. Stuttgart: Fischer.
- Schmitt, L. (1981). Atemheilkunst. Bern: Humata.
- Schlaffhorst, C., Anderson, H. (1928). Atem und Stimme. Wolfenbüttel: Mösel.
- Spitz, R. (1976). Vom Säugling zum Kleinkind. Stuttgart: Klett.
- Stern, D. (1992). Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Strobel, W., Timmermann, T. (1991). Ethnotherapeutische Elemente in der psychotherapeutischen Praxis. In Andritzky, W. (Hrsg.), Jahrbuch für Transkulturelle Medizin und Psychotherapie (S. 113 - 148). Berlin: VWB Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Strobel, W. (1994). Die klanggeleitete Trance. In Dittrich, Hoffmann, Leuner (Hrsg.), Welten des Bewußtseins, Band IV, Bedeutung für die Psychotherapie (S. 225 - 237). Berlin: VWB Verlag für Wissenschaft und Bildung.



- Strobel, W. (1996). Grenzzustände in der Musiktherapie (freie Praxis). In Institut für Musiktherapie am Freien Musikzentrum München (Hrsg.), Beiträge zur Musiktherapie, Band 2 (S. 30 - 51) München: Eigenverlag.
- Tomatis, A. (1987). Der Klang des Lebens. Hamburg: Rowohlt.
- Timmermann, T. (1987). Musik als Weg. Das Erfahren des Seins mit dem Klang. Zürich: Pan.
- Timmermann, T. (1989a). Die Musen der Musik. Stimmig werden mit sich selbst. Zürich, Stuttgart: Kreuz. Neuauflage: Musen und Menschen. Musik in Therapie und Selbsterfahrung. 1998.
- Timmermann, T. (1989b). Das Monochord – eine Wiederentdeckung. Musiktherapeutische Umschau Bd.10, Heft 4. (S. 308-320)
- Timmermann, T. (1994). Die Musik des Menschen. Gesundheit und Entfaltung durch eine menschnahe Kultur. München: Piper.

**INGE KRITZER**

**ATEM UND STIMME  
DIE HEILENDE KRAFT DER OBERTÖNE**

**BREATH AND VOICE  
HEALING POWER OF OVERTONES**

In this paper overtone-singing will be introduced as an element (method) of music therapeutic treatment. Either patients do sing overtones themselves or the therapist is the overtone-singing accompanist of the patient's instrumental music or singing. This causes a state of gentle trance, it allows access to subconscious parts which will be treated and integrated in improvisation with voice and music instruments as well as in verbal level. Case examples from Music Therapy with autistic and mutistic children will be presented.

In diesem Beitrag wird Obertongesang als Element der musiktherapeutischen Behandlung vorgestellt. Entweder können Patienten selber Obertöne singen oder die Therapeutin begleitet mit Obertongesang das Instrumentalspiel oder stimmliche Äußerungen der Patienten. Dabei entsteht ein leichter Trance-Zustand, in dem Unbewußtes zugänglich wird und im Spiel mit der Stimme und mit Instrumenten sowie auch verbal bearbeitet und integriert wird. Fallbeispiele aus der Musiktherapie mit autistischen und mutistischen Kindern werden gegeben.

**Obertongesang**

In der Mongolei werden von Schamanen bei Heilungszeremonien spezielle Kehlkopf-Obertontechniken praktiziert, und von konzertierenden ObertonsängerInnen, die sich in den letzten Jahren erfolgreich einem breiten Publikum präsentieren, oft mit Geigenspiel begleitet.

In Tibet entstehen Obertöne beim langsamen Singen von heiligen Mantren und Silben. Die Gyuto- und Gyumo-Mönche, die aus alten trantischen Schulen aus Tibet kommen, sind Eingeweihte dieses Singens der "Melodie des einzelnen Tones" (vgl. Goldmann 1994, S. 19). Hierbei wird vorwiegend der Gesang von Untertönen gepflegt, und es gibt Mönche, die gleichzeitig den Grundton, und dazugehörige Ober- und Untertöne erzeugen können.

---

Vortrag beim 2<sup>nd</sup> World Congress of the World Council for Psychotherapy-Subsymposium Music Therapy, Juli 1999, Wien (überarbeitete Fassung)

## New Age Bewegung

Im Zuge der New-Age-Bewegung Anfang der 60er Jahre dieses Jahrhunderts in den USA ist Obertonsingen als Verbindung zwischen Musik und Meditation nach Europa gekommen. Seit etwa zehn Jahren gewinnt dieses "lauschende Singen" (vgl. Adamek 1989, S. 6) immer mehr an Bedeutung und wird sowohl im künstlerischen als auch im therapeutischen Rahmen praktiziert.

Es ist möglich, Teile aus anderen östlichen Kulturen zu übernehmen, ohne deren spirituelle Bedeutung in allen Einzelheiten zu kennen und sich damit zu identifizieren. Insofern kann die Praxis des Obertonsingens auch von uns nutzbringend angewandt werden.

Durch das Obertonsingen werden die Selbstheilungskräfte aktiviert, psychische und physische Spannungen und Blockaden können bei diesem langsamen Singen von Vokalen und Obertönen gelöst werden. Das "lauschende Singen" gewinnt einen eigenen Stellenwert. Oft sind es Menschen, die Interesse an außereuropäischer Musik haben und bereits Meditation praktizieren, die sich für Obertonsingen interessieren. Den Anstoß, dieses zwei- bis mehrstimmige Singen erlernen zu wollen, gibt meist ein außergewöhnliches Hörerlebnis und die zunächst unvorstellbare Faszination, selbst auf solche Weise singen zu können.

## Obertöne

Es ist bekannt, daß ein musikalischer Ton nicht nur mit seiner Grundfrequenz erklingt, sondern daß gleichzeitig viele andere Töne, die Obertöne, mitklingen. Sie sind es, welche die eigentliche Klangfarbe bestimmen. Die Schwingungszahlen dieser Obertöne sind jeweils ganzzahlige Vielfache der Grundfrequenz (vgl. Berendt 1985a und 1985b, Cousto 1984, 1989, S. 258). Die Obertöne selbst sind normalerweise nicht hörbar.

Die Klangfarben einer Tuba und einer Trompete z.B. sind deswegen so unterschiedlich, weil die Obertonspektren dieser beiden Instrumente sehr unterschiedlich sind. Die Obertonfrequenzen der Trompete sind sehr viel höher und enger als die der Tuba.

Alle Töne, die eine eindeutig gegebene Tonhöhe besitzen (also auch die Klänge von Tuba und Trompete, im Gegensatz zu den Geräuschen, die keine bestimmbare Tonhöhe haben) setzen sich aus einer Vielzahl von einzelnen Frequenzen zusammen, die zueinander in einer festen mathematischen Ordnung stehen. Diese Ordnung ist bei jedem Ton wie folgt gegeben:

Der erste Oberton ist zugleich der Grundton, also die Frequenz, die wir als Tonhöhe des Klanges identifizieren (z.B.: A). Der zweite Oberton besitzt die doppelte Frequenz des Grundtones und bildet die Oktave zum Grundton (also a). Der dritte Oberton hat die dreifache Frequenz des Grundtones und bildet die Quinte (also e), der vierte schwingt doppelt so schnell wie der zweite Oberton, bildet also dessen Oktave (a'), der fünfte Oberton hat die fünffache Frequenz des Grundtones und bildet die große Terz (cis'), der sechste hat die sechsfache Frequenz des Grundtones und die doppelte des dritten Obertones (also e'). Diesem Prinzip folgend bildet der siebte Oberton mit dem Siebenfachen der Grundton – Frequenz die Septime g, der achte wiederum die Oktave (a''), der neunte die None (h'), der zehnte (zugleich das doppelte Schwingungsverhältnis zum fünften) die Dezime (cis'').

Nach diesem Prinzip geht es immer weiter, bis zur Hörschwelle und darüber hinaus. Die Abstände zwischen den einzelnen Obertönen werden nach oben hin immer enger. Unser Gehör hat gelernt, Klänge mit dieser akustischen Binnenstruktur als Töne mit eindeutig gegebener Tonhöhe zu identifizieren. Alles, was diese akustische Binnenstruktur nicht hat, wird als Geräusch wahrgenommen; wenn die Binnenstruktur durch Frequenzen gestört ist, die aus dem mathematischen Prinzip der ganzzahligen Vielfachen herausfallen, so registriert unser Gehör dies als einen rauhen, unsauberen oder unreinen Ton.

## Klangfarbe

Das Phänomen der Klangfarben, also die Tatsache, dass die Töne der einzelnen Instrumente oder auch der verschiedenen menschlichen Stimmen eine klanglich verschiedene Binnenstruktur besitzen, d.h. reine Töne hervorbringen, beruht darauf, dass die einzelnen Obertöne wahrgenommen werden können (wo sie doch exakt identisch bei den verschiedenen Instrumenten und Stimmen mit unterschiedlicher Lautstärke ertönen). Komplexe aus dem Obertonspektrum der einzelnen Instrumentalklänge werden durch die Beschaffenheit des Instruments verstärkt oder zurückgenommen. Die so entstehenden „Formantenbereiche“ realisiert unser Gehör als die Klangfarbe (vgl. Reimann 1991, Berendt 1985 u.a.).

Bei der menschlichen Stimme entstehen die Obertöne durch die individuelle Artikulation, also die Art und Weise, wie der einzelne Mensch das Zusammenspiel der Artikulationswerkzeuge Lippen, Zunge, Rachenraum etc. sowie seine körpereigenen Resonanzräume regelt.

Mit Analogien des streng gesetzmäßigen Aufbaues der Obertonreihe in Chemie, Astrophysik, Astronomie, Physik, Mathematik, Architektur haben sich bereits

Pythagoras, Hans Kayser als harmonikaler Grundlagenforscher (vgl. Reimann 1991, S. 12) und in astrologischen Forschungen Hans Cousto in seinem neuesten Werk „Klänge Bilder Welten“ eingehend beschäftigt. Die harmonikalen einfachen Zahlenverhältnisse, die wir in der Obertonreihe vorfinden, können wir in der Natur, im Kosmos wie im Mikrokosmos in vielfältigster Weise entdecken und mit Fug und Recht als Bauprinzip der Welt verstehen. Im Gesang der Obertöne „reflektieren“ wir quasi dieses Prinzip nachdem die Welt geschaffen ist, und so kommt es, daß ObertonsängerInnen ihr Erleben oft so als „zu Hause angekommen sein“ - „an das eigene Selbst und an den Kosmos angeschlossen sein“ beschreiben.

J. E. Berendt beschreibt in seinem Buch „Nada Brahma“, daß die Planeten sich in der unendlichen Fülle möglicher Bahnen genau die gewählt haben, die sich in den einfachen Proportionen der Obertonreihe bewegen, schwingen und (für unsere Ohren unhörbar) klingen (vgl. 1984, S. 93). Er hat auch elektroakustische Versuche beschrieben und entsprechende Klangbeispiele veröffentlicht, bei denen diese makrokosmischen Verhältnisse vielfach oktaviert und in den menschlichen Hörbereich transponiert dort als Rhythmen, Akkorde und Melodien hörbar gemacht wurden.

Augenfälligstes Beispiel ist Leonardo da Vincis menschliche „Quadratur des Kreises“, in der in auffallender Weise die harmonischen Proportionen im Körper des Menschen sichtbar werden. Das Prinzip der Naturton- bzw. Obertonreihe, die Teilung 1:2, 3:4 etc. ist im menschlichen Körper wiederzufinden. Im Vergleich zwischen Kopf und Schulterbreite ist das Verhältnis 1:2, 3:4 im Verhältnis der Wirbelsäule und der Beinlänge und die Abstände der Schultergelenksnähe mit der des Hüftgelenkes ergeben 3:4. (Reimann 1991, S. 88).

„Obertöne und Harmonik können uns sehr viel über das Universum und unsere Beziehung zu ihm lehren. Auf wissenschaftlicher und spiritueller Ebene erfahren wir immer neue Geheimnisse über uns selbst und die Welt, in der wir leben. (...) Es gibt Bereiche in Musik und Medizin, die wir noch nicht erkundet haben“ (Goldmann 1994, S. 206).

Beim Obertonsingen ist es möglich, während einer lang ausgehaltenen Grundfrequenz, dem Grundton, durch minimale Veränderungen der Artikulationsstellung von Zunge, Lippen, Mund- und Rachenraum die über der Grundfrequenz aufgebauten Obertöne hörbar werden zu lassen, und so dem Inneren des Klanges Ausdruck zu geben. Mit der Bereitschaft, sich auf das Atemgeschehen einzulassen und die eigene Stimme zum Ausdruck zu bringen, ohne künstlich eingreifen zu wollen, lassen wir uns auf das Abenteuer Stimme ein und erleben dabei Unvorhersehbares.

## Trance-Zustand

Im Lauschen nach Innen entsteht ein leichter Trance-Zustand, die Gehirnströme verlangsamten sich, und wir verlassen das Alltagsbewußtsein.

Das langsame Singen von Vokalen wirkt wie eine Massage der Organe von innen und hat auf sämtliche Körperfunktionen harmonisierenden Einfluß. Herzschlag-, Puls- und Atemrhythmus stellen sich harmonisierend wieder aufeinander ein, die Gehirnrinde wird wie eine Batterie mit Energie versorgt und aufgeladen.

Der HNO-Arzt und Forscher Alfred Tomatis belegt in seinen Forschungen, daß wir nur das singen können, was wir imstande sind zu hören. Das Ohr versorgt durch die Aufnahme und Wiedergabe hoher Frequenzen, wie es beim Obertonsingen geschieht, das Gehirn mit Energie (1987).

Für die intensive und oft auch intime Arbeit mit Menschen wie es in der Musiktherapie der Fall ist, ist es erforderlich, sich ständig in seine eigene Mitte einzupendeln, Atem zu schöpfen und das eigene persönliche Kräfte-Potential weiter zu entwickeln und zu pflegen.

## Harmonikales Prinzip

Obertonsingen ist dafür als aktives Musizieren und entspannendes Hören ideal geeignet, weil es die Möglichkeit bietet, sich aus seinem eigenen Zentrum heraus musikalisch auszudrücken, dabei immer wieder neu zu reflektieren und sich ständig neuen Erfahrungen gegenüber sich selbst und der Musik zu öffnen.

Obertonsingen als Weg der Stimme ist eine Möglichkeit, sich kreativ-künstlerisch auszudrücken und dabei in intensivem Kontakt und Auseinandersetzung mit sich selbst zu bleiben.

Clara Schlaffhorst betont, daß sie „mit Staunen und wachsender Ehrfurcht gewahr geworden“ ist, „daß es hier nicht nur eine rein technische Frage zu lösen galt, sondern daß wir uns plötzlich im Mittelpunkt der ganzen menschlichen Wesenheit befanden. Wir erlebten bei uns und unseren Schülern einen Umsturz auf allen Gebieten; zuerst gesundheitlich, körperlich. Alte eingewurzelte Leiden verschwanden. Anklänge an längst überwunden geglaubte Zustände tauchten auf. Unerhörte Reinigungsprozesse wurden durchgemacht, alle Körperformen veränderten sich. Aber auch geistige und seelische Umwälzungen traten ein. Konzentrationsfähigkeit, Gedächtniskraft, Selbstvertrauen, Lebensmut, sogar Produktivität entwickelte sich“ (1970, S. 36 f.).

Dieses Zitat verdeutlicht die Vielzahl von verschiedenen Ebenen, die beim Obertonsingen und dem Singen von Vokalen angeregt werden. Die Hinwendung zu

außereuropäischen Gesangs-Stilen wie Mantra-Singen, Chanten, Obertonsingen, Singen archaischer Lieder, etc. ist ein Ausdruck davon, wie groß das Bedürfnis des Menschen nach ganzheitlichen Erlebnissen und somit nach Anbindung an das Kosmische ist.

Wer in seinem Berufsalltag in ständiger Begegnung und Auseinandersetzung mit Musik und deren Wirkung auf Menschen gefordert ist, kann das Praktizieren von Obertonsingen als eine zunächst ungewöhnliche Art des Musizierens sehr bereichernd für die Entwicklung der eigenen Persönlichkeit erleben und dadurch für sich selbst und die Arbeit mit anderen Menschen neue Wege und Möglichkeiten tiefer Selbsterfahrung und Begegnung entdecken.

In meinen Seminaren "Einführung in die Kunst des Obertonsingens" geht es in erster Linie darum, eine hohe und gleichzeitig entspannte Aufmerksamkeit für das Geschehen bei sich selbst und für die Außenwelt zu entwickeln.

## **Wahrnehmungsentwicklung**

Das Lauschen auf den eigenen Atem, die eigene Stimme bis hinein in deren innerstes Klanggefüge, das Obertonspektrum, und somit den eigenen inneren Klang und die Klänge, die uns ständig umgeben, geht mit einer beträchtlichen Verfeinerung der Wahrnehmung einher.

Die Hinwendung zum eigenen Atem in der Weise, daß wir das Atemgeschehen beobachten, ohne bewußte Veränderungen herbeizuführen, ermöglichen es, den Atem als Träger der Stimme zu entfalten. Dabei kommt es zu einer Harmonisierung des sogenannten „Stimmapparates“, bei der Lippen, Zunge, Mund- und Rachenhöhle, Stimmbänder, Luftröhre, Zwerchfell, Artikulationsmuskulatur und Wirbelsäule sowie die darin zusammenströmenden Nervenbahnen in ein natürliches Zusammenspiel kommen.

Durch Entspannungs- und vorbereitende Atem- und Körperübungen aus dem Hatha-Yoga und der Atemtherapie bereiten wir uns darauf vor, die eigene Stimme zu lockern und uns von Verspannungen zu befreien. Dadurch nähern wir uns einem Zustand, welcher in der Balance zwischen Spannung (großer Aufmerksamkeit und Bewußtheit) und Entspannung besteht und es uns ermöglicht, Alltägliches, das im Moment nicht benötigt wird, loszulassen.

Der Atem als Träger der Stimme stellt die Verbindung des inneren Raumes mit der Umwelt her und bildet die Brücke zwischen Unbewußtem und Bewußtem. Er wird feiner und weiter, und kann sich in den verschiedenen Atemräumen des Körpers ausdehnen.

## **Eigenton**

In dieser Weise vernachlässigt scheint mir auch die „Eigentontherapie“ von Paul F. Scherber zu sein (vgl. Streich 1986, 72 ff). Derzufolge hat jeder Mensch einen eigenen, in ihm innewohnenden Ton, der geweckt und entfaltet werden will. Es ist mit etwas Übung und Geduld leicht möglich, diesen Ton herauszufinden, und dessen Tonhöhe zu bestimmen: am besten im entspannten Zustand morgens nach dem Aufstehen einige Minuten lang tönen. Mit Hilfe der Aufnahme der Stimme auf einen Recorder oder der Hinzunahme eines Instrumentes ist dann die Tonhöhe herauszufinden. Das wird mittags und abends über einige Wochen hinweg wiederholt. Nach einiger Zeit wird festgestellt, daß fast immer nahezu derselbe Ton gesungen wird: Das ist dann der Eigenton.

Der Eigenton wird immer als angenehm empfunden, und das eigene Gefühl sagt sehr genau, welches der Eigenton ist (vgl. Hamel 1986, S. 192 ff., Streich 1986, S. 72 ff.). Auch ist es einfacher, vom Eigenton aus das Obertonsingen zu erlernen.

Mit einem entfaltetem und gefestigten Eigenton können Menschen in Sprech- und Singberufen mühelos stundenlang sprechen oder singen, ohne die Stimme zu schädigen. Allerdings bedarf es der ständigen Hinwendung und Pflege der Stimme. Im Laufe eines Lebens kann sich der Eigenton verändern. Nach meiner Erfahrung wird er mit zunehmendem Alter tiefer und gefestigter. Das Singen des Eigentons ist wie eine Oase inmitten belastender und hektischer Alltagserfahrungen. Kurzfristig können wir aussteigen und uns erholen, um uns den Tätigkeiten anschließend mit neuen Kräften wieder zuzuwenden.

## **Tönende Vokale in der Gruppe**

Das Tönen von Vokalen in einer Gruppe erzeugt eine Stimmung, die etwas Unfaßbares, Unaussprechliches, ja Sakrales hat. Die Schwingungen und Energieströme, die dabei entstehen und sich gegenseitig beeinflussen und verstärken, haben körperliche und seelische Wirkungen.

Körperliche Wirkungen werden oft so wahrgenommen, daß bestehende Atemblockaden nach Aussagen von TeilnehmerInnen wie: “Ich habe das Gefühl, zu wenig Luft zu bekommen, immer außer Atem zu Sein”, gelöst werden können, indem nicht bewußt auf das Atemgeschehen Einfluß genommen wird, sondern der Atemvorgang so akzeptiert wird, wie er ist, und durch die Stimme zum Ausdruck und zur Entfaltung kommt. Während und nach dem Singen werden



Veränderungen der Körpertemperatur an und in verschiedenen Organen, der Durchblutung oder des Muskeltonus beschrieben.

## Vibrationen

Während des Tönens tasten wir Brustkorb, Hals, Nacken und Kopf ab und erfühlen so, wo die Stimme Vibrationen erzeugt, wie stark diese Vibrationen und wie unterschiedlich sie in den verschiedenen Körperbereichen sind.

Dies kann auch als Paarübung gestaltet werden: Eine Person sitzt hinter dem Rücken der anderen, tastet mit den Händen Vibrationen beim Singen am Rücken ab, legt auch einmal ein Ohr an den Rücken der Singenden, um die Töne zu hören. Dies ist auch eine gute Hörübung.

Nach diesen ersten Erfahrungen wird Bekanntschaft mit den einzelnen Vokalen gemacht: U – O – A – E – I , die von den TeilnehmerInnen in der persönlich gewünschten Reihenfolge gesungen werden. Manchmal ist es jetzt schon möglich, den Sitz eines Vokals im Körper festzustellen. Es können aber auch intensive Erlebnisse beim Singen von den einzelnen Vokalen gemacht werden.

Zum Beispiel: „Das E wollte nicht gesungen werden, es gab da eine Sperre bei mir.“ Oder: „Das I hat eine Stelle im Kopf verengt und fühlt sich jetzt sehr unangenehm an. Oder: „Das I hat eine Stelle im Kopf verengt und fühlt sich jetzt sehr unangenehm an.“ Oder: „Das A floß wie ein wohliger Schauer durch meinen Körper.“

Nach Ilse Middendorf (1986) haben die Vokale folgenden Sitz im Körper:

- U** - ist im Becken, wirkt beruhigend (macht schläfrig, wenn zuviel geübt)
- O** - befindet sich in der Mitte des Rumpfes, ist nach innen gerichtet, umschließend (gibt Gefühl des Eingeschlossenseins, wenn zuviel geübt)
- A** - Raum wird in der Mitte erfahren, erfrischt, wirkt nach aussen, öffnend; es umschließt alle Konsonanten und Vokalräume (leichtes Schwindelgefühl kann entstehen, wenn zuviel geübt)
- E** - Raum ist im Schultergürtel, in den Flanken zu erfahren, und kann erheiternd sein, aufhellend, gut gegen depressive Verstimmungen (Zerstreuung kann sich einstellen, wenn zuviel geübt)
- I** - befindet sich im Kopf, macht wach (benommen, wenn zuviel geübt).

## Resonanzräume der Vokale

Die Wirkung der Vokale wird am Anfang sehr unterschiedlich empfunden: Nach einer Zeit des Übens werden die Resonanzräume der einzelnen Vokale gut wahrgenommen und können beim Singen sicher angeregt werden. Die momentane Befindlichkeit bestimmt allerdings die (un- oder vorbewußte) Bereitschaft, verschiedene Resonanzräume zu öffnen oder auch verschlossen zu lassen, weil damit der Kontakt zu Gefühlen verbunden wäre, die in der jeweiligen Situation nicht erlebt werden wollen.

Die von Michaela Dümpelmann und mir entwickelte „Vokalspirale“ ermöglicht es, die Atemräume der Vokale zu öffnen und sie gleichzeitig miteinander zu verbinden.

Die rechts abgebildete Skizze verdeutlicht dies: Von links oben beginnend singen wir einige Male die Verbindung der Vokale A – O, dann O – E, E – U, U – I, dann weiter von rechts oben nach unten der Skizze folgend von I – U, U – E, E – O und wieder von O – A.



Seelische Wirkungen zeigen sich in einer gelösten Stimmung nach dem Singen. Es stellt sich oft eine Erleichterung ein, so, als wäre mit dem eigenen Selbst-Ausdruck und dem Sich-hörbar-machen in der Gruppe auch das Angekommen und Angenommen Sein sowohl bei sich selbst als auch in der Gruppe verbunden. Man fühlt sich auf eine tiefe und ursprünglich Weise verstanden und verbunden. In diesem Klima können auch belastende und ängstigende Themen aktualisiert und bearbeitet werden.

Beispiel einer konkreten Anwendung könnte sein: Die Gruppe geht tönend mit geschlossenen Augen durch den Raum. Es können Stimm-Kontakte zu zweit, in Kleingruppen, in der ganzen Gruppe entstehen. Als Abschluß einer Einheit biete ich oft an, daß sich ein Mitglied aus der Gruppe einen Vokal von der Gruppe gesungen wünscht. Dazu richtet sich dieses Mitglied in der Mitte des Kreises der Gruppe bequem sitzend, stehend oder liegend ein und bekommt von der Gruppe den gewünschten Vokal gesungen.

Diese Übungen habe ich bei Peter Michael Hamel, Peter Müller, Friedrich Glorian kennengelernt und viele ähnliche Übungen habe ich selbst entwickelt. Um Obertonsingen im musiktherapeutischen Setting einzusetzen, bedarf es einer intensiven Auseinandersetzung mit der eigenen Stimme und einigen Erfahrungen in diesem Bereich.

## Mario

Dies ist ein Beispiel aus der musiktherapeutischen Praxis mit einem autistischen und mutistischen Kind, bei dem Obertonsingen erfolgreich eingesetzt wurde. Mario kommt mit sieben Jahren das erste Mal zu mir in die Musiktherapie. Er ist autistisch und mutistisch, nimmt keinen Blickkontakt auf, lautiert und spricht zusammenhanglos einzelne Worte wie „Mama“ und „Papa“.

Die Musik, die in diesen Stunden entsteht, verläuft auf zwei Ebenen:

1. Kontaktaufnahme nach Experimentieren mit Instrumenten und Klängen und Erweiterung in der Musiktherapie; Beziehungsgestaltung in der Musik
2. Intrauterine Erlebnisse durch Obertongesang und Klangmassage

Nach etwa einem dreiviertel Jahr beginne ich, an einer mir geeignet erscheinenden Stelle während der Sitzung ihm Obertöne vorzusingen. Das erste Mal zeigt er sich sehr überrascht, und er hört – wie später auch – sehr aufmerksam zu, ca. drei Minuten lang. Manchmal singt und klatscht er anschließend. Nach dem ersten Mal Obertonsingen geht er an den großen Gong, spielt und singt gleichzeitig mit diesem.

Zu Beginn des zweiten Jahres in der Musiktherapie sagt er einmal nach dem Obertonsingen, mit dem Zeigefinger auf meinen Mund zeigend, „noch mehr“. Von da an werden die Stunden immer lebhafter – er wird selbständiger in seinen Aktionen. Nach Aussage der Mutter spricht er jetzt mehrere Worte, halbe Sätze, auch zu anderen Menschen. Er beginnt, meine Mundbewegungen nachzumachen

wenn ich ihm Obertöne vorsinge. Er kann sich sehr viel differenzierter als am Anfang der Musiktherapie mitteilen. Singen ist sein Schwerpunkt. Manchmal winkt er mich an einen Platz, an dem er mich haben möchte, und sagt dazu „Komm“, oder „Komm her“.

Gegen Ende der Musiktherapie beginnt er, auf Fragen von mir deutlich mit „Ja“ oder „Nein“ zu antworten, z.B. wenn ich ihn frage, ob er dieses oder jenes Instrument spielen möchte und er nimmt Blickkontakt auf.

Dies ist für seine Umwelt eine große Erleichterung in der alltäglichen Verständigung.

### **Obertonsingen mit Dominik**

Auch Dominik ist sieben Jahre alt. Er ist als Frühgeburt in der 28. Schwangerschaftswoche zur Welt gekommen und wurde langzeitbeatmet. Seine Diagnose lautet: Therapieresistentes Krampfleiden, progrediente neurodegenerative Erkrankung unklarer Genese, Tetraspastik.

Die Therapie fand zweimal wöchentlich statt und dauerte 30 bis 40 Minuten. Durchgeführt wurde sie von Stefan Güssen (Diplom-Sozialpädagoge und Sozialmusiktherapeut in der Deutschen Musiktherapie Vereinigung Ost) im Haus Haus St. Joseph des Deutschen Ordens in Düsseldorf-Unterrath.

Die Kontaktaufnahme mit Dominik erfolgte am Bett oder Rollstuhl, die Sitzung selbst im Stuhl – Dominik lag mit dem Rücken auf der Brust des Therapeuten. Der Abschluß erfolgte im Bett oder Rollstuhl. Im Beobachtungsprotokoll von zwei Sitzungen einer Kollegin heißt es:

„Bei beiden Sitzungen schien Dominik richtig aus seiner Apathie zu erwachen und das Singen als einen für ihn sehr angenehmen Reiz zu erleben. Dominik wirkte dabei sehr entspannt und sah zufrieden aus. Beeindruckend war, wie wach und aktiv er dabei wirkte. Ich selbst bin bei der ersten Sitzung sehr müde und entspannt geworden und wäre sicherlich eingeschlafen, hätte ich mich hinlegen können.

Die zweite Sitzung unterschied sich grundlegend von der ersten, da noch M. und D. anwesend waren und beide auf ihre Weise diese Situation erlebten, mitgestalteten und indirekt sogar steuerten. Für mich war es total spannend, alle drei Kinder zu beobachten, wie sie auf das Obertonsingen reagierten und mit dem Musiktherapeuten in Kontakt kamen. (M., der mit sang, und D. der sich mit dem Musiktherapeuten unterhielt). Erstaunt war ich über Dominiks Fähigkeit, genau unterscheiden zu können, an wen das Singen gerichtet war.“

Diese Beobachtungen wurden auch durch die anderen KollegInnen bestätigt:

- Dominik kommunizierte mit Stefan auf seine Art.
- Dominik machte den Eindruck, als würde er die Musik aufnehmen.
- Der Musiktherapeut hatte den Eindruck, D. höre wirklich zu.
- Während des Singens entspannte er sich sichtbar.
- Er konnte seine Finger entspannt ausstrecken und bequem ablegen.

Für alle Beobachter war besonders auffällig, daß, wenn andere Kinder im Raum anwesend waren, häufig eine Interaktion zwischen Kindern, Dominik und dem Musiktherapeuten feststellbar war.

Die Gruppenmitarbeiter lernten jetzt das Obertonsingen und den Umgang und Einsatz mit der Stimme als Kommunikationsmittel mit geistig und schwerstmehrfachbehinderten Menschen. Die Großmutter von Dominik, die bei einer Sitzung anwesend war, versuchte jetzt auch über das Summen von Tönen eine andere Art von Kontakt zu D. aufzunehmen und war von dieser Art der Interaktion restlos begeistert. Es entstand eine entspannte Art der Kommunikation.

Ein Kollege sagte, daß er es beim Windelwechseln einsetzen würde, wenn die Beine verkrampft seien. Er summe ein paar Töne und nehme mit den Händen Kontakt zu den Beinen auf. Oft könne so die Spastik gelöst werden und das Wechseln der Windeln könne für beide Seiten streßfreier durchgeführt werden.

Auch hinsichtlich der benötigten Medikation gab es erwähnenswerte Beobachtungen. Dominik erhielt üblicherweise bei besonders großer Unruhe oder Spastik, neben der seit einem halben Jahr gleichgebliebenen Grundmedikation als Bedarfsmedikament Chloralhydrat: In den 45 Tagen vor Therapiebeginn wurde 33 mal Chloralhydrat gegeben, in den 45 Tagen nach Therapiebeginn war dies lediglich 5 mal nötig. Die Anzahl der Sitzungen in dieser Zeit: belief sich bei zweimal wöchentlich auf etwa 10 Stunden.

Die Atem- und Musiktherapeutin Sabine Rittner, die in mehreren Forschungsprojekten über die Wirkung der Stimme in verschiedenen Bereichen tätig ist, stellt fest, daß die „...große Bedeutung, die der Arbeit mit der Stimme in der Musikpsychotherapie zukommt, (...) bedauerlicherweise bisher in der musiktherapeutischen Fachdiskussion nur sehr peripher wahrgenommen worden“ ist. (1996, S. 365). Dieser Meinung schließe auch ich mich an.

## Literatur

Adamek, K. (1989). Die Stimme – Quelle der Selbstheilung. Freiburg: Verlag Hermann Bauer KG.

- Adamek, K. (1996). Singen als Lebenshilfe. Münster, New York: Waxmann Verlag GmbH.
- Berendt, J.-E. (1985a). Das dritte Ohr. Reinbek: Rowohlt Verlag GmbH.
- Berendt, J.-E. (1985b). Nada Brahma. Die Welt ist Klang. Frankfurt a.M.: Insel Verlag.
- Cousto, H. (1984). Die kosmische Oktave. Der Weg zum universellen Einklang. Essen: Synthesis Verlag.
- Cousto, H. (1989). Klänge Bilder Welten. Berlin: Simon und Leutner.
- Goldmann, J. (1994). Heilende Klänge. München: Droemersch Verlagsanstalt Th. Knaur Nachf.
- Hamel, P. M. (1980). Durch Musik zum Selbst. Kassel: dtv GmbH & Co. KG und Bärenreiter-Verlag.
- Middendorf, I. (1986). Der erfahrbare Atem. Paderborn: Junfermann-Verlag.
- Reimann, M. (1993). Der unendliche Klang. Saarbrücken: Kolibri-Verlag.
- Rittner, S. (1996). Stimme. In H.-H. Decker-Voigt, P.J. Knill und E. Weymann (Hg.), Lexikon Musiktherapie (S. 359 – 367). Göttingen: Hogrefe
- Schlafhorst, C. (1970). Die Bedeutung des Atems. In L. Heyer-Grote (Hg.), Atemschulung als Element der Psychotherapie (S. 36 ff.). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Streich, H. (1986). Rückschau zu den Anfängen – Paul Friedrich Scherber (1899-1970). Ein Pionier der Musiktherapie des 20. Jahrhunderts. Musik-therapeutische Umschau, Bd. 7 (69-81).
- Tomatis, A. (1987). Der Klang des Lebens. Reinbeck: Rowohlt Verlag GmbH.

**ELENA FITZTHUM**

**IN ILLO TEMPORE  
VOM UMGANG MIT DER ZEIT  
IN DER MUSIKTHERAPIE**

**ABOUT THE TREATMENT WITH  
TIME IN MUSIC THERAPY**

The following arguments about the subject „time“ deals with two aspects: on the one hand there is a description about traditional forms of dealing with time in the sense of healing purposes on the example of myths, religions and Psychoanalysis. On the other hand the musical score is explained as phenomenon of time. These models both can be integrated in music therapy – on the basis of the fundamental idea that there was a time, when everything was „in order“. This also applies to the recovery of the human being in general as well as the recovery of every single patient. Getting in contact with „intact“ time result in power and regeneration

Die vorliegende Auseinandersetzung mit dem Thema Zeit behandelt zwei Aspekte. Einerseits wird der tradierte Umgang mit der Zeit zu heilenden Zwecken am Beispiel der Mythen, Religionen und der Psychoanalyse beschrieben. Andererseits wird die musikalische Partitur als Phänomen zeitlicher Mehrspektivität erläutert. Beide Modelle sind bei der Anwendung von Musiktherapie integrierbar, wobei der Grundgedanke gilt, daß es einmal eine Zeit gab, in der noch alles „in Ordnung“ war. Dies gilt für die Genese der Menschheit allgemein sowie für die Genese jedes einzelnen Patienten. Das In-Kontakt-Treten mit der „heilen“ Zeit gibt Kraft und regeneriert.

## **Einleitung**

Jede MusiktherapeutIn kennt das: es gibt Improvisationen, die, ähnlich einem small talk, so dahin plätschern und es bereitet Mühe, in ihnen ein therapierelevantes Material zu orten. Wenn auch die musikalische Improvisation generell „verdichtet“, so hat es mich immer fasziniert, welche Qualitätsabstufungen in diesem Verdichtungsprozess möglich sind. Ähnliche Beobachtungen mache ich in der Arbeit mit den Träumen von PatientInnen. Es gibt Träume, denen man gespannt und berührt folgt, anderen weniger. Es gibt Träume, von denen ich mir denke, daß sie schon seit Beginn der Menschheit so geträumt werden und sie in ihrer einfachen Symbolik und Zeitlosigkeit dem Gesamt der menschlichen Existenz einen Spiegel vorhalten. Oder die Lebensgeschichten. Es gibt Lebensgeschichten, die mich in ihren Sog ziehen, die eine ungeheure Faszination haben und eine große

---

Vortragsfassung aus „Musikalisches Arbeiten mit Träumen“, Pre-Congress des 2<sup>nd</sup> World Congress of the World Council for Psychotherapy, Juli 1999 Wien; Vortrag beim 6. Musiktherapie-Jour fixe des *WIM*, Nov. 2000, Wien

Kraft beim Erzählen entfalten. In ihnen herrscht plötzlich eine solche Verdichtung von Schicksalen, daß ich ihnen mit Respekt folge und erschrecke bei dem Gedanken, welche Grausamkeiten der Mensch aushält. Hier gibt es kein happy end und selten Gerechtigkeit wie uns der Film, das Medium, dem wird heute am meisten ausgesetzt sind, immer wieder glauben machen will.

Im Falle der Improvisationen denke ich mir immer: „Diese Musik müßte niedergeschrieben werden.“ Bei den Träumen denke ich mir: „Komisch, dieser Traum ist so genial, kein Schriftsteller käme je auf diese Idee.“ Bei den Lebensgeschichten drängen sich mir oft Vergleiche mit Werken der Literatur auf wie „Schuld und Sühne“.

Woran liegt das? Kann ich immer alles mit Gegenübertragung erklären, oder gibt es Motive, denen per se eine Kraft innewohnt? Gibt es Strukturen, die „heimlich“, weil noch nie von uns analysiert, am Prozess des Verdichtens beteiligt sind? Gibt es ein direktes Verhältnis von Sprache, Mythos und Musik? Was geschieht mit der Zeit, wenn wir improvisieren oder von Träumen und Leben erzählen? Auf der Suche nach Erklärungsmodellen mußte ich, wie so oft in der Musiktherapie, wenn es um ihre theoretische Untermauerung geht, Anleihen in den sogenannten Nachbarschaftsdisziplinen machen. Ich habe mich um ein nachbarschaftliches Verhältnis bemüht, daß sich für die Musiktherapie a prima vista nicht aufdrängt, ich bin also um einige Häuserblocks weitergelaufen als wir es gewohnt sind.

Viele Antworten erhielt ich bei dem Religionswissenschaftler Mircea Eliade und bei Claude Lévi-Strauss, dem Anthropologen und Wegbereiter der modernen strukturalen Anthropologie. Zwischendurch klopfte oft ein alter „naher“ Nachbar an meine Türe und half mit bei der Integration all dessen - es war C. G. Jung.

Eine Gelegenheit, mich mit diesen schwierigen Fragen auseinanderzusetzen bot mir der 2. Weltkongress für Psychotherapie 1999 in Wien, der unter dem Motto „Mythos und Traum“ stand.

### **Ein Modell der Gemeinsamkeiten: die Strukturanalyse von C. Lévi-Strauss**

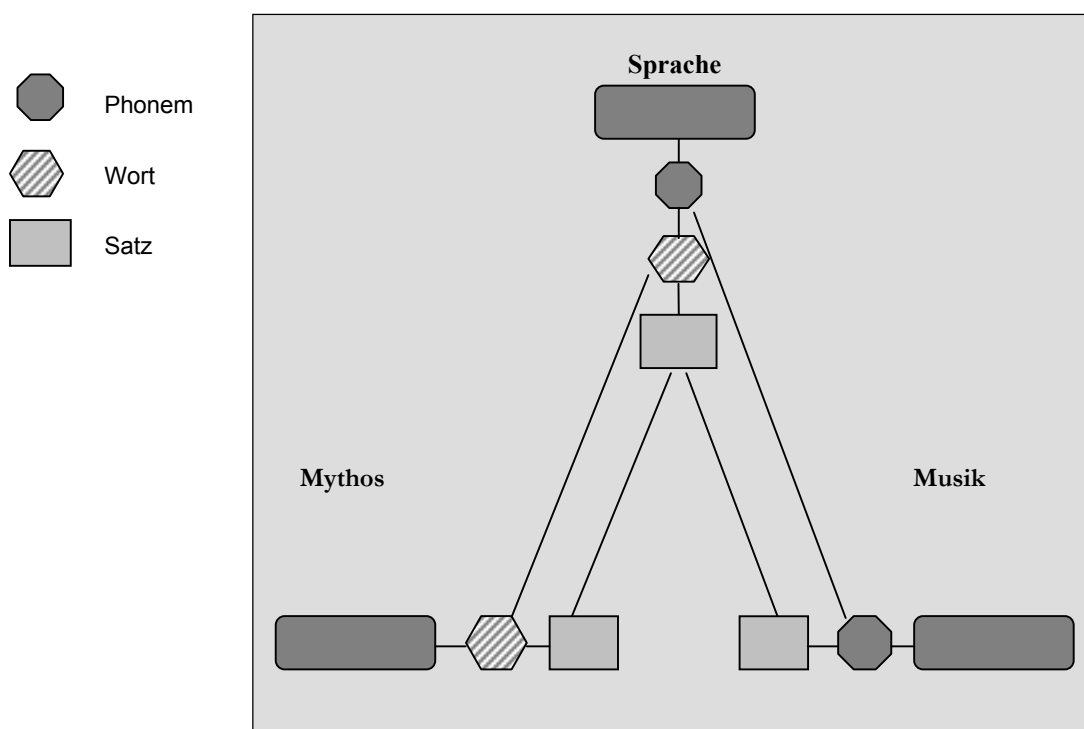
Was haben Sprache, Mythos und Musik gemeinsam? Als MusiktherapeutIn ist der Gedankenvorgang vertraut, sich mit dem Trennenden von Musik und Sprache auseinanderzusetzen. Das Ziel dieses Vorganges scheint oft der vordergründige Beweis dafür zu sein, daß Musik besseres als Sprache im therapeutischen Kontext zu leisten weiß, zumindest spezifischeres. Ohne auf diese Diskussion einzugehen, sondern vielmehr der nicht beliebten Tatsache Rechnung tragend, daß innerhalb der Musiktherapie ein großer, vielleicht sogar überwiegender Teil aus narrativen



Sequenzen besteht, gehe ich der Frage nach, was Sprache und Musik miteinander verbinden. Mein Ziel ist es, im Bewußtsein der handelnden MusiktherapeutIn eine Verbindung zwischen den narrativen Teilen und den musikalischen Improvisationen der Musiktherapie herzustellen. Der Mythos steht hier stellvertretend für den narrativen Anteil, und dies wegen seiner historischen Nähe zum Prozedere des Heilens (s. „vom Mythos“).

Ich beschreibe im Folgenden ein Modell von *Lévi-Strauss (1996)*, welches die Sprache zum Paradigma erhebt und somit Analogien von Sprache, Mythos und Musik schafft.

Abb.1 Strukturanalyse



Die Strukturanalyse von *Lévi-Strauss* ergibt wie folgt:

Sprache setzt sich aus drei Sinneinheiten zusammen. Diese drei Einheiten sind die *Phoneme*, das *Wort* und der *Satz*. Das Phonem ist die kleinste Sinneinheit, das Wort setzt sich aus verschiedenen Phonemen zusammen und der Satz ist die größte Sinneinheit, er besteht aus einer Summe von Phonemen, die sich zu Wörtern bilden und die Summe dieser Wörter ergibt den Satz.

Wie der folgende Vergleich zeigen wird, sind der Mythos und die Musik als „Geschwister“ der Sprache zu betrachten, wobei sich jeder in eine andere Richtung entwickelt hat. Hierbei hat jeder „Geschwisterteil“ einen neuen Akzent gesetzt: die Musik hebt das Tonhaft der Sprache hervor, der Mythos betont den Sinn, die Bedeutung, der in der Sprache enthalten ist. Während sich also die Sprache auf drei Ebenen bildet, arbeiten Mythos und Musik jeweils auf zwei Ebenen.

Die kleinste Sinneinheit der Musik ist der Ton. Der Ton an sich hat keine Bedeutung, er ist eine Note, sowie der Buchstabe an sich auch keine Bedeutung besitzt. Beide, der Ton und der Buchstabe erhalten erst in Verbindung mit anderen eine Bedeutung. So besteht die Ähnlichkeit von Musik und Sprache darin, daß beide aus einem gewissen Grundmaterial gebaut sind. Auf der nächsten Ebene existiert ein Unterschied. Während wir in der Sprache das Grundmaterial miteinander verbinden, erhalten wir das Wort; die Aneinanderreihung von Tönen in der Musik läßt gleich den „Satz“, die Melodie entstehen. So ist in der Musik der Weg zur nächst höheren Sinneinheit kürzer als in der Sprache, vielleicht ein Grund für die unmittelbarere Vermittlungsfähigkeit der Musik. „Man kommt unmittelbarer zum Satz“ (Lèvi-Strauss, S. 64). In der Sprache müssen noch die Wörter zueinander in Beziehung gesetzt, erst dann bildet sich die Sinneinheit „Satz“. Nun gilt für den Mythos: das kleinste Element, also sein Grundmaterial ist das Wort, dessen Verbindungen ergeben den Satz. So kann man Mythos und Musik durchaus miteinander vergleichen: beiden - dem Mythos und der Musik - fehlt jeweils ein Äquivalent zur Sprache. Positiv ausgedrückt, der Weg zur größten Sinneinheit ist bei beiden kürzer als bei der Sprache.

Um eine weitere Ähnlichkeit von Musik und Mythos aufzuzeigen, zieht Lèvi-Strauss (ebd.) das Beispiel der Orchesterpartitur heran. Er sagt (ebd. S. 58), man müsse den Mythos ähnlich der Musik als eine Orchesterpartitur lesen und nicht wie ein Schriftstück von links nach rechts, Zeile für Zeile. Der Sinn ergibt sich für den „Lesenden“ erst in der Bündelung, im Erfassen der ganzen Seite (s. Absatz „Mythen – Traum – musikalische Partitur“)

## Mythen

Während heute in unserer Sprache der Begriff „Mythos“ die gegenteilige Bedeutung von „wahr“ hat, wurde der Begriff „Mythos“, ausgehend vom Weltbild des frühen Christentums bis ins 19. Jahrhundert in einem anderen Sinne verwendet: er stand für „wahr“ und „Wirklichkeit“. Die Erschaffung Adams und Evas, die Erschaffung der Welt, alles, was sich aus einem der beiden Testamente ableiten ließ, war „wahr“. Alles, was sich nicht von dort ableiten ließ, hieß „Fabel“. Mit dem

Einfluß des Positivismus auf die Gedanken - und Sprachwelt des Menschen änderte sich die Bedeutung des Begriffes. Aus dem, das wahr war (weil es in der Bibel so stand), wurde etwas, das der Wirklichkeit widersprach.

Heute wird die Bedeutung des Mythos so erkannt und interpretiert, wie er auch von den primitiven und archaischen Gesellschaften verstanden wird: er bildet die eigentliche Grundlage des gesellschaftlichen Lebens und seiner Kultur. Für nicht-christliche Kulturen ist der Mythos die wahre Geschichte, sie ist wirklich, wiederholbar, dient den Mitgliedern der jeweiligen Gesellschaft als Vorbild, dient als Modell für menschliche Handlungen. In dem Mythos offenbart sich das Göttliche, das der Gesellschaft vom Anfang der Zeit berichten will, von dem, das vorher war, denn das ist wahr und somit heilig. So wird der Mythos zur Offenbarung und will den Menschen von jenen Zeiten erzählen, wo es ihn noch nicht gab, die heilige Zeit, in *illo tempore*.

Hier lassen sich zwei wesentliche Qualitäten des Mythos herausfiltern, die dann - wie später noch erklärt - für die Heilung nutzbar gemacht wurden und werden. Dies ist:

1. die Zeitachse. Durch das Erzählen im Hier und Jetzt kommen Erzähler und Zuhörer in Kontakt mit der Vergangenheit, der Zeit des Ursprungs.
2. Kontakt wird hergestellt mit jener Zeit, in der noch alles heil war. Es ist eine Reise in eine andere Zeit, zu einem heilen Zustand. So ist ein Zurückgewinnen jener Kraft möglich, die mit der Erschaffung des Seins verbunden war. Durch das Erzählen des Mythos und durch ein Wiederholen der vorbildlichen Taten sagemumwobener Gestalten tritt der Zuhörer aus der profanen Zeit heraus in die Große, Heilige Zeit.

Es ist verständlich, daß die Psychologen und Analytiker des frühen 20. Jahrhunderts Parallelen fanden zwischen den Gestalten der Mythen und ihrer Dynamik einerseits und den Ebenen des Unbewußten und seiner Dynamik andererseits. Weit über den Gedanken der Parallelen hinausgehend erklären einige Psychologen die Mythen mit dem Unbewußten und seiner Strukturen. Als deren Hauptvertreter sei hier C.G. Jung genannt. Er schreibt:

„...daß die Mythen aber in erster Linie psychische Manifestationen sind, welche das Wesen der Seele darstellen, darauf hat man sich bisher so gut wie gar nicht eingelassen. An einer objektiven Erklärung der offenkundigen Dinge liegt dem Primitiven zunächst wenig, dagegen hat er ein unabweisbares Bedürfnis oder, besser gesagt, hat seine unbewußte Seele einen unüberwindlichen Drang, alle äußeren Sinneserfahrungen an seelisches Geschehen zu assimilieren.(...) Alle mythisierten Naturvorgänge wie Sommer und Winter, Mondwechsel und Regenzeiten usw. sind nichts weniger als Allegorien eben dieser objektiven Erfahrungen, als vielmehr symbolische Ausdrücke für das innere und unbewußte Drama der Seele, welches auf

dem Wege der Projektion, d.h. gespiegelt in den Naturereignissen, dem menschlichen Bewußtsein faßbar wird“ (Jung C.G., 1972, S. 14).

Natürlich kann man Entsprechungen von Gestalten und Ereignissen zu der Dynamik und dem Inhalt des Unbewußten finden. Dies ist für uns in der Eigenschaft als Psychotherapeuten selbstverständlich. Der Religionshistoriker Mircea Eliade warnt jedoch davor, Entsprechungen mit Abhängigkeiten zu verwechseln. Er sagt:

„Der Mythos ist durch seine Seinsweise bestimmt: er läßt sich als Mythos nur in dem Maße erfassen, als er offenbart, daß etwas sich *völlig kundgegeben* hat, und diese Kundgebung ist zugleich *schöpferisch* und *vorbildlich*, indem sie sowohl eine Struktur der Wirklichkeit wie auch ein menschliches Verhalten begründet.(...) Ein Mythos erzählt immer, daß etwas *wirklich geschehen* ist, daß ein Ereignis im strengen Wortsinn stattgefunden hat.....Schon die Tatsache des *Sagens*, was geschehen ist, offenbart, *wie* das in Rede stehende Dasein verwirklicht wurde. Nun ist der Akt des Ins-Sein-Tretens zugleich Auftauchen einer Wirklichkeit und Enthüllung ihrer grundlegenden Strukturen. Wenn der kosmogonische Mythos erzählt, wie die Welt geschaffen wurde, offenbart er zugleich das Auftauchen dieser umfassenden Wirklichkeit, welche Kosmos ist, und ihre seinshafte Ordnung: Er sagt, in welchem Sinne die Welt *ist*. (...) Und da alle Mythen in irgendeiner Weise am Typ des kosmogonischen Mythos teilhaben - denn jede Geschichte dessen, was *in illo tempore* geschah, ist nur eine Abwandlung der vorbildlichen Geschichte: wie die Welt ins Sein trat.“ (Eliade, 1961, S. 10 ff.)

Soweit von der Reise zum Ursprung durch das Erzählen von Mythen. Was bewirkt die Reise zu den Anfängen bei dem Zuhören?

## **Vom Mythos zur Therapie Am Beispiel archaischer Kulturen**

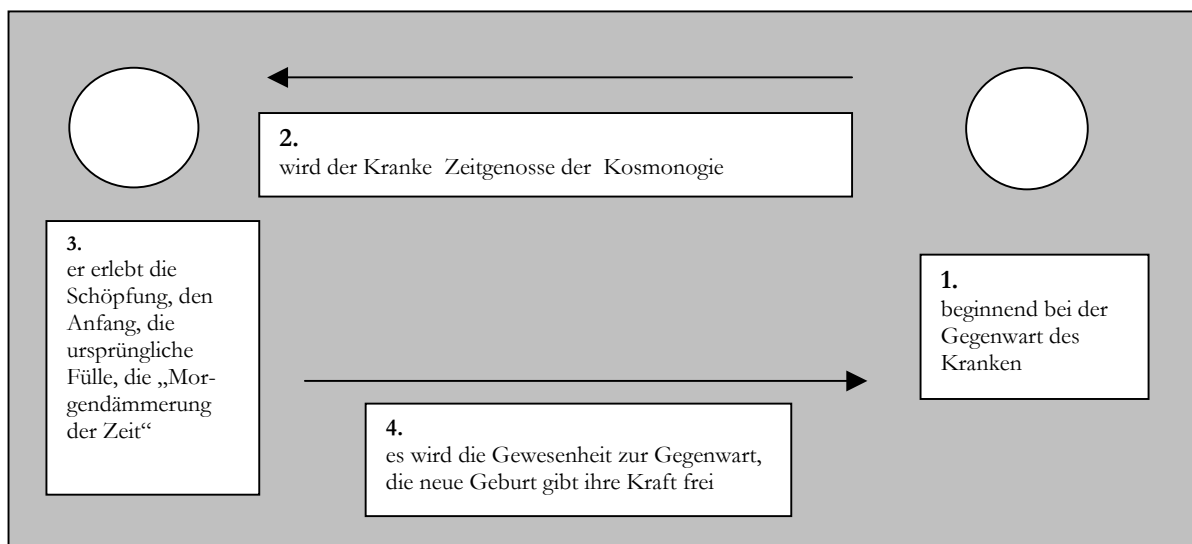
Der feierliche Vortrag des kosmogonischen Mythos wurde von höchst kultivierten alten Kulturen, wie es z.B. Mesopotamien war, zum Zwecke der Heilung kranker Menschen eingesetzt. Ebenso von alten und noch heute existierenden, sogenannten Primitiv-Kulturen ist dieser Vorgang zu beobachten. Wie geschieht dies?

Ausgehend von dem Gedanken Eliades, daß das Mythos den Ursprung des Seins beschreibt, werde ich kurz diesen Ursprung skizzieren. In der Kosmogonie entsteht die Schöpfung, in der die ursprüngliche Fülle herrscht und mit dem Auftauchen des Kosmos entsteht die uns umfassende Wirklichkeit. Das Erzählen davon ist

gleichsam die Enthüllung eines Mysteriums, eines Mysteriums, daß uns gleichsam die Struktur der Wirklichkeit preisgibt und die Begründung menschlichen Verhaltens. Dieses „Urereignis“ lag in der Morgendämmerung der Zeiten, am Anfang.

Beim Zuhören dieser Kosmogonie wird der Kranke Zeuge dieser Schöpfung. Der Erzählende nimmt ihn mit auf die Reise zum Ursprung, er „kehrt zurück in die Gewesenheit“, tritt ein in die ursprüngliche Fülle, erlebt noch einmal durch diesen *regressus ad originem* die Kraft, wird Zeitzeuge und für einem Moment wird die Vergangenheit zur Gegenwart.

Abb.2: Der ursprüngliche Vorgang des Heilens



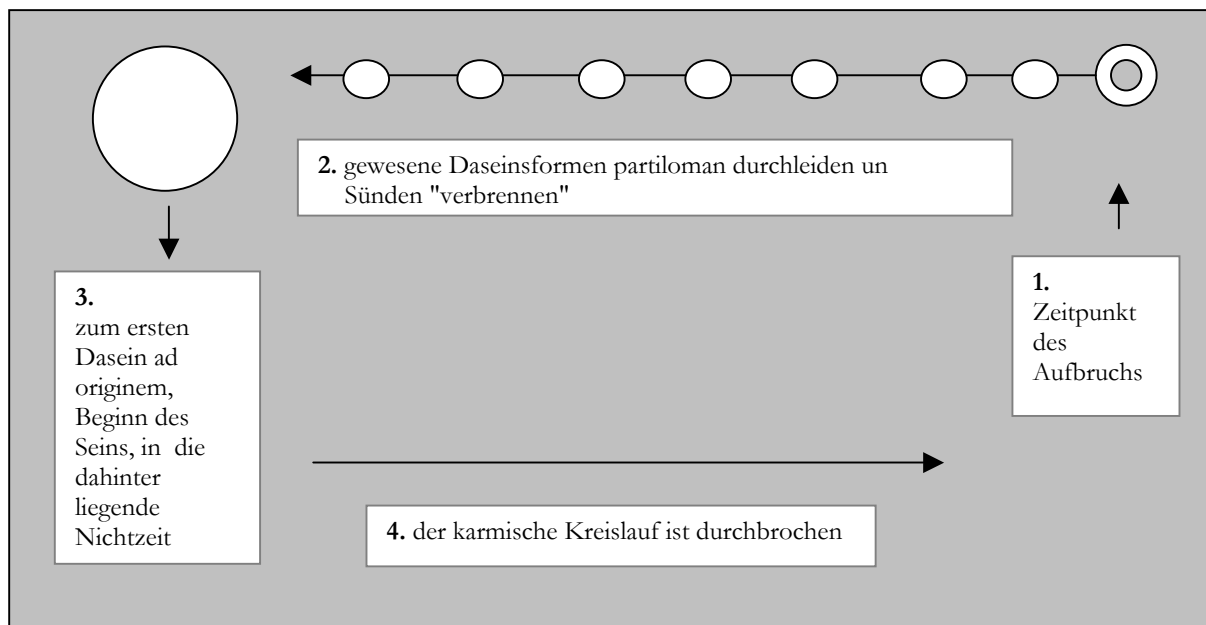
Der kranke Organismus wird aber nicht in unserem Verständnis repariert, der leitende Gedanke ist nicht der der Regeneration, sondern der der Neugeburt. Der Kranke erlebt somit seine Geburt neu und erhält damit die Kräfte, die ein neugeborenes Wesen hat. Dies ist der Werg der Heilung. „Die Funktion der Erinnerung ist nicht, das Gedächtnis des Ur-Ereignisses zu *bewahren*, sondern den Kranken *dorthin zu versetzen, wo jenes Ereignis sich vollzieht.*“

### Am Beispiel des Buddhismus

Buddha ist der „König der Ärzte“, seine Jünger sind die, „die sich der Geburt erinnern“. In der indischen Philosophie besteht eine bemerkenswerte Abhängigkeit von Zeit und Leiden. Das Leiden ist durch das *karma* begründet und wird unbegrenzt in der Welt fortgesetzt; dies bedeutet: durch die Zeitlichkeit. So versucht

Eliade eine vereinfachende Darstellung (S.55). Durch das Gesetz des *karma* gibt es eine unzählige Folge von Einkörperungen, Wiedergeburten in neuen Körpern, eine ewige Wiederkehr von Daseinsformen, somit die damit verbundenen Leiden. Buddha, der „König der Ärzte“, die Mystiker und die Philosophen Indiens haben ein gemeinsames Ziel, den Menschen vom Leiden des Daseins in der Zeit zu befreien. Der karmische Kreislauf muß unterbrochen werden und somit erfolgt die Lösung, die Erlösung von der Zeit. Ein Mittel, den Keim des nächsten Lebens zu „verbrennen“ - um eben diesen Kreislauf zu beenden - ist die „Rückkehr“, die Reise durch die vergangenen Existenzen. Die mittels Yoga unternommene Zeitreise ist auch hier wieder *partiloman*, gegen den Strich, der Einstieg beginnt in einer Zeit möglichst nahe der Jetztzeit und der Meditierende durchläuft rückwärts alle seine Daseinsformen. Er muß seine Leben nochmals erleben und erleiden, auf diese Weise seine Sünden „verbrennen“, bis er zu seinem Ausgangspunkt gelangt, der mit der Kosmogonie zusammenfällt.

Abb.3 Der buddhistische Weg



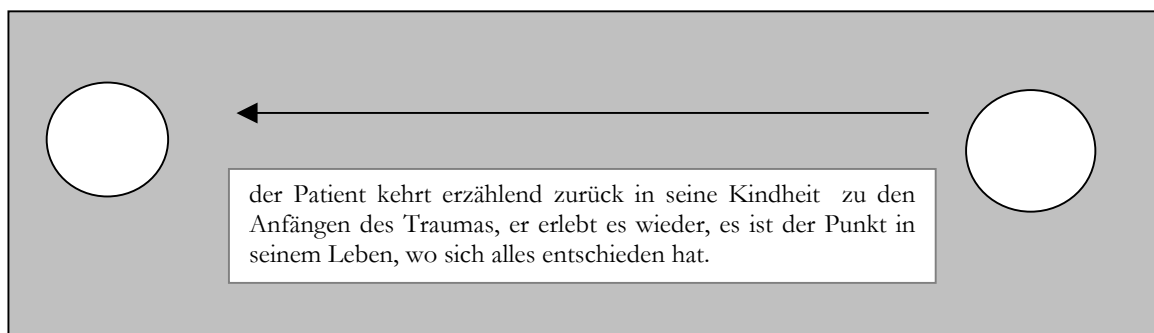
Wenn alle Sünden früherer Leben „verbrannt“ sind und der Endpunkt der Reise, das 1. Dasein *ad originem* erreicht sind, ist der karmische Kreislauf durchbrochen. Vor dem 1. Dasein liegt die Nichtzeit, die Ewigkeit. „Die, die sich der Geburten erinnern“ kennen den Weg der Heilung. Denn Heilung geschieht in der indischen Philosophie durch *Erinnerung*.

## Am Beispiel der Psychoanalyse

Die Psychoanalyse (und die auf sie gründenden psychotherapeutischen Verfahren) führt die *geschichtliche* und die *individuelle* Zeit ins Heilverfahren mit ein. Während bei archaischen Heilerfahrungen durch das Erzählen des jeweiligen Mythos mehr die „geschichtliche“ Zeit rücklaufend durchlaufen wird, steht im Buddhismus die „individuelle“ Zeit im Vordergrund. In der Analyse sind beide Zeiten von Bedeutung. Das für die damalige Zeit neue Verständnis von psychischer Krankheit beinhaltet seit Freud: der Kranke leidet an *etwas*. Und, um auf den Faktor Zeit zu kommen, dieses Etwas liegt in der Vergangenheit. Die „Ur“-Erfahrung des modernen westlichen Menschen liegt in seiner Kindheit. Der Kranke leidet nicht mehr ausschließlich durch Ursachen der Gegenwart wie etwa Viren, einem Unfall oder durch Vererbung, also durch objektive Vorfälle. Er leidet auch an den Folgen eines Traumas, welches in der Nähe seines (individuellen) Anfangs angesiedelt ist, in seiner Kindheit. Die Geschichte dieser Kindheit wird Vorbild für das Leben des Kranken, in dieser Geschichte entscheidet sich alles. Über dem Trauma liegt der Schleier des Unbewußten, so daß auch hier eine „Rückführung“ heilend ist. Der Kranke liegt und erzählt seine Lebensgeschichte. Er muß zurück zu seinen Anfängen, die alten Schmerzen dem Nebel entreißen und sie durchleben. Für Menschen archaischer Kulturen ein vertrauter Vorgang, eine Heilung durch die Zeiten zurück zu den Anfängen - hier zu der Geburt des jeweiligen Kranken. (Heute geht die Zeitreise weiter, längst werden vorgeburtliche „Ur“-Erfahrungen mit eingeschlossen).

Jung erweiterte das Spektrum des individuellen Unbewußten um den Bereich des kollektiven Unbewußten. Dies sind psychische Strukturen, die der individuellen Seele vorausgehen. Diese Archetypen sind unpersönlich und erweitern den Zeithorizont in Richtung der Anfänge menschlicher Existenz.

Abb. 4 Der Weg der Psychoanalyse



Freud, der gewohnt war, mit dem Verstand eines Naturhistorikers die Dinge zu betrachten, entdeckte Ähnlichkeiten erkannte Zusammenhänge: je früher das Trauma, um so größer die Schädigung. Die allerfrüheste Kindheit wird entscheidend. Es ist, als habe es in der individuellen Entwicklung auch einmal ein Paradies gegeben, dann kam der Fall. Das vorgeburtliche Stadium ist das Paradies, das infantile Trauma die Vertreibung aus dem Paradies (die Meinung, daß das intrauterine Dasein mit dem Paradies gleichzusetzen sei, hält unserem heutigen Wissen nicht mehr stand).

### **Gemeinsamkeiten von archaischer Heilung durch Mythen, dem Yoga und der Psychoanalyse**

Alle drei Heilswege beschreiten einen Weg durch die Zeit, der zurückführt. Jeder Weg hat das Ziel, den Leidenden zu der Zeit des Beginns zu führen. Dieses Ziel ist in den alten oder sog. Primitiv-Kulturen die Kosmogonie; der Buddhist muß eine zeitliche Abfolge von verschiedenen Daseinsformen „rückwärts“ durchleben, bis er zur Nichtzeit vordringt und somit sein karmischer Kreislauf durchbrochen ist. Der Analysand erinnert sich zurück an seinen (individuellen) Ursprung. **Alle drei Heilswege gehen davon aus, daß das Wesentliche und Prägende vor der heutigen Daseinsform stattgefunden hat, im „vorbildlichen“ Ursprung.**

### **Fallvignette aus einer psychotherapeutischen Arbeit**

#### **1. Stunde**

Frau G. kommt auf Empfehlung eines Internisten zu mir, ihre Diagnose lautet „Herzneurose“. Das Beschreiben ihrer körperlichen Zustände beansprucht die gesamte Stunde, so ausführlich beschreibt sie jedes Detail ihrer Herzrhythmusstörungen und ihrer schlaflosen Nächte. Gegen Ende der Stunde erwähnt sie wie nebenbei, daß sie russische Jüdin sei, ihr Vater, ein westeuropäischer Jude, habe die Familie in Rußland überraschend verlassen als sie 14 war, mit 17 sei sie mit der Mutter nach Wien emigriert, dort habe sie ohne jede Kenntnis der deutschen Sprache innerhalb von 6 Monaten Deutsch gelernt und an der Uni in der Mindeststudienzeit ihr Studium absolviert. Nach einer 4-jährigen Beziehung in Wien habe sie vor kurzem ihr Verlobter überraschend verlassen. Seit dem haben sich die Symptome des Herzsrasens und der Schlaflosigkeit verstärkt.



## 2. Stunde:

Frau G. kommt pünktlich. Sie setzt sich hin und schaut mich erwartungsvoll an. Ich schaue sie lange schweigend an. Sie fragt mich nach einigen Minuten des tapferen Schweigens unsicher: „Womit fangen wir denn jetzt an?“ Ich antworte: „Mit Ihnen, Frau G.. Wir fangen mit Ihnen an, erzählen sie mir ihre Geschichte.“ Frau G. beginnt, ohne auch nur einen Moment zu zögern. (In der Reflexion dieser Stunde scheint es mir, als habe sie darauf gewartet, daß endlich jemand zum Erzählen ihrer Lebensgeschichte einlädt). Sie erzählt die Lebensgeschichte ihrer Kindheit und Jugend in Rußland. Es fließt aus ihr heraus, es ist eine Reise in die Vergangenheit, zu den Schauplätzen ihrer Freuden und Schmerzen, sie erzählt als sei sie in Trance. In meinem Arbeitsraum scheinen sich alle Düfte, Geräusche und Farben der russisch-jüdischen Vergangenheit zu materialisieren. Mir ist, als säßen wir gemeinsam in ihrem Kinderzimmer. Und immer wieder erscheinen ihre Puppen, die sie in all der Zeit begleitet haben. Sie hat sie mit nach Wien genommen, und heute, wo es ihr so schlecht gehe, sperre sie sich jeden Abend in Ihrem Zimmer im 10. Wiener Gemeindebezirk ein (sie lebt zusammen mit der Mutter) und halte diese Puppen lieb. Dann rieche sie wieder den Geruch der Kindheit.

In dieser Stunde sage ich kein Wort. Nach 50 Minuten schaue ich auf die Uhr. Sie sagt: „Ich habe jetzt ganz durcheinander geredet, ganz wirr, sie haben sicher nichts verstanden.“ Ich sage: „Frau G., sie haben ihre Geschichte wunderbar erzählt und ich habe sie sehr gut verstanden.“

In der darauffolgenden Woche denke ich immer wieder an Frau G. Ich glaube, daß sie noch nie jemanden ihre Lebensgeschichte erzählt hat und ich denke, daß, wenn sie mir ihre ganze Geschichte erzählt hat, von der Herzneurose befreit ist.

## 3. Stunde.

Meine Annahme bestätigt sich. Sie hat bis dato keinem Menschen ihre Geschichte erzählt. Ihre Mutter sage immer, sie solle nicht in der Vergangenheit leben, jetzt sei sie Österreicherin und der Rest interessiere niemanden.

In den darauffolgenden Stunden erzählt Frau G. weiter. Sie erzählt uns ihren eigenen Mythos, das, was wahr ist. Durch das Erzählen stellt sie den Kontakt her mit ihrer heilen Zeit. Heute verstehe ich, warum mir diese Stunden als heilig erschienen. Das, was wahr ist, ist auch heilig. Ihre Puppen werden zum Symbol für diese heile Zeit *und* sie sind Zeugen. Wenn sie sie in den Armen hält, dann weiß sie, daß es wahr ist, denn sie waren dabei, sie können es bezeugen. Indem sie bei mir durch ihre Erzählung Kontakt zu dieser Zeit herstellt, werde auch ich zur Zeugin, die weiß, daß es wahr ist, was war. Wir, meine Klientin Frau G., ihre Puppen und ich haben eines gemeinsam: wir kennen die „heilige Zeit“, die Zeit, bevor es geschah, die Zeit, in der sich das Paradies der Frau G. befand.

## Mythologie und Musik

In den folgenden Ausführungen beziehe ich mich auf Claude Lévi- Strauss, vor allem auf seinen Aufsatz „Mythos und Musik“.

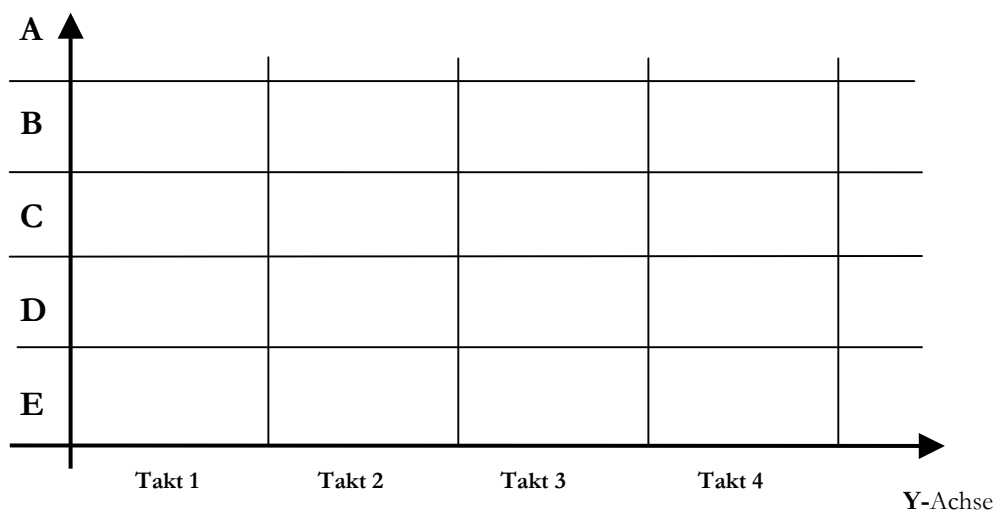
Wurde im vorangestellten Absatz „Mythos“ vor allem die Zeitachse vom Ausgangspunkt des Erzählenden ausgehend *rückwärtsschreitend* bis zum Ursprung des Daseins erläutert, soll hier die Zeitachse innerhalb einer geschlossenen Einheit des Mythos betrachtet werden in Hinblick auf seine Ähnlichkeit mit der Musik.

Den Mythos, den Traum und die Musik verbindet die Tatsache, daß sie eine Aneinanderfolge von Ereignissen beinhalten, so daß ich den geschriebenen Mythos oder Traum von rechts nach links lese, so wie ich beim Zuhören mitdenkend verfolge, wie aus den Ursprüngen die Dinge entstehen oder wie der Trauminhalt sich entlang der Zeitachse entwickelt. Diese zeitliche Abfolge ist zu vergleichen mit dem Lesen und Hören einer musikalischen Partitur.

Abb.5. Dimensionen einer Partitur

Instrumente

X-Achse



Das Verstehen eines Mythos, eines Traumes oder einer Musikpartitur ist mehr als nur das Verständnis der zeitlichen Abfolge von Ereignissen oder musikalischen Motiven. Das Beispiel einer Notenpartitur verdeutlicht sehr gut die

Mehrperspektivität. Das Übereinander von einzelnen Instrumenten auf der Y-Achse wird strukturiert durch eine gemeinsame Zeiterfahrung, derer sich alle Spieler unterwerfen. Diese ist auf der X-Achse notiert und die Hilfseinheit heißt Takt. Der Dirigent hat u.a. die Aufgabe des Zeitwächters, er muß Sorge dafür tragen, daß keiner „wegläuft“ oder „hinterherhinkt“.

So ist der Musiker gewohnt, auf zwei Ebenen zu denken. Auf der Ebene der Kontiguität (im Sinne von zeitlichem Ineinanderfließen) und *gleichzeitig* auf der Ebene der Kontinuität(im Sinne von gleichmäßigem Fortgang).

„Wir müssen ihn (den Mythos, Anm. der Autorin) stattdessen als ein Ganzes begreifen und gewahr werden, daß die eigentliche Bedeutung des Mythos nicht durch die Abfolge der Ereignisse, sondern (...) durch Ereignisbündel vermittelt wird, **auch wenn diese Ereignisse an unterschiedlichen Stellen der Erzählung auftreten.** (Hervorhebung durch die Autorin) Deshalb müssen wir den Mythos mehr oder weniger wie eine Orchesterpartitur lesen, nicht Notenlinie für Notenlinie, sondern in dem Bewußtsein, daß wir die ganze Seite zu erfassen haben und verstehen müssen, daß das, was in der ersten Notenlinie oben auf der Seite steht, nur dadurch seine Bedeutung erhält, daß wir es als wesentlichen Bestandteil dessen begreifen, was weiter unten auf der zweiten Notenlinie, der dritten Notenlinie und so fort steht. Wir (...) müssen gleichzeitig vertikal, von oben nach unten, lesen. Wir müssen begreifen, daß jede Seite ein Ganzes ist.“ (Lévi-Strauss, 1996, S.58).

Die Aspekte von **Kontiguität** und **Kontinuität**, das gleichzeitige Erfassen beider Ebenen gehört zum professionellen Handwerk eines Dirigenten, und, so ließen sich weitere Parallelen finden, auch zum Handwerk des Psychotherapeuten.

Hier ist noch ein weiterer Aspekt anzuführen. Das **Zueinander-in-Beziehungsetzen** einzelner Motive und Themen. Das Thema ist nur dann ein Thema, wenn es vom Zuhörenden (oder Interpreten) als ein solches erkannt wird und sein Weiter- oder Wiedererklingen an anderer Stelle wahrgenommen wird. Eine Variation ist erst dann eine Variation, wenn die diversen Veränderungen in Bezogenheit zum Motiv gehört werden.

„Man kann zum Beispiel das musikalische Prinzip von Thema und Variationen nur dann wahrnehmen und fühlen, wenn man sich bei jeder Variation an das zuvor gehörte Thema erinnern kann.(...) So findet im Geiste desjenigen, der Musik hört, sowie desjenigen, der einer mythischen Erzählung zuhört, eine ununterbrochene Rekonstruktion statt“ (Lévi-Strauss, 1996, S.62).

Das Lebensthema des Patienten wird erst dann als Lebensthema begreifbar, wenn es in seinen verschiedensten Variationen erkannt wird - eine Aufgabe des Psychotherapeuten, die der des Dirigenten nicht unähnlich ist. Lévi-Strauss geht in

seiner Strukturanalyse noch weiter. Er vermutet, daß die Formensprache unserer Musik, vor allem ab dem 17. Jahrhundert, als die Mythen in den Hintergrund rückten, aus den Mythen entlehnt ist. Unter diesem Aspekt ist eine Fuge Bachs einer bestimmten Form des Mythos entlehnt: sie ähnelt jenem Mythen, in denen zwei Personen(-gruppen) vorkommen, eine Gut, eine Böse. Die Gruppe B flüchtet vor der Gruppe A, manchmal wird B fast von A eingeholt, manchmal muß auch A fliehen. „Die Antithese zieht sich durch die gesamte Erzählung hindurch, bis beide Gruppen nahezu vollständig vermischt und durcheinander gebracht sind - das entspricht dem Stretta der Fuge.“ (Lévi Strauss, 1996, ebd.). Am Ende vereinigen sich die unterschiedlichen Kräfte. Im Mythos geschieht dies durch eine tatsächliche Vereinigung dieser Kräfte, in der Musik wird die Vereinigung durch den Abschlußakkord symbolisiert: hier erklingt die Zusammensetzung aller unterschiedlichen Teile.

Eine weitere Parallele bezüglich Kontiguität und Kontinuität sei hier noch hinzugefügt. Pythagoras, so Empedokles (zit. nach Eliade, 1961, S. 58), sehe nach sorgfältiger Übung, und dies war Aufgabe der pythagoräischen Bruderschaft, 10 bis 20 zurückliegende menschliche Existenzen vor sich. Ein Komponist, bevor er zur Komposition schreitet, hört alle Orchesterstimmen in ihrer Gesamtheit (gleichzeitig). Sollte nicht der Psychotherapeut die Fülle aller Lebensthemen des Patienten in ihrer Gesamtheit spüren, wer denn sonst als der Musiktherapeut kann diese Themen in der improvisierten Musik des Patienten identifizieren und erspüren. Sozusagen in der fließenden Rekonstruktion das Gegenüber in sich erklingen lassen. Ist das nicht die Resonanzfähigkeit des Heilens. Der Therapeut als Resonanzkörper, der Patient, der im Gegenüber sein Sein erspürt. Nie erlebte Resonanz, die krank gemacht hat. Neu erlebte Resonanz, die heilen hilft.

### **Die Partitur - Ein Beispiel für Komplexität, Verdichtung, Gleichzeitigkeit - Die Analogie von Lebenspanorama, Therapiepanorama und Partitur**

Zwischen der Musik und der Psychotherapie im allgemeinen sowie der Musiktherapie im besonderen bestehen zahlreiche Analogien. In der Literatur wird immer wieder die Verwandtschaft von Künstler und Therapeut beschrieben, es wird der Therapeut mit dem Künstler verglichen. Letzendlich ist es der schöpferische Akt, der das Schaffen eines Werkes mit der Intervention eines Therapeuten verbindet. Trotz eines hohen Maßes an Bildung und handwerklichen Fertigkeiten ist es die Intuition, die im Moment des Schaffens, des In-Kontakt-Tretens, den „Schaffenden“ lenkt. Für die Musiktherapie eine Selbstverständlichkeit, man denke nur an die Gemeinsamkeiten von musikalischer Improvisation und künstlerischem

Schaffen. Ich möchte den Begriff der „Partitur“ als ein weiteres Verbindungsglied erläutern.

Im Rahmen einiger psychotherapeutischer sowie musiktherapeutischer Ausbildungen ist es üblich, den zukünftigen AusbildungskandidatInnen während des Aufnahmeverfahrens ein Lebenspanorama zeichnen zu lassen. Nach einer Einstimmung bekommen die zu Prüfenden eine Auswahl an Malutensilien. Die Aufgabe besteht darin, das eigene Leben bis dato zu reflektieren und in zeichnerischer Form zu Papier zu bringen. Dieser Vorgang ist mit dem Schreiben einer Partitur vergleichbar: das gleichzeitige Hören verschiedenster Instrumentalstimmen mit dem „inneren Ohr“ beim Komponieren ähnelt dem gleichzeitigen Erleben verschiedenster Lebensereignisse, aus denen sich dann die einzelnen Lebensmotive herausbilden. Aus den Lebensmotiven entwickelt sich eine Lebensgestalt, eine Lebensmelodie. Selbstverständlich ist dies nicht immer in der Weise möglich. Dargestellte einzelne Ereignisse können eher Inseln gleichen, denen jede Art von Verbindung fehlt. Wenn auch in der verbalen Aufarbeitung die Ereignisse „beziehungslos“ bleiben, so haben wir es hier schon eher mit einem diagnostischen Material zu tun.

Was dem Komponisten in seinem inneren Ohr erklingt, durchlebt der zukünftige Psycho- oder Musiktherapeut ebenfalls sinnlich. Beim Zeichnen des Lebenspanoramas läuft der Film des Lebens vor dem inneren Auge ab. Der Prozess des Verdichtens nimmt seinen Lauf: zunächst sind es scheinbare solitäre Ereignisse, welche beginnen, sich zu Motiven zu bündeln, Lebensthemen heben sich von einem Hintergrund ab und die gebündelten Lebensthemen fädeln sich auf der Lebenslinie auf. Der Vorgang des Schaffens einer (Lebens-)Partitur ist beendet. Vor dem Verfasser liegt sein Werk: gebündelt, verknappt und herausgefiltert aus einer ins Unendlich strebenden Anzahl von gelebten Momenten (oder gehörten Tönen). Die beim Erschaffen durchlebten sinnlichen Empfindungen sind in ihrer Komplexität mit jenen eines Künstlers zu vergleichen. Das Werk wird zu einem Fenster in sein Zeitkontinuum und ermöglicht, getrennt Existierendes in der Gleichzeitigkeit zu erleben.

Ein ähnliches Verfahren benutze ich während der Schlußphase der Lehrtherapien. Die StudentInnen werden von mir in der ersten Sitzung gebeten, ein Therapietagebuch zu führen. Dessen Umfang kann unterschiedlich sein, vom detailgetreuen Wiedergeben der Sitzung bis zu einem Wort, welches der Sitzung einen Titel geben soll. Die letzten Sitzungen sind - nachdem der therapeutische Prozess beendet wurde - ganz dem Therapiepanorama gewidmet. Ich wähle dafür einen Zeitraum von 6 Wochen. Wir sammeln gemeinsam die Ereignisse der vergangenen drei Jahre und tragen sie in einer Art Partitur ein. Ähnlich den

Notenlinien gibt es mehrere Ebene, welche parallel übereinander verlaufen. Die Ebenen sind sozusagen die Orchesterstimmen. Im Sinne eines Diagramms sind also auf der Y-Achse die Ebenen, während die X-Achse die Zeitachse darstellt. Die Ebenen auf der Y-Achse sind meist: Familie - Beziehungen - Studium - Körper/Gesundheit - Allgemeines (Umzug, Urlaub,...)und: Themen in der Therapie. Die Themen sind nicht bei jeder Person die gleichen, ich variere sie bei Bedarf. Wenn nun alles eingetragen ist, so wird in der vorletzten Stunde das Therapiepanorama im Sinne einer Partitur vertont. Ebene für Ebene improvisiert die StudentIn alleine oder mit mir gemeinsam. So beginnt noch einmal zu tönen, was das Diagramm in einer schon verdichteten Form darstellt. Man kann sagen, daß „die Verdichtung der Verdichtung“ der erlebten Zeit der Lehrtherapie ertönt. Leider ist der Gleichklang aller Ebenen nur in der Gruppe möglich oder mit Hilfe elektronischer Medien, auf die ich persönlich jedoch zur Gänze verzichte.

**Exkurs:** Warum ein Therapiepanorama am Ende einer Lehrtherapie?

Das Arbeiten mit dem Therapiepanorama zeigt, ob die zukünftige TherapeutIn die weiter oben beschriebenen Aspekte der Kontiguität und Kontinuität, das gleichzeitige Erfassen aller Ebenen begriffen hat. Darüber hinaus wird deutlich, in wieweit die einzelnen Teile in Beziehung gesetzt werden können. Gestalttherapeutisch formuliert, ist die zukünftige TherapeutIn in der Lage, die einzelnen Ereignisse in ihr Selbstbild zu integrieren. Der Sinn dieser Eigenschaft muß sicher nicht mehr hinterfragt werden.

**Literatur**

- Eliade, M. (1961). Mythen, Träume und Mysterien. Salzburg: Otto Müller Verlag.
- Fitzthum, E. /Leitzinger-Mechtler, C. (1997). Einzellehrmusiktherapie. In Fitzthum, E., Oberegelsbacher, D.,Storz, D.(Hg.), Wiener Beiträge zur Musiktherapie. Wien: Edition Praesens.
- Jung, C.G. (1972). Bewußtes und Unbewußtes. Frankfurt a. Main: Fischer.
- Lèvi-Strauss, C. (1996). Mythos und Musik. In Lèvis-Strauss, C. Mythos und Bedeutung. Frankfurt am Main: edition suhrkamp. S. 57-67.
- Petzold, H. (2000). Mehrspektivität / Exzentrizität. In Stumm, G., Pritz, A. (Hg.), Wörterbuch der Psychotherapie. Wien/New York: Springer.
- Sieper, J. (2000). Kontext/Kontinuum. In Stumm, G., Pritz, A. (Hg.), Wörterbuch der Psychotherapie. Wien/New York: Springer.

HANS-HELMUT DECKER-VOIGT

MUSIKTHERAPIE UND GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN  
STATEMENTS AUS EINEM FIKTIVEN INTERVIEW

MUSIC THERAPY AND HEALTH SCIENCES  
STATEMENTS OF A FICTITIOUS INTERVIEW

In this fictitious interview music therapy is reflected between the different influences on which they are based. Very short, sometimes in a bit in a cartoon way, the influences of medicine, of psychoanalysis (depth psychology), of humanistic psychology and of learning theories (behaviorism) are described and seen in interdependent relationships. The modern development psychology of Daniel Stern is reflected as a new basic where the different influences and backgrounds can meet each other.

In diesem fiktiven Interview wird über Grundlagen und verschiedene Hintergründe gegenwärtiger Musiktherapie reflektiert. Dies mit einer geschichtlichen Komponente, wie z.B. die Musiktherapieströmungen sich als Weiterentwicklung oder als Gegenströmung zu Bestehendem entwickelten – hin zu einer möglicherweise integrierenden „Entwicklungspsychologie der Musik“ in Anlehnung an Daniel Stern. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf der Betrachtung der Beziehung von Musiktherapie und Schulmedizin als den beiden ältesten Heil-Künsten.

*Orchideenfach*

*Herr Prof. Decker-Voigt, Sie bezeichnen die Musiktherapie immer wieder als Orchideenfach zwischen Medizin, Psychotherapie und Sonderpädagogik. Tatsächlich steht die Musiktherapie mit all diesen Gesundheitswissenschaften in lebendiger Kommunikation. Um gleich mit dem dem ersten Bereich zu beginnen:*

*Welcher Mentalität begegnet Musiktherapie heute, wenn sie mit der Welt der Medizin in Kontakt kommt?*

Peter Petersen, emeritierter Gynäkologe, Psychosomatiker, Psychoanalytiker und Psychotherapeut der Medizinischen Hochschule Hannover, nennt drei Kriterien des medizinischen Profils von heute: den *Absolutheitsanspruch rationaler Logik*, die sich gegenwärtig zunehmend auf *Massenstatistik* stützt sowie das *Ideal der Objektivität*. Weitere Positionsmerkmale in der Medizin sind:

---

Quellen: Vortragsessay beim 2<sup>nd</sup> Congress of the World Council for Psychotherapy (WCP) Wien 1999 sowie beim 3. Musiktherapie-Jour fixe des Wiener Institutes für Musiktherapie, Wien, Juni 1999; persönliches Gespräch mit dem WIM am 24.5.2000 in Wien

1. Die schulmedizinische Diagnose basiert überwiegend auf den Kausalitäten direkter Zusammenhänge zwischen einem zunächst körperlich erscheinenden Symptom und einer dazugehörigen Leidensbefindlichkeit (Die Denk- und Handlungswelt des "Wenn - dann").
2. Solchermaßen symptomorientierte Kausal-Diagnosen erwachsen überwiegend aus der Perspektive des Behandlers für den Patienten, dasselbe gilt für die Konzeption der Therapien, die Emil Kobi auf mittelbare Therapien (Medikationen) bzw. funktionelle Therapien (organ-bzw. funktionsgerichtet) eingrenzt. Er fordert, daß einer objektivierbaren Krankheit mit objektiven Mitteln begegnet werden müsse.
3. Solchermaßen entstandene Therapie-Konzeptionen und ihre dazugehörigen Zeitrahmen zielen möglichst auf das Aus-Heilen, das „Aus für die Symptome“ ab, und gleichzeitig auf den möglichst kürzesten Zeitrahmen medizinisch-therapeutischer Behandlung, auf minimale Rückfallquoten und maximale Lebenserwartung entsprechender Lebensqualität.

## *Medizin*

*Das ist ein sehr hoher Anspruch, der auch auf die Musiktherapie zunehmend einwirkt. Nehmen wir ein kleines Beispiel: die psychodynamische Musiktherapie behandelt einen auftretenden Rhythmus vorwiegend im Hinblick auf seine Bedeutung und im Hinblick auf seine kommunikative Komponente.*

*Was kann vergleichsweise die Medizin daran interessieren?*

Stellen Sie sich vor, ein Patient improvisiert an seinem Instrument den berüchtigt-berühmten Vierer-Rhythmus, der auf der Drei unterteilt wird:

X - X - xx - X

Was den Mediziner jetzt an diesem Rhythmus interessiert: Wie sind die vegetativen Körperantworten des Patienten auf diesen Rhythmus, diese Musik, die der Patient improvisiert oder von einer CD als Grundrhythmus bevorzugt?

Bewirken die musikalischen Parameter den vom Arzt erwarteten Zustand von Physis und Psyche und Emotio - etwa als anxiolytischen, also angstmindernden Faktor vor einer Operation?



Musik in der Medizin steht überwiegend in der Tradition des Kausalitätsprinzips "Wenn diese Musik - dann jene erhoffte Wirkung und Auswirkung auf den Gesamthaushalt des Patienten".

Musik in der Medizin wird gegenwärtig durch die Medien und seitens der Medien manchmal mit einem unglücklichen Bild vermittelt. Es ist das Bild des Wettbewerbs, der mit Musik erfolgreicher sein will, und welches auch unter "Musiktherapie" subsumiert wird. Musikmediziner wie Ralph Spintge (Institut für Musiktherapie der Musikhochschule Hamburg und Sportkrankenhaus Lüdenscheidt) hingegen arbeiten an klaren Definitionen der Musikmedizin, MusikMedizin, Musik in der Medizin (vgl. Spintge und Droh, 1992).

Nicht erst den bisherigen beiden Gesundheitsstrukturreformen erwachsen die manchmal in den Medien sportiv wirkenden Wettbewerbe: "Deutschlands berühmteste 30 Kardiologen"(Focus), "Die 50 besten Kliniken"(Spiegel-special), "Wo Sie am schnellsten gesund werden..."(Stern) usw.

Musiktherapie wird dabei (leider) mitvermarktet im Sinne von "Dr. Mozart bitte in den OP - dann geht alles schneller, besser, ohne Nebenwirkungen..." (BUNTE).

*Damit berühren Sie den kritischen Punkt der „musikalischen Pharmakologie“, die ja – im Gegensatz zu den gewissenhaften Forschungen Spintges - auf oft fragwürdige Weise Anwendung findet.*

TV-Ärztserien sind in den letzten acht Jahren um ca. 35 % im Programmgesamt der ARD und in den Privatsenderketten erweitert worden - mit ihrem Anteil an melodramatischer Interaktion zwischen fürsorgenden und mehr verliebt gezeigten, als liebenden Ärzten gegenüber ihrer Patienten-Klientel. Derlei Serienerfolge sind wohl auch kompensatorischer Ausdruck einer sehr viel tieferen Sehnsucht in der Beziehung zwischen Behandlern und Behandelten.

Auf dem Deutschen Hausärztag in Bremen vor drei Jahren hörte ich nach meiner Präsentation der Musiktherapien bei Fragen im Plenum und bis auf die Toiletten hin immer wieder die Hoffnung heraus: Ließe sich nicht mit der Einbeziehung von Musik in die Medizin eben diese kollektive Insuffizienz in der Arzt-Patient-Beziehung neu qualifizieren?

Aufgabe wird sein, hier falsche Hoffnungen von Medizinern in Musik - vom Wunsch als Vater des Gedankens auch Musiktherapie genannt - behutsam umzusteuern in das, was Musiktherapie im Verständnis der sechs staatlichen

akademischen sowie der fünf größeren privaten Ausbildungsstätten für MusiktherapeuInnen meint und ist: Ein selbständiger Heilberuf. Dessen Verfahren können sehr wohl Adjuvans für die Medizinische Therapie sein, aber sie können nicht possessiv integriert werden, weil die Psychodynamik des Menschen, wenn er Musik begegnet, keiner einzigen Kausalität folgt.

### *Psychotherapie und Psychoanalyse*

*Wir verstehen die Musiktherapie heute ja im Sinne der Psychotherapie und hier scheint es – wenn wir uns in der musiktherapeutischen Welt umschauen – Kompatibilitäten bzw. Nahverhältnisse und Verwandtschaften mit allen psychotherapeutischen Grundorientierungen und Schulen zu geben. Beginnen wir chronologisch, also mit der Psychoanalyse:*

*Wie sehen Sie persönlich den Zusammenhang von Musiktherapie und Psychoanalyse?*

Vor 100 Jahren setzte zu der naturwissenschaftlichen Kausalität der Schulmedizin entsprechend eine Gegenströmung ein: die Tiefenpsychologie mit der Psychoanalyse - eine Gegenbewegung zur Schulmedizin nicht nur und nicht erst in der Freudschen Ära.

Geboren aus der deutlich überwiegenden Orientierung der Schulmedizin am Somatischen, orientierte sie sich nun an der Dynamik des Seelischen, am psychisch-emotionalen Erleben des Patienten, und lenkte die bisherige Perspektive nun um auf seh-, fühl- und erzählbare Symptome: auf die Phänomene bei Rezeption und Ausdruck des Menschen und seiner Auswirkung auf die soziale Umgebung, die - wie er selbst - weitestgehend mehr unbewußt als bewußt gesteuert sind.

Weitere Grundannahmen damals und heute: Nicht nur die Erkrankungen unserer Psyche, unseres emotionalen Haushalts und unseres Gemüts leiten sich aus Unbewältigtem, Unerledigtem, Verdrängtem und Abgespaltenem in diesem Unbewußten ab.

Die sich bald nach den Anfängen der klassischen Psychoanalyse etablierenden Lehrmeinungen, daß tiefenpsychologische Konzepte nicht nur für die aus psychischen Kränkungen heraus entstandenen Krankheiten nutzbar seien, sondern für ein weites Feld bisher somatisch betrachteter und behandelter Krankheiten,

führte zur bis heute gültigen Sichtweise u.a. der Heidelberger Schule um Viktor von Weizsäcker: *Körperliche Symptome nehmen in bestimmten Erkrankungszusammenhängen Stellvertretung für Seelisches ein.*

Dies geschieht meist wenn das psychische Energiepotential des Menschen über seine individuelle Belastbarkeitsgrenze hinaus strapaziert wird, dies geschieht wenn zeitgestreckt oder plötzlich eine Kränkung wirkt, die zur Krankheit wird, zur seelischen Verletztheit, zu einem Trauma.

Auch heute noch gilt für den mir bekannten größeren Teil der psychoanalytisch geprägten Schulen das "Erinnern-Wiederholen-Durcharbeiten" als Formel, welche – jedenfalls bei Freud - keineswegs an ausschließlich erkrankte Menschen adressiert war.

Aber etwas Patriarchales nahm die frühe Psychoanalyse trotz und wegen ihres Gegenströmungscharakters zur Schulmedizin aus eben dieser Schulmedizin mit: die Abhängigkeit des Patienten von der Autorität des Behandlers. Die von einem Tobias Brocher oder Eugen Drewermann oder Brunnert oder Mitscherlich reich dokumentierte Fallbeispiel-Arbeit zeigt die Diagnose und Therapiekonzeption entweder gänzlich oder überwiegend beim Arzt, beim Analytiker. Der Patient folgte eher der ärztlich-psychoanalytischen Kompetenz, als der Arzt dem Patienten, wie es später in der humanistischen Psychologie dann eine Forderung wurde.

Dennoch: Bei allen Erschwernissen durch beibehaltene Einseitigkeit, denen die Tiefenpsychologie durch Spiegeleffektbildungen ausgesetzt war, setzte sie eines wieder durch, was der Medizin in ihrer mentalen und zunehmend apparativen Perfektionierung abhanden gekommen war: die Beziehung.

Sie - die Beziehung - zeigte sich jetzt, vor hundert Jahren, im zunächst eng verstandenen Kleid der Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung und aus den ihnen erwachsenden Assoziationsmaterialien sowie Deutungsangeboten unter der Obhut der Abstinenzregel. Auf der Ebene des Prozesses können die seelischen Wendungen Veränderungen in sich bergen, welche heilsam sind.

Das zentrale Medium, welches der Beziehung zwischen Analytiker und Analysand/Patient diente, war das Wort. Zum ersten Mal wurde systematisch das bisherige Handwerkszeug der Schulmedizin ausgetauscht: von der Zahnreißstange angefangen, auf den Bildern eines Pieter Brueghel zu fürchten, über die Virtuosität der klug geführten Feinmechanik chirurgischen Bestecks - zu bewundern in jedem Feature über Herzoperationen - bis zu den nicht mehr zählbaren pharmakologisch

begründeten Therapiekonzepten. Ausgetauscht wurde es durch *Beziehung* und das sie pflegende und verlebendigende Medium des gesprochenen Wortes.

Dieses Wort – ob nun in der Schilderung der Assoziationen durch den Patienten oder in den Deutungsangeboten des Analytikers - es geriet durch die Psychoanalyse und deren Arbeit mit Symbolen in eine Be-Deutung, die ihm vorher nur aus der Verdichtung von gesprochener Sprache zu Dichtung zuwuchs.

Bedenken wir noch einmal das bereits erwähnte Rhythmus-Beispiel vor dem Hintergrund der Psychoanalyse:

Spielen wir denselben Rhythmus, zur Abwandlung einmal auf der Zwei unterteilend:  
X - xx - X - X...

Improvisiert ein Patient diesen Rhythmus, dann wird er im psychoanalytisch orientierten Setting gefragt werden, wofür dieser Rhythmus wohl stehe - was er bedeute - heute, damals, früher - und mit dem Erinnern des Patienten wird geforscht, wieweit es sein eigener Rhythmus wohl ist? Oder ob es ein aufgezwungener, zwangssozialisierender Rhythmus ist, der den eigenen Lebensrhythmus überlagert?

### *Humanistische Psychologie*

*Bewegen wir uns weiter zur humanistischen Psychologie. Wie wir wissen, stehen Sie ihr besonders nahe.*

*Wie verstehen Sie denn deren Verhältnis zur Musiktherapie?*

Ich sehe das Fach, das mich am meisten prägte, aus heutiger Sicht ebenfalls erwachsen aus u.a. auch einem Motiv der Abgrenzung, der Gegenströmung von etwas: Gegenströmung zur Psychoanalyse, deren Abhängigkeit von der Deutungswelt, ihrer einseitigen Akzentuierung des Psychisch-Emotionalen und ausgrenzend die dazugehörige Körperlichkeit.

Positionen der humanistischen Psychologie und der von ihr geprägten Musiktherapie sind:

1. Selbstfindung wird betont als Lebensziel. Methoden mit diesen Zielbegriffen wurden entwickelt.

Erinnern wir uns an die Inflation der Begriffe in den 70ern? Selbsta Ausdruck, Selbstverwirklichung, Selbstdarstellung - unter dem Rahmenziel der Selbst-Findung, abgestimmt mit den Zielen der sozialen Kohäsion und dem Respekt davor, daß

jeder andere Mensch sich auch suchen und finden müsse. Autoritäten wurden in sich und nicht außerhalb gesucht. Das in den 70ern von Ruth Cohn für spezielle Settings in Pädagogik und Therapie proklamierte Postulat des "Be your own chairman" wurde begeistert und längst vor R. Cohn durch die Väter und Mütter der Gestalttherapie (F. Perls, C. Rogers) inflationär in andere Gesellschaftsbereiche getragen. Die Klimatologie der Musiktherapie in humanistischen Therapie-Kontexten entwickelte Formeln wie "Be the artist of yourself" oder "Your life is your art" - Denk- und Handlungsebenen, die die Annäherung an die Künste, später manche Integrierung derselben "diaphanieren" ließ, um mit Jean Gebser zu sprechen.

2. Entsprechend wandelte sich die Beziehung im therapeutischen Setting, in dem nun die Diagnose mindestens "mit dem Patienten zusammen" erfolgte, gewarnt von den zahlreichen Schreckensgeschichten waggonweise falsch diagnostizierter und behandelter Patienten aus dem psychiatrischen und psychosomatischen Krankheitsfeld.

Wir haben heute Richtungen in der humanistischen Psychologie, die die Wichtigkeit der Fremdwahrnehmung der TherapeutInnen soweit herunterschrauben, daß "der Patient die Diagnose" mache.

Der Abbau der Fremdautoritäten und die Akzentuierung der Selbstverwirklichung griffen in die familialen, religiös-spirituellen und in alle weiteren Bereiche des bisherigen Netzwerkes ein, in dem man bisher aufgewachsen war. Die Humanistische Psychologie spülte - wie alle anderen Strömungen mit starken Grundstromgeschwindigkeiten - auch manche Sicherheiten dieses Netzwerkes zu schnell mit dem „Badewasser patriarchaler Behandlungssysteme“ weg.

Wir hatten deshalb in dieser Zeit auch Opfer zu beklagen: Opfer zu gewagter Experimente mit dieser neu erworbenen Freiheit, in der nicht jedes Therapeuten oder Klienten Kraft ausreichte, dem zu riesigen Entscheidungsraum seine Struktur zu geben: Was ändere ich wie und wo und wann mit wem am besten, um es mir am besten sein zu lassen?

Der Boom jener Therapien, die der jungen Tradition humanistischer Psychologie folgten oder zu folgen vorgaben, kreierte therapeutische Beziehungswelten, die in den letzten communities eines Perls oder Rogers oder auch im Hamburg der Tausch & Tausch-Zirkel anzutreffen waren. Einerseits.

Andererseits blühten auf der Achse zwischen Tiefenpsychologie und aus ihr gewachsener humanistischer Psychologie die alten Panzerknacker-Methoden in den

Therapien unter neuen Deckmänteln auf - und es gingen viele in der "Mutter Gruppe" auf, um darin unterzugehen.

Heute lichtet sich der Nebel und wir finden auf dieser Achse klare Profile der endlich entwickelten Körpertherapien, der systemischen Therapien, der morphologischen Psychologie usw.

Soviel zum Wandel der Autoritäten.

Und um beim Rhythmus-Beispiel zu bleiben: Stellen wir uns wieder den lieben, guten, alten X X xx X oder einen x-beliebigen anderen Rhythmus vor, der die Improvisation oder das Musikhören eines Patienten dominiert.

Ein Patient, der in der Musiktherapie einer humanistisch-psychologisch geprägten Therapeutin diesen Rhythmus spielt oder bevorzugt hört, wird mit Hilfe der therapeutischen Begleitung an die Frage herangeführt: Wie geht es ihm jetzt mit diesem Rhythmus, was sagt er ihm - jetzt - wofür steht er - jetzt? Für welchen Freiheitswunsch? Für welches seelische Gefängnis...Der Patient macht den Rhythmus, die Diagnose und seine Therapiekonzepte - im Wesentlichen - selbst.

Dennoch - den amerikanischen KollegInnen (in der humanistischen Tradition kultivierte sich jetzt auch die weibliche Form als gleich- und in Therapieberufen auch als höherwertig) - den KollegInnen drüben also, dauerten auch diese Denk- und vor allem Handlungswelten humanistisch psychologisch begründeter Therapien und damit auch Musiktherapien zu lange. Es entwickelte sich in den USA eine der bis heute weitverbreitetsten Formen - auch in der Musiktherapie - vor einem neuen-alten Hintergrund, der ... Zeit sparte!

### *Behaviorismus*

*Sie haben die Entwicklung des Behaviorismus, der Lerntheorien in den USA angesprochen, wo diese, im Gegensatz zu Europa, heute den häufigsten Theorie-Hintergrund darstellen.*

*Wie sehen Sie deren Impulse für die Musiktherapie?*

Um im Denkmodell von Strömung und Gegenströmung, von Merkmalen und Gegenmerkmalen und ihren wechselseitigen Prägungen zu bleiben: Die aus dem Behaviorismus entstandenen Therapiewelten, die Verhaltenstherapien, sind die gegenwärtig verbreitetsten - "krankenkassenabrechnungstechnisch" gesehen.

Ein kurzes Dreierlei:

1. Diese Therapiewelt könnte auch als eine neuerliche Annäherung an ein Kausalitätsdenken gesehen werden. Die und die Symptome mit einer durch ärztliche Klärung abgesicherten Diagnose ziehen bestimmte Therapieschritte nach sich, die teilweise übende, einübende, trainerische Merkmale aufweisen. Bestimmte Krankheitsbilder - auch aus dem neurotischen Formenkreis, sofern sie nicht in den Bereich der Frühstörungen fallen, die überwiegend der Langzeittherapien bedürfen - sind z.T. besser bei der Verhaltenstherapie aufgehoben als in einer Tiefenpsychologie. Das "Wenn-dann" hat sich in der Diagnostik gegenwärtiger Verhaltenstherapien abgeschwächt, aber es war ihr Anfang... eben aus der Lerntheorie geboren.

2. Verhaltenstherapien bedienen sich überschaubarster Zeitrahmen: Der Patient arbeitet in seinem Hier und Jetzt, weniger denn je im Vergangenheitsraum, und begleitet seine eigenen therapeutischen Erfolge, sieht, überprüft sie. Die Arbeit an der Gestalt des Vordergrundes hat Vorrang vor deren Hintergrund (im Sinne von Vergangenheit).

Verhaltenstherapien und ihre Musiktherapien sind am ehesten einzuordnen in den Kanon der Gesundheitsberufe und in den stationären bzw. rehabilitativen und ambulanten Folgebereich sowie in die sonder- und heilpädagogischen Bereiche mit therapeutischer Orientierung. Kein Wunder, daß Verhaltenstherapien von jeher nicht nur von der Majorität der amerikanischen Psychologen-Kollegen im Repertoire-Rucksack mitgeschleppt werden, sondern auch von uns hier in dieser "gesundheitsstrukturreformierten Krankheit der Gesundheit und des Gesundheitswesens".

Die TherapeutInnen besitzen eine Rollenstruktur, aus der der Patient möglichst rasches Lindern seiner Pein erwarten darf. Die Beziehung und das "Dritte" in ihr, wie z.B. das Wachsen der Bedeutung des Wortes aus dem Erleben und Fühlen heraus ist natürlich in jeder Verhaltenstherapie und verhaltenstherapeutischen Musiktherapie möglich, aber dann geht es eher auf eine persönliche Variable der TherapeutInnenpersönlichkeit zurück.

Das zugehörige Rhythmus-Beispiel:

Da ist er wieder: Unser Patient mit (s)einem Rhythmus: X-X-xx-X.

In einem eher verhaltenstherapeutisch orientierten Setting mit übender Komponente oder in einem Bereich einer Sonderschule mit geistig behinderten Personen könnte z.B. damit Konzentrationsvermögen trainiert werden: "Wir zeichnen solange Kreise mit dem Finger in die Luft wie wir die Musik hören"... Es sind Spiele mit Musik, die etwas Bestimmtes avisieren, eine Beeinträchtigung

vermindern, eine Fähigkeit erweitern sollen. Auch dieser Bereich fällt unter "Musiktherapie".

### *Ein gemeinsamer Nenner*

*Herr Prof. Decker-Voigt, in all den Modellen, wo Musiktherapie sich nicht als Methode einer einzigen psychotherapeutischen Grundorientierung ausweist, stellt sich unweigerlich die Frage nach einem differentiellen Konzept: Ein solches bleibt nicht beim Eklektizismus stehen, sondern leistet eine kognitiv-psychologische Umformung hin zu einer systematischen Theorie. Ein angeregter Austausch dazu fand beispielsweise beim 4. Europäischen Musiktherapie-Kongress in Leuven/Belgien unter dem Titel „Wiener Melange“ statt.*

*Wie sehen Sie persönlich eine Verbindung innerhalb dieser psychotherapeutischen Grundorientierungen als gemeinsame theoretische Grundlage für die Musiktherapie?*

Eine mögliche Mitte könnte sein: die Musiktherapie auf der Verständnisgrundlage der neuen Entwicklungspsychologie zu sehen.

Musikhören und -gestalten ist eine inzwischen von Daniel Stern und seinen Forscher-Frauen und -männern und Diadochen, zu denen ich mich zähle, entwicklungspsychologisch eindrucksvoll bewiesene Nahrung für die Individualität und Identität des einzelnen Menschen ebenso wie für seine sozialen Erfahrungen in Paaren, Kleingruppen, Subgruppen und Großgruppen.

Diese Bedeutung der Musik für die Entwicklung des Menschen ist nicht neu, nur ist sie durch die Forschungen der neuen Entwicklungspsychologie inzwischen bewiesen.

In den 70er Jahren bereits sagte Rudolf Burkhardt, Arzt mit Kunst- und Musiktherapieaffinität: Die nonverbalen Methoden werden zunehmend intentional eingesetzt, weil die neurotischen Konflikte, die den psychosomatischen Störungen zugrunde liegen, in den Tiefenschichten der Persönlichkeit verankert sind, und dieser unbewußt-affektive Bereich nonverbal leichter erreichbar und anzustoßen ist als mit verbalen Mitteln.



Oder kürzer und prosaischer mit James Hillman:

Die verbalen Psychotherapien sind ausgelutscht und bestenfalls ein Toastbrot, das drei Tage an der Luft lag. (Hillman sprach ausdrücklich von amerikanischem Weißbrot). Und weiter: Der Mensch (Patient) braucht die Kunst, die Künste in seiner Therapie.

Inzwischen wissen wir durch die analytische Entwicklungspsychologie Genaueres darüber, warum die nonverbalen Medien besonders heilsame An-Stöße geben können: Die Erfahrungsstufen des Säuglings in der Entwicklung vom auftauchenden Selbst zum verbalen Selbst und synchron im Bereich seiner Bezogenheit zur Mutter und anderen Bezugspersonen, bedeuten das Erlernen von Kompetenzen und Ausprägen erster Potentiale im auditiven, elementar-musikalischen Bereich.

Gelernt werden diese frühen eindrucksvollen Kompetenzen und Potentiale, die wir bereits mit in diese Welt aus der des Uterus bringen, über weitestgehend mediale Ebenen des Fühlens, Hörens, Bewegens, Sehens, Lautlallens, Singens, aktiv wie rezeptiv. Unsere lebenslange Dialogfähigkeit mit uns selbst und anderen wird im Uterus und in früher Kindheit im prä- und elementar musikalischen Ein- und Ausdruck disponiert und diese Disposition ist Basis für sämtliche verbalen und nonverbalen Kompetenzen des gesamten weiteren Lebens bis es uns verläßt.

Die Beweisführungen durch die Direktbeobachtungen u.a. des Arztes und Neurologen, Analytikers und Entwicklungspsychologen Daniel Stern sind für Medizin wie Tiefenpsychologie wie humanistische Psychologie, für Verhaltenstherapie und Erziehungswissenschaft ein neuer möglicher Konsens.

Wir könnten uns alle in der Entdeckung der Wirkung von Musik treffen: Sie transportiert und reaktiviert in uns eine Ressource, die wir uns alle vorstellen können wenn wir an die bekannte dialogische Arie von Papagena und Papageno denken und diese in Verbindung bringen mit dem frühen Dialog zwischen Mutter und Säugling.

## **Literatur**

Buber, M. (1992; 1962). Das dialogische Prinzip. Heidelberg: Lambert-Schneider-Verlag.

- Burckhardt, R. (1991). Persönliche Mitteilungen im Rahmen eines Expertengesprächs in der Hochschule für Musik und Theater Hamburg, Mai 1991.
- Danis, J. (1985). Zur Sprache in der Psychotherapie. München: Edition Psychosymbolik.
- Decker-Voigt, H.-H. (1999). Mit Musik ins Leben. Klänge in Schwangerschaft und früher Kindheit. Kreuzlingen, München: Ariston Verlag.
- derselbe, (2000). Aus der Seele gespielt. Eine Einführung in Musiktherapie, Neuausgabe München: Mosaik bei Goldmann.
- Gebser, J. (1986). Ursprung und Gegenwart. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Greiner, U. (1998). Ethische Aspekte zur Klonierungsmöglichkeit. Hamburg: Zeit-Verlag.
- Hartwig, S. (1998) Medizinische Sicherheitstechnologie. Berlin: Springer Verlag.
- Kobi, E. (1978). Therapie aus heilpädagogischer Sicht. Vierteljahresschrift für Heilpädagogik.
- Petersen, P. (1998). Retortenbefruchtung und Verantwortung. Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Petersen, P. (1994). Der Therapeut als Künstler. Paderborn: Junfermann.
- Spintge, R., Droh, R. (1992). Musik-Medizin, Physiologische Grundlagen und praktische Anwendungen. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Stern, D. (1992). Die Lebenserfahrungen des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Storz, D., Oberegelsbacher, D., Fitzthum, E. (1999). „Wiener Melange“. Basic Music Therapeutical Understanding with various Psychotherapeutical Backgrounds in Practice and in Teaching. In: Aldridge, D. (Ed.) info CD Rom II. Witten/Herdecke: Institute for Music Therapy, University Witten/Herdecke.

PETER GATHMANN

**”LEARNING BY DOING”: EINE PSYCHOSOMATISCHE  
STATION ALS MUSIKTHERAPEUTISCHES LERNFELD**

**TRAINING AND ‘LEARNING-BY-DOING’ IN MUSIC  
THERAPY IN A PSYCHOSOMATIC DEPARTMENT**

Whereas medicine uses bed-side-teaching as a curricular training method, nothing similar is offered in acquiring a certain therapeutical competence. In teaching music therapy, the psychosomatic department’s training programme (Vienna’s Psychiatric University Clinic) functions since 1977 on a basis of a supervised ‘learning by doing’. Both - learning and doing - are highly encouraged by an interdisciplinary team, especially when it comes to individual commitment and assuming responsibility. This complex interactional setting of professionals with diverse scientific outlooks and the common aim of developing better therapeutic techniques and personalities is proposed as a teaching model.

Während in der Medizin das Bed-side-teaching eine curriculäre Ausbildungsmethode ist, fehlt Ähnliches im Erwerb psychologischer Kompetenz. Nicht so für die Studierenden<sup>1</sup> des Kurzstudiums Musiktherapie Wien während ihres Praktikums an der Psychosomatischen Station (Allgemeines Krankenhaus, Psychiatrische Univ. Klinik Wien). Im interdisziplinären Team erfahren die musiktherapeutischen Kandidaten seit nunmehr 24 Jahren ein ‘learning by doing’. Dies geschieht unter komplexer Interaktion und Supervision sehr verschieden ausgerichteter ‘professioneller Helfer’. Das gemeinsame Ziel des Ausbildungsmodells ist rundere Therapeutenpersönlichkeiten mit wirksameren Techniken zu entwickeln.

**Vorwort**

1955 gründeten Professor Hoff an der Universitätsklinik für Neurologie und Psychiatrie in Wien und sein Assistent Erwin Ringel eine 16-Bettenabteilung, die der Versorgung psychosomatisch Erkrankter sowie der Lehre und Forschung gewidmet wurde. Ringel teilte Hoff’s ideologische Universalität und so wurde die Psychosomatische Abteilung konzeptuell tiefenpsychologisch angelegt und gleichzeitig von Anfang an als eine diskursive Agora der verschiedensten Disziplinen und ihrer Vertreter geführt. So war es für den leidenschaftlichen Musikliebhaber Ringel naheliegend, sehr bald zu erwägen, in welcher Weise Musik

---

Überarbeiteter Vortrag beim 2<sup>nd</sup> World Congress of the World Council for Psychotherapy – Subsymposion Music Therapy, Juli 1999, Wien

<sup>1</sup> Musiktherapeuten, Kandidaten, Patienten etc. sind im Text feminin und maskulin zu lesen

zur Bewältigung der Konflikte und Störungen seiner „durch die Seele körperlich krank gewordener“ Patienten eingesetzt werden könne.

Zu dieser Zeit formierten sich in Wien jene ersten musiktherapeutischen Aktivitäten, die in der Folge 1959 auch die Ausbildung an der damaligen Akademie für Musik und Darstellende Kunst in Wien zu der sehr bald international rezipierten Wiener Schule für Musiktherapie strukturierten (Halmer-Stein, Schmözl, Oberegelsbacher, Gathmann 1993; Oberegelsbacher, 1992).

Das didaktische Problem mit dem sich diese älteste staatlich/offizielle europäische Musiktherapie-Ausbildungsstätte von Anfang an konfrontiert sah, war ein solches, dem Musiktherapeuten theoretisches Basiswissen und Handlungskompetenz zu vermitteln, auf daß er in praxi so vielfältig „sattelfest“ würde, wie auch die Anwendungen der Musiktherapie es fordern. Diese Anwendungen ergaben sich aus dem ebenfalls von Anfang an sehr vielfältigen Einsatz von Musiktherapie in Psychiatrie, Neurologie, Kinder- und Jugendneuropsychiatrie, Gerontologie, Psychosomatik, Sonder und Heilpädagogik u.v.m.

So sah die Ausbildung des zukünftigen Musiktherapeuten der Wiener Schule einen lernenden Durchlauf durch all diese spezifischen Bereiche des Gesundheitswesens vor. Wenn ich ausschnitthaft den Bereich der Psychosomatik, einer Station für Klinische Psychotherapie, Konsultation und Liaison, (deren Abteilung im Wiener Allgemeinen Krankenhaus ich als oberärztlicher Leiter seit 1977 vorstehe) dafür wähle, kommt zur medizinischen Didaktik auch die Problematik der Vermittlung psychotherapeutischer Kompetenz.

Für den Musiktherapiekandidaten ergab sich beim Praktikum in der Psychosomatischen Abteilung eine, was die Vermittlung musiktherapeutischer Handlungskompetenz auf der Basis solider Theorie betrifft, besonders privilegierte Situation:

1. die ständige Präsenz und Verfügbarkeit psychiatrisch-neurologisch-psychotherapeutisch-psychosomatischer Hauptvorlesungen,
2. eine lange oberärztliche Leitungs- und Konzept-Kontinuität (E. Ringel und I. Cermak ab 1956, Cermak und W. Biebl ab 1970, P. Gathmann ab 1977) und Stationsautonomie
3. eine für die zukünftige Praxis des Musiktherapeuten nahezu modellhafte interdisziplinäre Teamkooperation mit Ärzten aller Spezialitäten, Psychotherapeuten aller Couleurs, Schwestern und Pfleger, Physiko- und Ergotherapeuten, Sozialarbeitern, Theologen u.v.a.m. (Gathmann, 1999a;b).

Diese Interdisziplinarität, andernorts lange Zeit ein theoretisches und im Alltag kaum verwirklichtes Postulat, erfuhr an der Psychosomatischen Abteilung Handlungsalltäglichkeit. Die Beschreibung musiktherapeutischer Didaktik in der

Psychosomatischen Abteilung spiegelt auch die Entwicklung insbesondere klinischen musiktherapeutischen Anspruchs und Selbstverständnisses wider. Dies gilt sowohl allgemein, als auch speziell für unsere Station. Die folgenden Jahresangaben ermöglichen grob eine Gliederung in drei Phasen:

### **Erste Phase der Musiktherapie, 1956-1966:**

#### **Musikheilkunde als exotisches Experiment im Aufbruch**

Als sich therapeutische Musikerziehung bzw. pädagogische Musiktherapie auf z.B. heilpädagogischem Terrain etablierte, verstanden sich mehr und mehr Pädagogen und Musiker als Musiktherapeuten. Dabei galt ihr Forschungsinteresse nur Ausschnitten der Musiktherapie, wie etwa dem der Musik als Kommunikations- und Interaktionsmedium; oder Musik als Medium zur Förderung von Aufnahmefähigkeit und Kreativität. In dieser vor-psychotherapeutischen Phase und bei wachsendem Musiktherapeutenbedarf arbeiteten vieler dieser im psychotherapeutischen Sinne, ohne allerdings dazu eine klinische Ausbildung genossen zu haben. In der dabei nicht deklarierten Identität von Musikern, oder der noch weniger deklarierten der Pädagogen, arbeiteten vielfach durchwegs charismatische Persönlichkeiten eben mehr aus einem ihren Grundberufen entsprechenden Menschenbild heraus, als aufgrund der Orientierung an spezieller Kenntnis neurotischer, psychotischer oder psychosomatischer Erkrankungen und deren Dynamik. Dieses Manko zu überwinden sollte der nächsten Periode obliegen.

### **Zweite Phase der Musiktherapie, 1967-1976:**

#### **Musiktherapie als paramedizinische Heilhilfsmethode**

Die Nennung der Averbalität kennzeichnet noch das Primat des Sprachlichen, die Betonung, aber auch die Einengung darauf – ein Freud'sches Erbe in der Psychotherapie (auch) der psychosomatischen Erkrankungen. Allein war dem psychosomatisch tätigen Psychotherapeuten (der sein Tun mehr an der Realität und an den Bedürfnissen seiner Patienten, als an der sehr sprachbezogenen Sozialisation durch die eigene Lehranalyse orientierte) die Begrenztheit, ja Hinfälligkeit des Wortes als Träger korrigierender therapeutischer Interaktionen sehr bald klar: umso mehr, als ab den frühen 60iger Jahren die Eigenart der psychosomatischen Patienten beschrieben wurde. Sie reichte von mangelnder Innenschaufähigkeit über konkretistisch-hölzernen Ausdruck bis hin zur Verkargung von Phantasietätigkeit und von Gefühlswahrnehmung und -widergabe (Alexithymie).

Forderte diese Diskussion einen Paradigmenwechsel für den hauptsächlich verbal geschulten psychosomatischen Psychotherapeuten, so fand sich der Musiktherapeut Alfred Schmözl (vgl. 1973) von allem Anfang an bei diesen Patienten sozusagen „in seinem Element“. Unvergessen bleibt, daß er einmal eine schwerst anorektische und bereits in Lebensgefahr schwebende Patientin, die von den anderen aufgegeben war, mit seiner musiktherapeutischen Zuwendung wieder auf die Seite des Lebens gebracht hat. So begrüßte ich Schmözl, Pionier der Wiener Musiktherapieschule, langjährigen Leiter des Musiktherapielehrganges und des Praktikums an der Psychosomatischen Abteilung nach einer musiktherapeutischen Gruppentherapie mit den Worten: „Das Wort ist tot, lang lebe die Musik“. Nicht, daß diese ganz besondere Eignung der Musiktherapie in der Psychosomatik das Selbstgefühl der Kandidaten erhöht hätte: obwohl die Wiener Absolventen gute und baldige, hochakzeptierte Verwendung sowohl in Österreich, wie im europäischen, ja internationalen Raum fanden, bestanden noch eine Identitätskluft und Wertgefälle zwischen der Musiktherapie und der Psychotherapie, dem Musiktherapeuten und den Ärzten, bzw. Psychotherapeuten.

Bezüglich Verwendungsprofil und Arbeitsrealität des Musiktherapeuten müssen bei der Vermittlung musiktherapeutischer Handlungskompetenz folgende Fakten berücksichtigt werden:

Musiktherapeuten erfahren (und in Wien sicher nicht nur) an der Psychosomatischen Station ein „learning by doing“ (Scheytt, 1986). Auf unserer Station ist dieses Prinzip eines supervidierten „handelnd-Lernen“ eine Grundmaxime. Eben nur die Tatsache einer konstanten Supervision und Teamunterstützung durch die anderen therapierenden Kollegen verhindert das naheliegende Gefühl des Überfordertseins beim Musiktherapeutenkandidaten. Hier beginnt aber auch die Identifikationsproblematik des werdenden Musiktherapeuten: Wo fängt an, wo endet, was ist Musiktherapie? Dazu der Versuch einer Definition nach Gathmann und Schmözl (1991):

„Musiktherapie ist eine klinisch-medizinische Behandlungsform, die ihrem Wesen nach dem Bereich der Psychotherapie zuzuordnen ist. Unter dem Sammelbegriff „Musiktherapie“ werden unterschiedliche Methoden erfasst, deren Gemeinsamkeit der gezielte Einsatz musikalischer Mittel zur Behandlung von Patienten ist. Wegen des starken Ansprechens der Gefühle auf das Medium Musik (leib-seelische Simultan-wirkung), lassen sich mit der Musiktherapie emotionale Prozesse auslösen und aktivieren. Dies hat beim einzelnen eine Regulierung psychovegetativ bedingter Fehlsteuerungen (z. B. Spannungszustände, psychosomatische Organstörungen mit oder ohne Gewebsschädigungen), sowie einen Abbau neurosebedingter Erlebniseinschränkungen zur Folge. Aus dieser

verbesserten Selbstwahrnehmung und Innenschau (Introspektion) heraus vermag der einzelne dann auch in der Beziehung zu anderen (Interaktion) seine Blockaden – zunächst auf einer non-verbalen Ebene – zu beheben und allmählich seine Defizite und blinden Flecken auszugleichen.“ (S. 262 ff.)

Wegen der Simultaneität dieser Erlebnisse bei Patienten *und* Therapeuten forderte ich im folgenden Übergang von der zweiten zur dritten Phase von der Lehrgangslitung für die Kandidaten die Einführung einer Selbsterfahrungsgruppe mit musiktherapeutischen Mitteln.

### **Übergang zur dritten Phase der Musiktherapie, 1977 – 1992: Musiktherapie als emotionales, sozial-kommunikatives Erfahrungsfeld im psychotherapeutischen Setting**

Mit dem Beginn dieser Phase setzte auch die prinzipielle Diskussion hinsichtlich einer Selbsterfahrungsgruppe ein, zu deren Einrichtung es 1980 dann auch kam. Für unsere psychosomatischen Patienten erweist sich Musiktherapie als kreatives, emotionales, sozial-kommunikatives Übungs- und Erfahrungsfeld, und in diesem erfährt sich der Lernende im *learning by doing* (Gathmann, 1990; Oberegelsbacher 1992; und Schmölz, 1983a, 1983b). „In einem mehr oder weniger offenen Handlungsraum wird mit Hilfe eines eingeschränkten und leicht überschaubaren musikalischen Materials und einfach handzuhabender Instrumente (Orff-Instrumentarium, diverse Schlaginstrumente, Leier, Ektara, Streichspalter, pentatonische Flöten etc.), sowie der freien Instrumentalimprovisation zunächst ”eine der größten Ängste, die Angst vor dem Falschmachen“ (Jacoby 1980), genommen.

Die Fixierung der Aufmerksamkeit auf das musikalische Produkt wird damit gelockert und der Perfektionismus, sowie die Leistungsorientierung, allmählich geringer. Dadurch kann der medizinisch-therapeutische Auftrag einer Verhaltensbeeinflussung im Patient-Therapeut-Dialog (auch wenn dieser in der Gruppe passiert) erfolgen.

Idealtypisch kann folgende Sequenz von Erlebnis- und Therapie-Schritten beschrieben werden:

1. In einer die optimale Hör- und Spielbereitschaft vorbereitenden entspannten und gleichzeitig konzentrativen Stimmung wird dem Patienten ein leicht überschaubares und spielbares Tonmaterial geboten.
2. Im gesammelten Verweilen beim vom Patienten selbst produzierten Ton- und Klangphänomen entstehen durch Abwarten oder Anregen Impulse zum Spielen.

3. Dieses mit eingeschalteten Reflexionen frei improvisierende Spielen, das eine Verbindung mit anderen Gestaltungsbereichen (Bewegung, Tanz usw.) erlaubt, berücksichtigt dann spezielle therapeutische Zielsetzungen.
4. Beim "Üben ohne Übung" der individuellen Schwerpunkte (Selbstwerterhöhung, Spontaneität, Flexibilität, Produktivität) und der sozialen Zielsetzungen (Kommunikation, Durchsetzen und Anpassen, gemeinsames Gestalten und verantwortliches Führen) geht der Therapeut immer mehr in die Rolle des "Zuhörers" bzw. "Partners" über.
5. Die neu erlernten Einstellungen, Erlebnis- und Verhaltensweisen werden schrittweise von der therapeutischen Modellsituation auf die Bereiche Familie und Beruf erweitert und dort geübt." (Gathmann und Schmözl, 1991, S. 263 f.)

In jedem dieser Schritte befindet sich der Musiktherapiekandidat schlimmstenfalls in einer Situation von „trial and error“ - Versuch und Irrtum – und bestenfalls in einer von „error correction“ - Fehlerkorrektur - eines „learning by doing“, also handelnd Lernenden.

### **Dritte Phase der Musiktherapie, ab 1992:**

#### **Musiktherapie als eigenständige psychotherapiewertige Behandlungsform mit speziellen, vorwiegend averbalen Techniken**

Mit dem 1992 vollzogenen Übergang des Lehrganges Musiktherapie unter langjähriger Leitung von Alfred Schmözl (seit 1970, vgl. Oberegelsbacher 1992, S. 8) zum Kurzstudium und von diesem zur Einrichtung eines ordentlichen Studiums Musiktherapie, ging auch ein erhöhter didaktischer Anspruch in der Vermittlung musiktherapeutischer Handlungskompetenzen einher, ganz besonders in der Psychosomatik als universitäre Einheit klinischer Psychotherapie psychosomatisch Erkrankter. Inzwischen hatte sich an unserer Station das Klientel diversifiziert: Von dem ursprünglich hauptsächlich psychosomatischen, gelegentlich neurotischen Klientel, nahmen zunehmend Patientinnen mit Eßstörungen unsere Therapieangebote wahr. Mit diesem suchtnahen Klientel erweiterte sich einerseits unser Behandlungskonzept, wie auch das dazu notwendige Basiswissen und die therapeutische Praxis für die musiktherapeutischen Kollegen.



## Wie funktioniert das 'Learning by doing'?

Wie lässt sich seine pädagogische Zweckmäßigkeit herleiten? Das „learning by doing“ des Musiktherapeutiekandidaten an der Psychosomatischen Station setzt folgende Schritte voraus:

1. Erstkontakt: Bei der Aufnahmeprüfung erfährt der Bewerber, abgesehen von anderen Überprüfungen, in einem Gespräch, in dem seine Reife, Belastbarkeit und Psychodynamik von seinen zukünftigen Lehrern eingeschätzt werden, auch einen ersten unmittelbaren und persönlichen Kontakt zu diesen. Die langjährig hohe Qualität der zukünftigen Absolventen ist ohne Zweifel auf dieses „Handausleseverfahren“ zurückzuführen. Die Teamgespräche unter den Kollegen, in denen Aufnahme oder Abweisung der Kandidaten besprochen werden, sind mir heute noch als exemplarisch im Gedächtnis. (Hätten auch zukünftige Mediziner wenigstens *ein* Gespräch vor dem Studiumsbeginn mit einem älteren Mentor, es stünde um die Medizin besser!)
2. Sehen, Hören, Denken: die Vorbereitung des Tuns. Anfänglich war der Theorie-Teil in der Ausbildung etwas überfrachtet und leider teilweise redundant in den Inhalten. In letzter Zeit hat sich das gerafft, aber nicht immer zum Vorteil. In der Psychosomatik bestand eine runde Logistik: *Hauptvorlesung* (Was macht krank? Patienten-Vorstellung und Besprechung; was ist Therapie? Lässt sich Geschehenes und Gehörtes zur Analyse der Behandlungsinteraktion codieren? (Gathmann u. Makowitzky, 1991; Gathmann 1999a, 1999b).  
*Visite und medizinisches Begleitseminar*. Vorstellung der Patienten auf der Station als zweite vertiefende Stufe im Erfassen des Patienten und schließlich:
3. Learning by doing: *Durchführen von Musiktherapien* als Cotherapeut oder allein. Erleben von Patienten in der Gruppe oder einzeln in verschiedenen Settings: `verbal`, musiktherapeutisch, usw. mit nachfolgender *Teambesprechung*. Sehr bald installierte ich, wie schon oben angeführt, die sogenannte Selbsterfahrungsgruppe mit musikalischen Mitteln. Ihre Unerlässlichkeit als didaktisches Mittel für den Musiktherapie-Kandidaten war evident. In der lehrend-lernend Situation ergab sich aus spezifisch inhaltlichen Gründen schließlich die Forderung nach Einzel- und Gruppen-Lehrmusiktherapie, die 1992 begannen (vgl. Fitzthum, 1997).

## Lehr- und Lernziele an der Wiener Psychosomatischen Abteilung:

Der Musiktherapie-Kandidat durchlebt in seinem Training folgende sich integrierende Lernstufen:

1. Zum Erstkontakt. Wie sind meine Vorstellungen zu meinem zukünftigen Beruf? Selbstbild versus Fremdbild? Gibt es offene (und versteckte) Gründe meiner Berufswahl? Habe ich Vorstellungen über meine Frustrations- und Distress-Toleranz? Wo sind meine Schwachstellen?  
Theoriebasis: „Alles kennenlernen, vieles verwerfen, einiges behalten“: Was ist die theoretische Basis zu meinem Tun?
2. Learning by doing. „Zwar mit Auffangnetz, aber hineinspringen ins Geschehen der Begegnung mit dem Patienten“. In diesem Punkt erweist sich besondere Notwendigkeit einer intelligenten „ausreichend gut-mütterlichen“ Begleitung und Supervision durch den musiktherapeutischen Kollegen - erfahren doch die Lernenden in diesem, wie die Existentialisten es nennen, „Hineingeworfen-Sein“ die volle Konfrontation mit der Störung des Patienten. Fragen, wie die der Übertragung und Gegenübertragung sind nicht nur technisch zu lösen, sondern bedürfen des Modells und der Beziehung zum Lehrenden. Aus diesen, sich in anderen Psychotherapieausbildungen in den jeweiligen schulspezifischen Lehranalysen ergebenden Lernschritten, optierten viele Musiktherapie-Kandidaten zunächst für eine ihr Studium begleitende Analyse/Therapie außerhalb der Ausbildung. Mittlerweile sind Einzel- und Gruppenlehrtherapie in die Ausbildung integriert und zur Selbstverständlichkeit geworden.

**MUSIKTHERAPEUTISCHE ABSCHLUSS- UND DIPLOMARBEITEN  
IN DER PSYCHOSOMATIK, AN DER UNIVERSITÄT FÜR  
MUSIK UND DARSTELLENDEN KUNST WIEN, 1978 – 2001**

Gewidmet dem Andenken an  
Alfred Schmölz (9.12.1921 – 7.10.1995)

Die hier vorgestellten 74 musiktherapeutischen Abschluss- und Diplomarbeiten spiegeln ein Stück Geschichte, sowohl der Wiener Schule für Musiktherapie, als auch die der Psychosomatischen Abteilung in der Wiener Univ. Klinik für Psychiatrie wider. Sie lassen für den aufmerksamen Leser, wollte dieser allein die Titel der Arbeiten durchgehen, Entwicklungen, Standorte, Trends dieser einmaligen medizinisch- musik- therapeutischen interdisziplinären Kooperation erkennen. Obwohl die psychosomatische Arbeiten nur einen Teil aller musiktherapeutischen Arbeiten betreffen, bieten sie Einblick in dieser ganz besonderen Eignung musiktherapeutischer Techniken für das stationäre psychotherapeutische Setting der Station mit einer Klientel von hauptsächlich psychosomatisch-neurotischen Patienten und solchen mit Essstörungen.

## Zur Entstehung der Abschlussarbeiten

Die Arbeiten sind durchwegs durch die curriculäre Auflage an die KandidatInnen der Musiktherapie entstanden. Diese sieht eine schriftliche Arbeit am Ende der Ausbildung vor. Aus dieser Arbeit soll sich, auch im Zusammenhang mit der kommissionellen Prüfung, an der einige der im Lehrgang bzw. Kurzstudium Lehrenden als Prüfer fungieren, das theoretische und praktische Können der KandidatInnen ablesen lassen. Auch muss betont werden, dass bereits der Lehrgang für Musiktherapie von Anfang an universitäre Standards setzte. (Abschlussarbeiten wurden bis 1994 im Rahmen des Lehrganges Musiktherapie, Diplomarbeiten wurden ab 1994 im Rahmen des Kurzstudiums Musiktherapie verfaßt. Chronologische Reihung s. Anhang)

## Die Widmung der Arbeiten nach Störungsgruppen

Die an der psychiatrischen Universitätsklinik Wien seit 1953 eingerichtete stationär-psychotherapeutische Einheit behandelt, auftrags- und traditionsgemäß Psychosomatische ('somatoforme') Störungen (Tab. 1), Essstörungen (Tab 2), und Neurosen (Tab 3). Dies spiegelt sich auch in der Widmung der Arbeiten wider.

Einige der Arbeiten können diagnosespezifisch zugeordnet werden, andere beziehen sich eher auf persönlichkeitsstrukturelle Merkmale klinischer Syndrome im Sinne eines phänomenologischen Zuganges.

Die nachfolgenden Tabellen stellen einen Versuch der Zuordnung dar, der aufgrund der Polyvalenz der Themenstellungen auch Mehrfachnennungen enthält. Die hier getroffenen Zuordnungen stellen lediglich eine von vielen möglichen Varianten dar.

**Tab. 1. Arbeiten zum Themenbereich Psychosomatische Störungen**

- |    |   |
|----|---|
| 9  | <b>Die Aggressionsproblematik beim herzneurotischen Syndrom – Die Musiktherapie als Ausdrucksermutigung.</b> Kern, C./ Schmölz, A.; Gathmann, P. 1979   |
| 11 | <b>Musiktherapeutische Ansätze in der Behandlung des Asthma Bronchiale – Ein Bericht über eine Einzeltherapie.</b> Weber, G./ Gathmann, P.; Schmölz, A. 1979  |
| 16 | <b>Die Bedeutung von Kreativität und Direktivität im musiktherapeutischen Tun: Eine Erfahrung aus der Arbeit mit zwei Ulcus- Patienten.</b> Oberegelsbacher, D./ Gathmann, P.; Schmölz, A. 1981                                 |
| 20 | <b>Regressions- und Selbstständigkeitsförderung in der musiktherapeutischen Einzelbehandlung einer psychosomatischen Patientin mit einem subchronischen gynäkologischen Syndrom.</b> Müller, M./ Gathmann, P.; Schmölz, A. 1982 |
| 33 | <b>Die Herzneurotische Problematik – Einsatzmöglichkeiten der Musiktherapie zur Förderung einer integrierten Persönlichkeit bei männlichen Patienten.</b> Glenzer, U./ Schmölz, A.; Gathmann, P. 1985                           |

**Fortsetzung Tab. 1. Arbeiten zum Themenbereich Psychosomatische Störungen**

- 34 **Die therapeutische Beziehung – Dargestellt an einer Einzelmusiktherapie mit einem Gastritispatienten.** Riedl, U.;/ Schmölz, A.; Gathmann, P. 1985
- 36 **Musikeinzeltherapie mit einem psychosomatischen Patienten – Eine vorwiegend nonverbale Möglichkeit zum Erkennen und verändern von fixierten Verhaltensweisen bezüglich zwischenmenschlicher Kommunikation.** Vogel, B.;/ Schmölz, A.; Gathmann, P. 1985
- 42 **Die Schwierigkeit, die `Mittellage` zu finden. Einzelmusiktherapie mit einem Patienten mit psychogenen, vasomotorischem Kopfschmerz.** Herzog, A.;/ Schmölz, A.; Gathmann, P. 1987
- 46 **Sicherungstendenzen in der Musiktherapie – Aufgezeigt am Beispiel einer Einzelmusiktherapie mit einem psychosomatischen Patienten.** Drexler, I.;/ Gathmann, P.; Schmölz, A. 1988
- 48 **Die Bedeutung narzisstischer Phänomene für den musiktherapeutischen Behandlungsansatz – Dargestellt an einer Einzelmusiktherapie mit einer psychosomatischen Patientin.** Purucker, U.;/ Schmölz, A.; Gathmann, P. 1988
- 55 **Zwischen Stützen und Konfrontieren; Musiktherapie mit einem psychosomatischen Patienten, der nicht erwachsen werden wollte.** Zang, I.;/ Oberegelsbacher, D.; Gathmann, P. 1991

**Tab. 2. Arbeiten zum Themenbereich Essstörungen**

- 8 **Kommunikationsmodalitäten in der musiktherapeutischen Behandlung der Anorexia Nervosa.** Jünemann, C.;/ Gathmann, P.; Schmölz, A. 1979
- 19 **Die musiktherapeutische Behandlung der Kontrollpriorität eines somatisierend-depressiven Anorektoids.** Haffa, U.;/ Schmölz, A.; Gathmann, P. 1982
- 25 **Das Machtstreben bei Anorexia Nervosa – Erfahrungen aus einer Einzelmusiktherapie.** Kiebacher, G.;/ Schmölz, A.; Gathmann, P. 1983
- 32 **Selbstanspruch und Resignation im Persönlichkeitsbild der Anorexia Nervosa – Aus der Einzelmusiktherapie mit zwei Patientinnen.** Eberhardt, A.;/ Schmölz, A.; Gathmann, P. 1985
- 38 **Einzelmusiktherapie mit Anorexia Nervosa und Bulimiepatient(Inn)en unter Berücksichtigung des Stützens und Stärkens gesunder Persönlichkeitsanteile.** Erb, C.;/ Schmölz, A.; Gathmann, P. 1986
- 41 **Die Beziehungsstörung bei Anorexia Nervosa – Aus der Einzelmusiktherapie mit zwei Patientinnen.** Stein, R.;/ Schmölz, A.; Gathmann, P. 1986
- 53 **Bulimie als Anpassung und Protest.** Mühlbauer, H.;/ Schmölz, A.; Gathmann, P. 1990
- 60 **Magersucht (Musiktherapie mit Essgestörten unter besonderer Betrachtung des Suchtaspektes).** Schmidt, V.;/ Oberegelsbacher, D.; Gathmann, P. 1994
- 61 **Verspielte Zeit – Zeit der Veränderung ( Auf der Suche nach der Bedeutung des Spielens in der Musiktherapie).** Staudinger, W.;/ Oberegelsbacher, D.; Gathmann, P. 1994
- 62 **Das Phänomen Sexualität in der Musiktherapie. Bearbeitung einer Beziehungsstörung bei einer anorektoiden und einer konversionsneurotischen Patientin.** Pirchl, A.;/ Oberegelsbacher, D.; Gathmann, P. 1991

**Tab. 3. Arbeiten zum Themenbereich Neurosen**

- |    |   |
|----|---|
| 1  | <b>Über die affektiven Widerstände neurotischer Patienten in der Musiktherapie.</b> Ekert, H. E./ Cermak, I.; Schmözl, A. 1977  |
| 56 | <b>Musiktherapie mit einer gehemmt neurotischen Patientin.</b> Müller, E./ Oberegelsbacher, D.; Gathmann, P. 1991   |
| 57 | <b>Emotionalität und Musiktherapie – Dargestellt am Beispieleiner Einzelmusiktherapie mit einem Morbus Crohn –Patienten.</b> Plattner, S./ Schmözl, A.; Gathmann, P. 1992                                       |
| 58 | <b>Der Aussagegehalt der musikalischen Geschehens innerhalb des therapeutischen Prozesses.</b> Jagfeld, I./ Gathmann, P.; Schmözl, A. 1992  |
| 62 | <b>Das Phänomen Sexualität in der Musiktherapie. Bearbeitung einer Beziehungsstörung bei einer anorektoiden und einer konversionsneurotischen Patientin.</b> Pirchl, A./ Oberegelsbacher, D.; Gathmann, P. 1991 |

### Zu spezielleren musiktherapeutisch-technischen Problemen

Die meisten KandidatInnen entscheiden sich für eine Wiedergabe ihrer Arbeit in der musiktherapeutischen Einzelarbeit. Eine Ausnahme sind 26, 49, (Kurzeinzeltherapie) und 14, 30. (Einzel- und Gruppentherapie) Dies spiegelt auch die große Bedeutung, die in unserer Station der Einzeltherapie beigemessen wird wider (ganz gemäß der Eigenart der Schädigung unserer meisten Patienten).

Auch haben die AbsolventInnen sich bei ihren Abschlussarbeiten einiger in der Wiener Tradition besonders entwickelter und auch publizierter Techniken angenommen (Tab. 4): Die des instrumentalen Partnerspiels (18, 28), die der Einstimmung (14) und des Umganges mit der Stimme (15, 29), der Provokation, Stützung und Konfrontation (35, 38, 55) und des Findens der Mittellage (42). Abgesehen davon beleuchtet eine Arbeit die Musiktherapie unter dem Gesichtspunkt der Kurzpsychotherapie. (69).

**Tab. 4. Arbeiten zu Fragen der Technik und Methodik**

- |    |  |
|----|--|
| 14 | <b>Die Einstimmung in der aktiven Musiktherapie, dargestellt in der Einzel- und Gruppenmusiktherapie mit psychosomatischen Patienten.</b> Moser, J./ Schmözl, A.; Gathmann, P. 1980                            |
| 15 | <b>Die Stimme – Ein Weg zur Selbstwahrnehmung und Ausdrucksfindung: Dargestellt anhand einer Einzelmusiktherapie mit einer psychosomatischen Patientin.</b> Basten, C./ Schmözl, A.; Gathmann, P. 1981         |
| 18 | <b>Die verbale Reflexion in der Einzelmusiktherapie; ihre Bedeutung und Möglichkeiten zur Vervollständigung der Selbsterfahrung im musikalischen Partnerspiel.</b> Scheytt, N./ Gathmann, P.; Schmözl, A. 1981 |
| 28 | <b>Möglichkeiten des instrumentalen Partnerspiels in der Einzelmusiktherapie mit einem psychosomatisch erkrankten Patienten.</b> Hügli, U./ Schmözl, A.; Gathmann, P. 1984                                     |

**Fortsetzung Tab. 4. Arbeiten zu Fragen der Technik und Methodik**

- 29 **Die Stimme als Spiegel der Persönlichkeit und Weg zur Ausdrucksfindung; musiktherapeutische Arbeit mit der Stimme am Beispiel einer Einzelmusiktherapie mit zwei psychosomatischen Patienten.** Moreau, D.;/ Schmölz, A.; Gathmann, P. 1984
- 35 **Provokation im Dienste der Aufdeckung – Stützen im Dienste der Bestätigung. Ein musiktherapeutischer Einsatz in der Einzeltherapie mit psychosomatischen Patienten** Schmidtmayr, B.;/ Schmölz, A.; Gathmann, P. 1985
- 38 **Einzelmusiktherapie mit Anorexia Nervosa und Bulimiepatient(Inn)en unter Berücksichtigung des Stützens und Stärkens gesunder Persönlichkeitsanteile.** Erb, C.;/ Schmölz, A.; Gathmann, P. 1986
- 42 **Die Schwierigkeit, die 'Mittellage' zu finden. Einzelmusiktherapie mit einem Patienten mit psychogenen, vasomotorischem Kopfschmerz.** Herzog, A.;/ Schmölz, A.; Gathmann, P. 1987
- 55 **Zwischen Stützen und Konfrontieren; Musiktherapie mit einem psychosomatischen Patienten, der nicht erwachsen werden wollte.** Zang, I.;/ Oberegelsbacher, D.; Gathmann, P. 1991
- 68 **Musiktherapie mit Mutter und Kind – das triadische Setting als therapeutische Möglichkeit.** Seytter, A.;/ Oberegelsbacher, D. 1996
- 69 **Musiktherapie als Kurzpsychotherapie.** Ure, S.;/ Oberegelsbacher, D.;
- 74 **Stille in der Musiktherapie.** Lagler, M. ;/ Oberegelsbacher, D. 2001

**Die Widmung der Arbeiten nach praxeologischen Gesichtspunkten**

Entsprechend der theoretischen Weiterentwicklung in den pathogenetischen Konzepten unserer psychosomatischen Klientel, widmen sich die Kandidaten zunächst neurosenahen Problemen in der Behandlung. Dabei geht es um den musiktherapeutischen Umgang mit dem Widerstand (1 u. 12); Übertragung und Gegenübertragung

(4 u. 5), den adlerianischen Sicherungstendenzen (46). Bald schon die Differenzierung zwischen Somato- und Psycho- Neurosen (3 u. 62), und deren verschiedenen Kommunikationsmodalitäten (17, 18, 36). Hier ist es, wo sich Musiktherapie als anderen psychotherapeutischen Techniken nicht nur kongenial, sondern überlegen erweist: Emotionale Aktivierung und Auswirkung auf gedankliche Assoziation (2); Erlebnisintensivierung (6); Emotionalität versus Intellektualität (23); Spontaneitätsförderung (27); Rechtshemisphärische Erlebnisweisen (51)

Das Suchen und Finden musiktherapeutischer Ansätze, die krankheitsspezifisch angewendet werden, orientiert sich bei vielen Arbeiten ganz an der behandelten Erkrankung: Asthma Bronchiale (11, 31; inklusive der Nähe- und Distanz- Problematik, ein Thema sui generis für den Musiktherapeuten!); Anorexia Nervosa (19, 23, 25, 54; und bei diesen PatientInnen um ihre Kontrollpriorität, ihrem Machtstreben und Intellektualität, lauter musiktherapeutische Herausforderungen); Suchtaspekte (54), besonders bei der Bulimia Nervosa (53) (Tab. 5).

Tab. 5 Arbeiten zu Indikation

- 1 **Über die affektiven Widerstände neurotischer Patienten in der Musiktherapie.** Ekert, H. E./ Cermak, I.; Schmölz, A. 1977
- 2 **Einzelmusiktherapie in der Psychosomatik–Emotionale Aktivierung zur Förderung gedanklicher Assoziationen.** Aberle, S./ Gathmann, P.; Schmölz, A. 1978
- 3 **Unterschiede zwischen Neurosen und Psychosen im Ansprechen auf die Musiktherapie.** Bergel, H./ Strotzka, H.; Schmölz, A. 1978
- 4 **Übertragung und Gegenübertragung in der Einzeltherapie mit einem psychosomatischen Patienten.** Buckles, M. A./ Gathmann, P.; Schmölz, A. 1978
- 5 **Übertragung und Gegenübertragung in der Einzeltherapie mit einem psychosomatischen Patienten.** Evers, B./ Gathmann, P.; Schmölz, A. 1978
- 6 **Musiktherapie als Mittel zur Erlebnisintensivierung unter Berücksichtigung der Bedeutung musikalischer Elemente.** Kreuels, A./ Gathmann, P.; Schmölz, A. 1978
- 11 **Musiktherapeutische Ansätze in der Behandlung des Asthma Bronchiale – Ein Bericht über eine Einzeltherapie.** Weber, G./ Gathmann, P.; Schmölz, A. 1979
- 12 **Versuch einer Familienmusiktherapie bei einer asthmatischen Patientin.** Eder, S./ Gathmann, P.; Schmölz, A. 1980
- 17 **Averbale Kommunikation und verbale Aufarbeitung. Der Sozialisierungsprozess während der musiktherapeutischen Behandlung.** Pekar, E./ Gathmann, P.; Schmölz, A. 1981
- 18 **Die verbale Reflexion in der Einzelmusiktherapie; ihre Bedeutung und Möglichkeiten zur Vervollständigung der Selbsterfahrung im musikalischen Partnerspiel.** Scheytt, N./ Gathmann, P.; Schmölz, A. 1981
- 19 **Die musiktherapeutische Behandlung der Kontrollpriorität eines somatisierend - depressiven Anorektoids.** Haffa, U./ Schmölz, A.; Gathmann, P. 1982
- 23 **Intellektualität und Emotionalität in der musiktherapeutischen Einzelbehandlung eines Patienten mit Anorexia Nervosa.** Weseloh, F./ Gathmann, P.; Schmölz, A. 1982
- 25 **Das Machtstreben bei Anorexia Nervosa – Erfahrungen aus einer Einzelmusiktherapie.** Kiebacher, G./ Schmölz, A.; Gathmann, P. 1983
- 27 **Die Bedeutung von Spontaneität und ihre Förderungsmöglichkeit durch die musiktherapeut. Improvisation.** Tesarek, B./ Schmölz, A.; Gathmann, P. 1983
- 31 **Die Nähe- und Distanzproblematik bei asthmatischen Patienten in der Musiktherapie.** Backer, J. de./ Schmölz, A.; Gathmann, P. 1985
- 36 **Musikeinzeltherapie mit einem psychosomatischen Patienten – Eine vorwiegend nonverbale Möglichkeit zum Erkennen und verändern von fixierten Verhaltensweisen bezüglich zwischenmenschlicher Kommunikation.** Vogel, B./Schmölz, A.; Gathmann, P. 1985
- 46 **Sicherungstendenzen in der Musiktherapie – Aufgezeigt am Beispiel einer Einzelmusiktherapie mit einem psychosomatischen Patienten.** Drexler, I./ Gathmann, P.; Schmölz, A. 1988
- 51 **Entdeckung und Veränderung rechtshemisphärischer Weltbilder.** Kehl, F./ Schmölz, A.; Gathmann, P. 1990
- 53 **Bulimie als Anpassung und Protest.** Mühlbauer, H./Schmölz,A.;Gathmann, P. 1990
- 54 **Frau und Sucht – Musiktherapie mit einer Bulimiepatientin.** Schmalhofer, G./ Schmölz, A.; Gathmann, P. 1990
- 62 **Das Phänomen Sexualität in der Musiktherapie. Bearbeitung einer Beziehungsstörung bei einer anorektoiden und einer konversions-neurotischen Patientin.** Pirchl, A./ Oberegelsbacher, D.; Gathmann, P. 1991
- 64 **Musiktherapie mit Kindern während der Knochenmarkstransplantation.** Drews, A./ Oberegelsbacher, D. 1994
- 65 **Musiktherapie mit belasteten schwangeren Frauen.** Hendling, M./ Oberegelsbacher D. 1995
- 67 **Identitätsfindung durch Musiktherapie.** Schmidl, J./ Oberegelsbacher, D.; Gathmann, P. 1996
- 70 **Musiktherapie mit krebserkrankten Kindern.** Kahles, M./ Oberegelsbacher D. 1999
- 71 **Zur Bedeutung von Übergangsobjekten, Übergangsphänomenen und objektalen Besetzungen in der Musiktherapie.** Wiesmüller, E./ Oberegelsbacher, D. 2000

Natürlich bewegen unsere Absolventen auch viele grundsätzliche Fragestellungen wie etwa allgemeine Wirkgrößen im Zusammentreffen mit Merkmalen der Persönlichkeit (Tab. 6): Kommunikationsmodalitäten (8, 17, 18, 36); Aggression (bei Herzneurosen: 9, 31, 33, 39, 43; bei Asthma Bronchiale: 11, 40); Direktivität und Kreativität (16); Autonomie (22) und Selbständigkeit (20) versus Regression, ja Resignation (bei Anorexia Nervosa 32). Weiter die Alexithymie (21), Narzissmus (48), Sexualität (62), Adipositas (63), ja das Stottern (73), um nur einige zu nennen.

**Tab. 6 Abschlußarbeiten zu Wirkfaktoren und Persönlichkeitsmerkmalen**

- |  |   |
|--|---|
| <p>8<br/>9<br/>16<br/>17<br/>18<br/>20<br/>21<br/>22<br/>31<br/>32<br/>33<br/>36</p> | <p><b>Kommunikationsmodalitäten in der musiktherapeutischen Behandlung der Anorexia Nervosa.</b> Jünemann, C./ Gathmann, P.; Schmölz, A. 1979</p> <p><b>Die Aggressionsproblematik beim herzneurotischen Syndrom – Die Musiktherapie als Ausdrucksermutigung.</b> Kern, C./ Schmölz, A.; Gathmann, P. 1979</p> <p><b>Die Bedeutung von Kreativität und Direktivität im musiktherapeutischen Tun: Eine Erfahrung aus der Arbeit mit zwei Ulcus- Patienten.</b> Oberegelsbacher, D./ Gathmann, P.; Schmölz, A. 1981</p> <p><b>Averbale Kommunikation und verbale Aufarbeitung. Der Sozialisierungsprozess während der musiktherapeutischen Behandlung.</b> Pekar, E./ Gathmann, P.; Schmölz, A. 1981</p> <p><b>Die verbale Reflexion in der Einzelmusiktherapie; ihre Bedeutung und Möglichkeiten zur Vervollständigung der Selbsterfahrung im musikalischen Partnerspiel.</b> Scheytt, N./ Gathmann, P.; Schmölz, A. 1981</p> <p><b>Regressions- und Selbständigkeitsförderung in der musiktherapeutischen Einzelbehandlung einer psychosomatischen Patientin mit einem subchronischen gynäkologischen Syndrom.</b> Müller, M./ Gathmann, P.; Schmölz, A. 1982</p> <p><b>Alexithymie- Grenzen der Vermittelbarkeit von Emotionen in der Musiktherapie.</b> Öppinger, S.; Schmölz, A.; Gathmann, P. 1982</p> <p><b>Musiktherapeutische Möglichkeiten zur Bearbeitung der Autonomie-Problematik; Über das Erleben einer neuartigen Beziehung zur intrapsychischen Autonomie.</b> Stein, R.; / Gathmann, P.; Schmölz, A. 1982</p> <p><b>Die Nähe- und Distanzproblematik bei asthmatischen Patienten in der Musiktherapie.</b> Backer, J. de./ Schmölz, A.; Gathmann, P. 1985</p> <p><b>Selbstanspruch und Resignation im Persönlichkeitsbild der Anorexia Nervosa – Aus der Einzelmusiktherapie mit zwei Patientinnen.</b> Eberhardt, A./ Schmölz, A.; Gathmann, P. 1985</p> <p><b>Die Herzneurotische Problematik – Einsatzmöglichkeiten der Musiktherapie zur Förderung einer integrierten Persönlichkeit bei männlichen Patienten.</b> Glenzer, U./ Schmölz, A.; Gathmann, P. 1985</p> <p><b>Musikeinzeltherapie mit einem psychosomatischen Patienten – Eine vorwiegend nonverbale Möglichkeit zum Erkennen und verändern von fixierten Verhaltensweisen bezüglich zwischenmenschlicher Kommunikation.</b> Vogel, B./ Schmölz, A.; Gathmann, P. 1985</p> |
|--|---|



**Tab. 6. Fortsetzung. Abschlussarbeiten zu Wirkfaktoren und Persönlichkeitsmerkmalen**

- 39 **Von Starrheit zu Flexibilität – Musiktherapie mit Herzangstneurotikern.** Linna- Lutz, K./ Schmölz, A.; Gathmann, P. 1986
- 43 **Einzelmusiktherapie mit Herzneurotikern unter Berücksichtigung des Aspektes der Ambivalenz.** Maringer, E./ Schmölz, A.; Gathmann, P. 1987
- 48 **Die Bedeutung narzisstischer Phänomene für den musiktherapeutischen Behandlungsansatz – Dargestellt an einer Einzelmusiktherapie mit einer psychosomatischen Patientin.** Purucker, U./ Schmölz, A.; Gathmann, P. 1988
- 62 **Das Phänomen Sexualität in der Musiktherapie. Bearbeitung einer Beziehungsstörung bei einer anorektoiden und einer konversionsneurotischen Patientin.** Pirchl, A./ Oberegelsbacher, D.; Gathmann, P. 1991
- 63 **Dem Unbewussten eine Stimme geben (Musiktherapie mit einer adipösen, depressiven Frau).** Rentmeister, U./ Oberegelsbacher, D.; Gathmann, P. 1994
- 72 **Spezifische und unspezifische Wirkfaktoren von Musiktherapie. Katamnestiche Erhebung an psychosomatischen PatientInnen einer psychiatrischen Klinik.** Mayr geb. Danner, B./ Oberegelsbacher
- 73 **Musiktherapie mit Stotterern. Unter besonderer Betrachtung der sozialphobischen Symptomatik.** Wiedner, S./ Oberegelsbacher, D.;

## Zusammenfassung

Der hier gesammelte Schatz an musiktherapeutischen Abschluß- und Diplomarbeiten im Bereich Psychosomatik gibt das wechselnde Interesse an bestimmten Krankheitsgruppen und die Entwicklung bestimmter therapeutischer Techniken wider. Letzteres stets im interdisziplinärem Dialog der mit gänzlich differenten Ansätzen an unserer Station arbeitenden Therapeuten. Letztlich ist diese Tätigkeit im therapeutischen Team verantwortlich für den besonderen Schliff der Wiener AbsolventInnen, die dem in der Praxis gestellten Anspruch an Teamfähigkeit in hoher Weise entsprechen und sie dadurch auch von negativ individualistischen Psychotherapeutenpersönlichkeiten mit geringerer `professioneller Interaktivitätskompetenz` erfrischend unterscheidet.

Möge das kommende Vollstudium weiterhin auf diesen Entwicklungen aufbauen.

## Literatur

- Fitzthum, E. (1997). Einzel-Lehrmusiktherapie im institutionellen Rahmen. In Fitzthum, E., Oberegelsbacher, D., Storz (1997). Wiener Beiträge zur Musiktherapie Bd.1 (S. 193 - 216 ). Wien: Edition Praesens.
- Gathmann, P., Bischof, B. (1986). Was bewirkt Psychotherapie in der Behandlung psychosomatischer Erkrankungen? Wiener Medizinische Wochenschrift, (ohne Angaben) Wien.
- Gathmann, P., Brunekreeft, A. Wiedemann, F., Schmölz, A. (1988). Kann musiktherapeutische Kommunikation gemessen und nachvollziehbar gemacht werden? Zum Problem der Analyse, Codierung und Meta-Analyse musiktherapeutischer Kommunikation bei psychosomatisch Erkrankten. Musiktherapeutische Umschau 9, 199-213. Frankfurt.
- Gathmann, P., Schmölz, A., De Backer, J. (1990). Klinische Musiktherapie des Asthma Bronchiale. In Frohne-Hageman, I. (Hrsg.), Musik und Gestalt. Klinische Musiktherapie als integrative Psychotherapie. Paderborn: Junfermann.
- Gathmann, P. (1990). Pathologie der psychosomatischen Reaktionsmuster: Diagnose, Klinik, Therapie. Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer Verlag.
- Gathmann, P., Makowitzki, R. (1991). Das Mehr-Kanal-Daten-Set. Eine Methode zur Kodierung non-verbaler Verhaltens in der Musiktherapie anhand von Videoaufzeichnungen. In Herrlin-Pelzer, S., Sponholz, G., Baitsch, H., (Hrsg.), Musik, Prävention und Therapie (S. 138-149). Ulm: Armin Vaas Verlag.
- Gathmann, P., Schmölz A. (1991). Musiktherapie. In Stumm G., Wirth, B. (Hrsg.), Psychotherapie, Schulen und Methoden (S. 262-266). Wien: Falter Verlag.
- Gathmann, P. (1994). Vom Eindruck zum Ausdruck: Psychosomatische Erkrankung, musiktherapeutische Versorgung, Forschung und Lehre im interdisziplinären Team. Vortrag gehalten am Internationalen Musiktherapie-Kongress, Berlin, 21.-23. IX. 1994.
- Gathmann, P. (1999a). Der Mensch als Klangkörper: Musiktherapeutische Inter- und Intra-aktion bei psychosomatischen Patienten. Unveröffentlichter Vortrag beim 2. Weltkongress für Psychotherapie, Wien.
- Gathmann, P.(1999b). Das ungeliebte multifunktionelle Krankheitsmodell und die Folgen für musiktherapeutische Interdisziplinarität. Unveröffentlichter Vortrag beim 2. Weltkongress für Psychotherapie, Wien.

- Halmer-Stein, R., Schmölz, A., Oberegelsbacher, D., Gathmann, P. (1993). Music Therapy in Austria. In Maranto, C. D. (Ed.), Music Therapy. International Perspectives. (pp. 62-88). Pennsylvania: Jeffrey Books.
- Jacoby, A. (1980). Jenseits von "Begabt" und "Unbegabt". Hamburg: Christian Verlag.
- Oberegelsbacher, D. (1992). Zur Wiener Schule der Musiktherapie. Versuch einer historischen Bestandsaufnahme und Ausblicke. Zeitschrift des Österreichischen Berufsverbandes der Musiktherapeuten (ÖBM) 3, 8-12.
- Scheytt, N. & Janssen, P. L. (1986): Kommunikative Musiktherapie in der stationären analytischen Psychotherapie. In Lamprecht, F. (Hrsg.), Spezialisierung und Integration in Psychosomatik und Psychotherapie. Berlin.
- Schmölz, A. (1973). Methodisch-psychologische Probleme der Musiktherapie Vergleiche zur Pädagogik. In Arbeitsgemeinschaft der Musikerzieher Österreichs (Hg.), Forschung an Österreichs Musikschulen, Bd. IV, Wien: ohne Angabe.
- Schmölz, A. (1983a). Einzelmusiktherapie (rezeptiv/aktiv). In Decker-Voigt, H.-H. (Hrsg.), Handbuch Musiktherapie (S. 55-57). Lilienthal/Bremen: Eres Edition.
- Schmölz, A. (1983b). Das instrumentale Partnerspiel. In Decker-Voigt, H.-H. (Hrsg.), Handbuch Musiktherapie (S. 58). Lilienthal/Bremen: Eres Edition.

## Anhang

### Chronologische Auflistung der Abschluß- und Diplom - arbeiten im Bereich Psychosomatik 1978 - 2001

1. Ekert, H. E. (1977). Über die affektiven Widerstände neurotischer Patienten in der Musiktherapie. Betreuung: Cermak, I.; Schmölz, A.
2. Aberle, S. (1978). Einzelmusiktherapie in der Psychosomatik – Emotionale Aktivierung zur Förderung gedanklicher Assoziationen. Betreuung: Gathmann, P.; Schmölz, A.
3. Bergel, H. (1978). Unterschiede zwischen Neurosen und Psychosen im Ansprechen auf die Musiktherapie. Betreuung: Strotzka, H.; Schmölz, A.
4. Buckles, M. A. (1978). Übertragung und Gegenübertragung in der Einzeltherapie mit einem psychosomatischen Patienten“: Buckles, M. A./ Gathmann, P.; Schmölz, A.

- 5 Evers, B. (1978). Übertragung und Gegenübertragung in der Einzeltherapie mit einem psychosomatischen Patienten. Betreuung: Gathmann, P.; Schmölz, A.
- 6 Kreuels, A. (1978). Musiktherapie als Mittel zur Erlebnisintensivierung unter Berücksichtigung der Bedeutung musikalischer Elemente. Betreuung: Gathmann, P.; Schmölz, A.
- 7 Liedtka, E. (1978). Musiktherapie bei einem Patienten mit psychosomatischer Erkrankung. Betreuung: Gathmann, P.; Schmölz, A.
- 8 Jünemann, C. (1979). Kommunikationsmodalitäten in der musiktherapeutischen Behandlung der Anorexia Nervosa. Betreuung: Gathmann, P.; Schmölz, A.
- 9 Kern, C. (1979). Die Aggressionsproblematik beim herzneurotischen Syndrom – Die Musiktherapie als Ausdrucksermutigung. Betreuung: Schmölz, A.; Gathmann, P.
- 10 Sponring, B. (1979). Herstellung von Körperbezug durch Musiktherapie. Betreuung: Gathmann, P.; Schmölz, A.
- 11 Weber, G. (1979). Musiktherapeutische Ansätze in der Behandlung des Asthma Bronchiale – Ein Bericht über eine Einzeltherapie. Betreuung: Gathmann, P.; Schmölz, A.
- 12 Eder, S. (1980). Versuch einer Familienmusiktherapie bei einer asthmatischen Patientin. Betreuung: Gathmann, P.; Schmölz, A.
- 13 Lowack, J. (1980). Einzelmusiktherapie mit einem psychosomatischen Patienten unter besonderer Berücksichtigung des Widerstandes. Betreuung: Schmölz, A.; Gathmann, P.
- 14 Moser, J. (1980). Die Einstimmung in der aktiven Musiktherapie, dargestellt in der Einzel- und Gruppenmusiktherapie mit psychosomatischen Patienten. Betreuung: Schmölz, A.; Gathmann, P.
- 15 Basten, C. (1981). Die Stimme – Ein Weg zur Selbstwahrnehmung und Ausdrucksfindung: Dargestellt anhand einer Einzelmusiktherapie mit einer psychosomatischen Patientin. Betreuung: Schmölz, A.; Gathmann, P.
- 16 Oberegelsbacher, D. (1981). Die Bedeutung von Kreativität und Direktivität im musiktherapeutischen Tun: Eine Erfahrung aus der Arbeit mit zwei Ulcus-Patienten. Betreuung: Gathmann, P.; Schmölz, A.
- 17 Pekar, E. (1981). Averbale Kommunikation und verbale Aufarbeitung. Der Sozialisierungsprozess während der musiktherapeutischen Behandlung. Betreuung: Gathmann, P.; Schmölz, A.
- 18 Scheytt, N. (1981). Die verbale Reflexion in der Einzelmusiktherapie; ihre Bedeutung und Möglichkeiten zur Vervollständigung der Selbsterfahrung im musikalischen Partnerspiel.. Betreuung: Gathmann, P.; Schmölz, A.

- 19 Haffa, U. (1982). Die musiktherapeutische Behandlung der Kontrollpriorität eines somatisierend- depressiven Anorektoids. Betreuung: Schmölz, A.; Gathmann, P.
- 20 Müller, M. (1982). Regressions- und Selbstständigkeitsförderung in der musiktherapeutischen Einzelbehandlung einer psychosomatischen Patientin mit einem subchronischen gynäkologischen Syndrom. Betreuung: Gathmann, P.; Schmölz, A.
- 21 Öppinger, S. (1982). Alexithymie- Grenzen der Vermittelbarkeit von Emotionen in der Musiktherapie. Betreuung: Schmölz, A.; Gathmann, P.
- 22 Stein, R. (1982). Musiktherapeutische Möglichkeiten zur Bearbeitung der Autonomie- Problematik; Über das Erleben einer neuartigen Beziehung zur intrapsychischen Autonomie. Betreuung: Gathmann, P.; Schmölz, A.
- 23 Weseloh, F. (1982). Intellektualität und Emotionalität in der musiktherapeutischen Einzelbehandlung eines Patienten mit Anorexia Nervosa.. Betreuung: Gathmann, P.; Schmölz, A.
- 24 Gindl, B. (1983). Das spielerische Element in der Musiktherapie, dargestellt anhand einer Einzeltherapie in der Psychosomatik. Betreuung: Gathmann, P.; Schmölz, A.
- 25 Kiebacher, G. (1983). Das Machtstreben bei Anorexia Nervosa – Erfahrungen aus einer Einzelmusiktherapie. Betreuung: Schmölz, A.; Gathmann, P.
- 26 Pimeshofer, B. (1983). Die Bedeutung der Einzelmusiktherapie an einer psychosomatischen Station – Unter besonderer Berücksichtigung der Gruppenmusiktherapie. Betreuung: Schmölz, A.; Gathmann, P.
- 27 Tesarek, B. (1983). Die Bedeutung von Spontaneität und ihre Förderungsmöglichkeit durch die musiktherapeutische Improvisation. Betreuung: Schmölz, A.; Gathmann, P.
- 28 Hügli, U. (1984). Möglichkeiten des instrumentalen Partnerspiels in der Einzelmusiktherapie mit einem psychosomatisch erkrankten Patienten. Betreuung: Schmölz, A.; Gathmann, P.
- 29 Moreau, D. (1984). Die Stimme als Spiegel der Persönlichkeit und Weg zur Ausdrucksfindung; musiktherapeutische Arbeit mit der Stimme am Beispiel einer Einzelmusiktherapie mit zwei psychosomatischen Patienten. Betreuung: Schmölz, A.; Gathmann, P.
- 30 Tschirren-Tremetsberger, S. (1984). Förderung des Durchsetzungsvermögen mit Hilfe der Musiktherapie; dargestellt anhand von Gruppenmusiktherapie, sowie Einzelmusiktherapie zweier psychosomatischer Patienten. Betreuung: Schmölz, A.; Gathmann, P.
- 31 De Backer, J. (1985). Die Nähe- und Distanzproblematik bei asthmatischen Patienten in der Musiktherapie. Betreuung: Schmölz, A.; Gathmann, P.

- 32 Eberhardt, A. (1985). Selbstanspruch und Resignation im Persönlichkeitsbild der Anorexia Nervosa – Aus der Einzelmusiktherapie mit zwei Patientinnen. Betreuung: Schmölz, A.; Gathmann, P.
- 33 Glenzer, U. (1985). Die Herzneurotische Problematik – Einsatzmöglichkeiten der Musiktherapie zur Förderung einer integrierten Persönlichkeit bei männlichen Patienten. Betreuung: Schmölz, A.; Gathmann, P.
- 34 Riedl, U. (1985). Die therapeutische Beziehung – Dargestellt an einer Einzelmusiktherapie mit einem Gastritispatienten. Betreuung: Schmölz, A.; Gathmann, P.
- 35 Schmidtmayr, B. (1985). Provokation im Dienste der Aufdeckung – Stützen im Dienste der Bestätigung. Ein musiktherapeutischer Einsatz in der Einzeltherapie mit psychosomatischen Patienten. Betreuung: Schmölz, A.; Gathmann, P.
- 36 Vogel, B. (1985). Musikeinzeltherapie mit einem psychosomatischen Patienten – Eine vorwiegend nonverbale Möglichkeit zum Erkennen und verändern von fixierten Verhaltensweisen bezüglich zwischenmenschlicher Kommunikation. Betreuung: Schmölz, A.; Gathmann, P.
- 37 Brunekreeft, A. (1985). Diagnostik in der Musiktherapie – Versuch einer Morphologie. Betreuung: Gathmann, P.; Schmölz, A.
- 38 Erb, C. (1986). Einzelmusiktherapie mit Anorexia Nervosa und Bulimiepatient(Inn)en unter Berücksichtigung des Stützens und Stärkens gesunder Persönlichkeitsanteile. Betreuung: Schmölz, A.; Gathmann, P.
- 39 Linna-Lutz, K. (1986). Von Starrheit zu Flexibilität – Musiktherapie mit Herzangstneurotikern. Betreuung: Schmölz, A.; Gathmann, P.
- 40 Seitz, M. (1986). Aggression und Nähe – Musiktherapie mit einem Asthma-Bronchiale Patienten. Betreuung: Schmölz, A.; Gathmann, P.
- 41 Stein, R. (1986). Die Beziehungsstörung bei Anorexia Nervosa – Aus der Einzelmusiktherapie mit zwei Patientinnen. Betreuung: Schmölz, A.; Gathmann, P.
- 42 Herzog, A. (1987). Die Schwierigkeit, die `Mittellage` zu finden. Einzelmusiktherapie mit einem Patienten mit psychogenen, vasomotorischem Kopfschmerz. Betreuung: Schmölz, A.; Gathmann, P.
- 43 Maringer, E. (1987). Einzelmusiktherapie mit Herzneurotikern unter Berücksichtigung des Aspektes der Ambivalenz. Betreuung: Schmölz, A.; Gathmann, P.
- 44 Wiedemann, F. (1987). Subjektivität und Objektivität in der Beurteilung Musiktherapeutischer Aktivität – Dargestellt anhand einer Vergleichsstudie. Betreuung: Gathmann, P.; Schmölz, A.

- 45 Winkler, R. (1987). Systemische Musiktherapie – Möglichkeiten systemischer Ansätze in der Musiktherapie, dargestellt am Modellsystem eines Krankenzimmers auf einer Psychosomatischen Station. Betreuung: Schmölz, A.; Gathmann, P.
- 46 Drexler, I. (1988). Sicherungstendenzen in der Musiktherapie – Aufgezeigt am Beispiel einer Einzelmusiktherapie mit einem psychosomatischen Patienten. Betreuung: Gathmann, P.; Schmölz, A.
- 47 Wesenauer, B. (1988). Widerstand in der Musiktherapie mit einer anorektischen Patientin. Betreuung: Schmölz, A.; Gathmann, P.
- 48 Purucker, U. (1988). Die Bedeutung narzisstischer Phänomene für den musiktherapeutischen Behandlungsansatz – Dargestellt an einer Einzelmusiktherapie mit einer psychosomatischen Patientin. Betreuung: Schmölz, A.; Gathmann, P.
- 49 Stubenrauch, D. (1988). Wirkfaktoren und deren Nutzung in der aktiven Gruppen- Musiktherapie – Gezeigt am Beispiel von zwei Gruppen psychosomatischer Patienten. Betreuung: Schmölz, A.; Gathmann, P.
- 50 Makowitzky, R. (1989). Methoden zur Kodierung nonverbaler Verhaltens im musikalischen Dialog anhand von Videoaufzeichnungen. Betreuung: Gathmann, P.; Schmölz, A.
- 51 Kehl, F. (1990). Entdeckung und Veränderung rechtshemisphärischer Weltbilder. Betreuung: Schmölz, A.; Gathmann, P.
- 52 Sterzer, B. (1990). Aspekte der Cotherapie. Betreuung: Schmölz, A.; Gathmann, P.
- 53 Mühlbauer, H. (1990). Bulimie als Anpassung und Protest. Betreuung: Schmölz, A.; Gathmann, P.
- 54 Schmalhofer, G. (1990). Frau und Sucht – Musiktherapie mit einer Bulimiepatientin. Betreuung: Schmölz, A.; Gathmann, P.
- 55 Zang, J. (1991). Zwischen Stützen und Konfrontieren; Musiktherapie mit einem psychosomatischen Patienten, der nicht erwachsen werden wollte. Betreuung: Oberegelsbacher, D.; Gathmann, P.
- 56 Müller, E. (1991). Musiktherapie mit einer gehemmt neurotischen Patientin. Betreuung: Oberegelsbacher, D.; Gathmann, P.
- 57 Plattner, S. (1992). Emotionalität und Musiktherapie – Dargestellt am Beispieleiner Einzelmusiktherapie mit einem Morbus Crohn –Patienten. Betreuung: Schmölz, A.; Gathmann, P.
- 58 Jagfeld, J. (1992). Der Aussagegehalt der musikalischen Geschehens innerhalb des therapeutischen Prozesses. Betreuung: Gathmann, P.; Schmölz, A.

- 59 Stanzel, M. (1994). Aspekte von Übertragung, Gegenübertragung und Holding-Function in der Einzel- Musiktherapie mit einer bulimischen Patientin. Betreuung: Oberegelsbacher, D.; Gathmann, P.
- 60 Schmidt, V. (1994). Magersucht (Musiktherapie mit Essgestörten unter besonderer Betrachtung des Suchtaspektes). Betreuung: Oberegelsbacher, D.; Gathmann, P.
- 61 Staudinger, W. (1994). Verspielte Zeit – Zeit der Veränderung (Auf der Suche nach der Bedeutung des Spielens in der Musiktherapie). Betreuung: Oberegelsbacher, D.; Gathmann, P.
- 62 Pirchl, A. (1994). Das Phänomen Sexualität in der Musiktherapie. Bearbeitung einer Beziehungsstörung bei einer anorektoiden und einer konversionsneurotischen Patientin. Betreuung: Oberegelsbacher, D.; Gathmann, P.
- 63 Rentmeister, U. (1994). Dem Unbewussten eine Stimme geben (Musiktherapie mit einer adipösen, depressiven Frau). Betreuung: Oberegelsbacher, D.; Gathmann, P.
- 64 Drews, A. (1994). Musiktherapie mit Kindern während der Knochenmarkstransplantation. Betreuung: Oberegelsbacher, D.
- 65 Hendling, M. (1995). Musiktherapie mit belasteten schwangeren Frauen – ein Projekt. Betreuung: Oberegelsbacher, D.
- 66 Kügerl, D. (1995). Realitätsprüfung in der Musiktherapie. Betreuung: Oberegelsbacher, D.
- 67 Schmidl J. (1996). Identitätsfindung durch Musiktherapie. Einzelmusiktherapie mit der psychotischen Jugendlichen Nina. Betreuung: Oberegelsbacher, D.; Gathmann, P.
- 68 Seytter, A. (1996). Musiktherapie mit Mutter und Kind – das triadische Setting als therapeutische Möglichkeit. Betreuung: Oberegelsbacher, D.
- 69 Ure, S. (1999). Musiktherapie als Kurzpsychotherapie. Betreuung: Oberegelsbacher, D.
- 70 Kahles, M. (1999). Musiktherapie mit krebserkrankten Kindern. Betreuung: Oberegelsbacher, D.
- 71 Wiesmüller, E. (2000). Zur Bedeutung von Übergangsobjekten, Übergangsphänomenen und objektalen Besetzungen in der Musiktherapie. Betreuung: Oberegelsbacher, D.
- 72 Mayr geb. Danner, B. (2001). Spezifische und unspezifische Wirkfaktoren von Musiktherapie. Katamnestische Erhebung an psychosomatischen PatientInnen einer psychiatrischen Klinik. Betreuung: Oberegelsbacher, D.
- 73 Wiedner, S. (2001). Musiktherapie mit Stotterern unter besonderer Berücksichtigung sozialphobischer Aspekte. Betreuung: Oberegelsbacher, D.



74 Lagler, M. (2001). Stille in der Musiktherapie. Betreuung: Oberegelsbacher, D.



**ZUR KLINISCHEN PRAXIS**  
**TEIL 1**

**FALLDARSTELLUNGEN:**

**ERWORBENE HIRNLÄSIONEN**  
**SCHWERSTBEHINDERTE KINDER**  
**ERWACHSENE GEISTIG BEHINDERTE**  
**JUGENDPSYCHIATRIE**  
**FORENSISCHE PATIENTEN**



**SILKE JOCHIMS**

**PSYCHOSOZIALE MINDERHEITEN - EINE  
HERAUSFORDERUNG AN DIE PSYCHOTHERAPIE?  
MUSIKTHERAPIE ALS ANTWORT AUF DIE SPEZIELLEN  
BEDÜRFNISSE VON RANDGRUPPEN**

**PSYCHOSOCIAL MINORITIES –  
A CHALLENGE FOR PSYCHOTHERAPY?  
MUSIC THERAPY AS AN ANSWER TO  
SPECIAL NEEDS OF FRINGE GROUPS**

The working group „Music Therapy“ within the European Association for Psychotherapy (EAP) exists since 1997 and is defining the professional identity in the sense of psychotherapy which is primarily taking place within the medium of music itself. One main point of focus of this working group was the political dimension of psychotherapy, the right for psychotherapy for everybody. Thus the participation in the EAP-symposium about „Psychotherapy, Ethics and Human Right“ 1999 in Straßbourg was as well a result as the following group-presentation at the 2<sup>nd</sup> World Congress for Psychotherapy 1999 in Vienna:

“Following current schools of thought about requirements for psychotherapeutic treatment it is said to be necessary on the patients behalf to have the ability for insight and reflection, for verbalizing and relating as well as to be intellectually sophisticated. For some sections of the population without these abilities psychotherapeutic treatment is normally not accessible. Also the health insurance system mostly does not admit clients to psychotherapy who don't fulfil the above criterias. Is it possible that psychotherapeutic treatment will only be seen as worthwhile if the patient will be re-integrated as a fully independent member into society?

Up to now the discussion for indication for psychotherapeutic treatment took place predominantly on the level of the way of proceeding: conflict orientated versus supportive psychotherapy, regression encouraging versus regression restricting psychotherapy for instance. Very seldom you hear a discussion about

---

Vortrag beim 2<sup>nd</sup> World Congress of the World Council for Psychotherapy – Subsymposion Music Therapy, Juli 1999, Wien (überarbeitete Fassung)

indication for psychotherapy on the level of the basic medium chosen for interaction. Till now too much of exclusive reference to language as a basic medium for psychotherapeutic intervention has taken place. Therefore fringe groups, who are not able to verbalize and/or to reflect and/or to relate, have been excluded of psychotherapeutic supply. If for parts of our society this supply cannot be taken for granted, there is a danger within an achievement orientated society, that in times of shortage of money for instance those fringe groups and their needs will be overseen.

If you change the viewpoint about indication and focus on the medium for intervention, it is possible by intervening on a preverbal sound-interaction level better to reach the needs of the handicapped, the brain injured, the psychotics, gerontopsychiatric patients, dissocial youngsters, the autistic, mutistic as well as forensic patients than by exchanging on a verbal level. Without reflective and/or verbalizing abilities they all have nevertheless a high level of desire for expression and relationship as well as an increased necessity for regression and catharsis. How often these people just struggle for a basic right to exist! If they sense this right, it is possible even with cognitive restrictions and no verbalizing abilities to go through the process of coping with illness on a more concrete, emotional level.” (Jochims S., Halmer-Stein R., Gindl B., Naarden, M., Oberegelsbacher D., 1999, pp. 1-2)

The addition of a preverbal, acting orientated medium for psychotherapeutic interaction forces to reconsider the present definition of a so called “therapy-capability” of a client. At least psychotherapeutic treatment should not anymore fail because of the lack of abilities on the patients behalf. Instead the medium for interaction and intervention should be adapted to his personal abilities, the question about indication being discussed furthermore on the level of chosen medium instead of the level of abilities. This would help to guarantee in future times the psychotherapeutic supply for everybody in need, which is nowadays more or less utopic.

Below you will read five longer case studies, which are all focussing exemplarily on clients of fringe groups. The five authors are specialists of different european countries, but all have one common ground: they use music and sound analogue to language as a medium for interaction and psychotherapeutic interventions. Thus psychotherapy takes place within the medium of sound itself, if verbal-reflective abilities are inhibited. But if necessary and possible, the psychotherapeutic intervention is extended to the level of spoken language.

Die Arbeitsgruppe „Musiktherapie“ im Europäischen Verband für Psychotherapie (EAP) besteht seit 1997 und definiert die professionelle Identität im Sinne einer Psychotherapie, die primär im Medium der Musik vollzogen wird. Einen wesentlichen Teil ihrer Aufmerksamkeit widmete die Arbeitsgruppe der politischen Dimension psychotherapeutischer Arbeit, dem Recht auf Psychotherapie für jedermann. Daraus ergab sich die Teilnahme am EAP-Symposium über „Psychotherapie, Ethik und Menschenrechte“ in Straßburg 1999 ebenso wie die folgende Gemeinschaftsdarstellung beim 2. Weltkongreß für Psychotherapie 1999 in Wien:

„Nach derzeit gängiger Lehrmeinung bedarf es für eine psychotherapeutische Behandlung auf Patientenseite an Einsichtsfähigkeit, Reflexionsfähigkeit, Verbalisierungsfähigkeit, Beziehungsfähigkeit sowie intellektueller Differenziertheit. Bevölkerungsgruppen ohne diese Fähigkeiten erhalten üblicherweise selten Zugang zur Psychotherapie. Auch die Krankenkassenregelungen lassen eine psychotherapeutische Behandlung der Menschen, die den oben genannten Kriterien nicht genügen, meist nicht zu. Wird eine psychotherapeutische Behandlung vielleicht nur dann für lohnenswert erklärt, wenn der/die PatientIn am Ende der Therapie als in allen Lebensbereichen selbständiger Mensch in die Gesellschaft zurückgegliedert werden kann?

Bislang wird die Indikationsdiskussion vorwiegend auf der Ebene der Vorgehensweise geführt: aufdeckend versus stützend-zudeckend, regressionsfördernd versus regressionsvermeidend u.a. Selten anzutreffen ist eine Indikationsdiskussion auf der Ebene des zur Interaktion verwendeten Mediums. Durch die bislang allzu ausschließliche Bezogenheit auf Sprache als grundlegendes Medium psychotherapeutischen Intervenierens werden Randgruppen, die weder ausreichend verbalisierungsfähig noch beziehungsfähig sind, ausgeschlossen von der psychotherapeutischen Versorgung. Wird für Teile der Bevölkerung ein psychotherapeutisches Behandlungsangebot nicht als selbstverständlich angesehen, so besteht die Gefahr, daß diese Randgruppen z.B. bei Geldknappheit innerhalb der Leistungsgesellschaft übersehen werden.

Ändert man die Blickrichtung der Indikationsfrage auf das Medium der Intervention, so ergeben sich durch den Einsatz des präverbale Interaktionsmediums "Klang" Möglichkeiten, den Bedürfnissen geistig Behinderter, Hirnverletzter, Psychotiker, gerontopsychiatrischer Patienten, dissozialer Jugendlicher, Autisten, Mutisten oder auch forensischer Patienten besser gerecht zu werden als bisher. Sie alle haben bei nicht vorhandenen reflexiven und/oder sprachlichen Möglichkeiten ein hohes Ausdrucks- und Beziehungsbedürfnis sowie einen erhöhten Regressions- und Katharsisbedarf. Wie häufig ringen gerade diese

Menschen um eine existentielle Daseinsberechtigung! Wird sie gespürt, ist auch bei kognitiver Einschränkung eine emotional fokussierte Krankheitsverarbeitung auf konkret-handelnder Ebene realisierbar. “ (Jochims S., Halmer-Stein R., Gindl B., Naarden, M., Oberegelsbacher D., 1999, S. 1)

Die Hinzunahme eines vorsprachlichen, handlungsorientierten Interaktionsmediums zwingt zum Überdenken der bisherigen Definition von "Therapiefähigkeit" eines Klienten. Letztendlich dürfte eine psychotherapeutische Behandlung in Zukunft nicht mehr an den Fähigkeiten des Klienten scheitern. Statt dessen sollte das Medium zur psychotherapeutischen Interaktion seinen Möglichkeiten angepaßt werden, die Indikationsfrage mithin nicht mehr ausschließlich auf der Ebene der Fähigkeiten, sondern vielmehr auf der Ebene des eingesetzten Mediums geführt werden. Nur so wäre zukünftig eine psychotherapeutische Versorgung auch für Randgruppen der Gesellschaft gewährleistet, was bislang allerdings noch eher utopisch erscheint.

Im Folgenden werden fünf ausgedehnte Fallvignetten vorgestellt, die sich allesamt exemplarisch auf die Arbeit Randgruppen beziehen. Die fünf AutorInnen sind Fachspezialisten aus verschiedenen europäischen Ländern, die jedoch alle eines gemeinsam haben: Sie setzen Musik und Klang als Medium zur Interaktion analog zur Sprache ein und können dadurch bei kognitiver und/oder sprachlicher Einschränkung des Klienten im Medium selber im psychotherapeutischen Sinne intervenieren. Folglich kann, wenn sprachlich-reflexive Möglichkeiten nicht gegeben sind, Psychotherapie auch auf der Ebene der Klangsprache stattfinden. Falls notwendig und möglich, wird jedoch die psychotherapeutische Intervention auch auf die Sprachebene ausgedehnt.

## Literatur

- Jochims S., Halmer-Stein R., Gindl B., Naarden, M., Oberegelsbacher D., (1999).  
Wer braucht eigentlich Psychotherapie? Who actually needs Psychotherapy?  
Überarbeitete Fassung eines Hand-out zum Gemeinschaftsvortrag des EAP  
Arbeitskreises „Musiktherapie“ am 5. Juli 1999 im Subsymposium Musiktherapie.  
2. Weltkongreß für Psychotherapie, 4.-8- Juli Wien.



SILKE JOCHIMS

**DER STELLENWERT DES „DRITTEN“ IM  
MUSIKTHERAPEUTISCHEN BEHANDLUNGS-SETTING  
AM BEISPIEL DESTRUKTIVER BEZIEHUNGSDYNAMIK**

**THE VALUE OF THE „THIRD“ WITHIN THE  
MUSIC-THERAPEUTIC SETTING OF TREATMENT  
DESTRUCTIVE DYNAMICS OF RELATIONSHIP SERVING AS AN EXAMPLE**

Quite often experiences of loss lead to destructive impulses, which are caused by feelings of powerlessness and depreciation resulting from offence, humiliation and too strong dependence. Neurological diseases, but specially Traumatic Brain Injury provoke the arousal of destructive impulses, because all those feelings are stimulated, which are contributing to the development of destructiveness. Brain Injury is not only a good breeding-ground for destructive impulses, but also an obstacle for psychotherapy based on cognitive-reflective abilities, because the organ for insight and reflection is inhibited in working on an abstract level. Therefore brain injured patients need action-orientated psychotherapy on a concrete emotional level. As destructive behaviour is producing helplessness in their surroundings and as it is nearly impossible to get in contact with destructive patients, the two causes for the need of the „Third“ are discussed. It is demonstrated by a case study that it is possible to reach directly to the emotional level by active improvisation and sound-creation of patient and therapist together without the patient being fully orientated and being able to reflect his destructive behaviour. The conflict is shaped and formed in the music and can thus be settled out symbolically, without somebody being destroyed. The „Third“ within the therapeutic relationship makes it possible that destructiveness is transformed into constructive creativity and that the process of coping with disease even in a state of reflective inability can be started.

Nicht selten führen Verlusterlebnisse zu destruktiven Handlungsimpulsen. Ursache destruktiver Impulse sind Ohnmachts- und Entwertungsgefühle durch Kränkung, Demütigung und allzu große Abhängigkeit. Neurologische Erkrankungen, speziell aber Hirnverletzungen – vergleichbar traumatischen Erfahrungen – provozieren geradezu die Auslösung destruktiver Impulse, weil in der Person des Erkrankten alle die gefühlsmäßigen Anteile belebt werden, die zur Entstehung von Destruktivität beitragen. Hirnverletzungen sind jedoch nicht nur ein Nährboden für destruktive Verhaltensweisen, sondern verhindern auch eine Krankheitsverarbeitung auf kognitiv – reflexiver Ebene, da das Organ zur Einsicht und Reflexion nur eingeschränkt arbeitsfähig ist. Hirnverletzte brauchen darum eine handlungsorientierte Psychotherapie auf einer konkret-emotionalen Ebene. Da destruktive Handlungsimpulse die Umgebung hilflos machen und da die Beziehungsaufnahme durch den Zerstörungswillen behindert ist, werden zwei Begründungen für die Notwendigkeit des „Dritten Feldes“ diskutiert. Anhand einer Fallvignette wird demonstriert, daß es auch im Zustand verminderter Reflexionsfähigkeit wie z.B. im Durchgangssyndrom möglich ist, durch gleichzeitiges aktives Spielen von Therapeut und Klient direkt die emotionale Ebene zu erreichen. Der Beziehungskonflikt kann durch das „Dritte“ in der therapeutischen Beziehung symbolisch ausgetragen werden, ohne daß es ein Zerstören geben muß. Dieses „Dritte“ ermöglicht sowohl die Umwandlung von Destruktivität in konstruktive Kreativität als auch den Einstieg in den Krankheitsverarbeitungsprozeß.

---

Vortrag beim 2<sup>nd</sup> World Congress of the World Council for Psychotherapy - Subsymposion Music Therapy, Juli 1999, Wien (überarbeitete Fassung)

## Generelle Aspekte zur Destruktivität

Destruktion schließt im Gegensatz zur Aggression Zerstörungswille und Vernichtungsimpulse ein. Freud definierte den Destruktionstrieb als Todestrieb mit dem Ziel der Zerstörung des anderen oder der Selbstzerstörung (Fröhlich, 1987, S. 342). Eine Reihe von Autoren sehen Destruktivität als Folge sehr schwerer Versagungen, Kränkungen und Demütigungen, sowie als Folge besonders hilflos machender Abhängigkeit (Kast, 1987; Elhardt, 1974; Dörner u. Plog, 1987). Destruktivität ist demnach eng gekoppelt mit Ohnmachts- und Entwertungsgefühlen. „Töten ist die radikalste und endgültigste Art des Menschen, seine Ausweglosigkeit auszudrücken, sein Lebensproblem zu lösen. Sich oder den anderen zu töten, ist zugleich grundsätzlich eine der Lösungsmöglichkeiten jeder Krise“ (Dörner u. Plog, 1987, S. 326).

Als Hauptauslöser für Krisen, die zur Destruktivität führen können, sieht V. Kast (1987, S. 101) Verluste jeder Art. Die eigene Ohnmacht gegenüber einem mächtigeren Schicksal wird in Verlusterlebnissen auf bedrohlich reale Weise spürbar. „Auch der Verlust der Gesundheit ist eine Verlustkrise, die uns tief erschüttert, uns aus dem normalen Gang unseres Lebens abrupt herausreißt“ (Kast, 1987, S. 125) Krankheiten, die zu lebenslanger körperlicher und/ oder geistiger Einschränkung führen, bedeuten den Verlust des gesamten bisherigen Lebensstiles einschließlich des persönlichen Lebensentwurfes (vgl. Eyraud/Caumer, 1995; Jochims, 1990, 1997) Eine Vielzahl neurologischer Erkrankungen, wie z.B. Schädel-Hirn-Trauma nach Verkehrsunfall, Zustand nach Reanimation, nach schwerer Virusencephalitis oder auch nach Schlaganfall u.ä. sind ein Beispiel dafür (vgl. Prosiegel, 1988).

Welch seelische Belastung trifft den Menschen, der ohne innere Vorbereitungszeit, ohne Vorwarnung eines langsam sich einschleichenden Krankheitszustandes aus heiterem Himmel nicht mehr laufen, nicht mehr die Hände einsetzen, nicht mehr die Ausscheidungsfunktionen regulieren kann, darüber hinaus u.U. örtliche, zeitliche und persönliche Zusammenhänge nicht mehr verstehen kann ...kurz: der von einem unabhängigen Leben eines Erwachsenen zurückgeworfen wird in die völlige Hilflosigkeit eines Kindes, verbunden mit der erniedrigenden Demütigung durch Windeln, Rollstuhl, verwirrt Sein und dergleichen mehr. Hirnverletzung kommt einem traumatischen Erlebnis sehr nahe, weshalb wohl in der amerikanischen Literatur das Krankheitsbild mit dem Begriff „Traumatic Brain Injury“ (Arciniegas et al., 2000) umschrieben wird.

Zum Trauma-Begriff schreiben W. Butollo et al. (1999): „Der Begriff Trauma bezeichnet medizinisch gesehen eine körperliche Verletzung oder Schädigung durch einen äußeren Einfluß, eine oft lebensbedrohliche Veränderung von Körpergewebe.

Analog dazu sprechen wir im psychologischen Sinne von einem Trauma, wenn die Seele durch einen äußeren Einfluß verletzt oder geschädigt wurde. Können wir auch davon ausgehen, daß ein Trauma lebensbedrohliche Veränderungen psychischer Prozesse – mit den entsprechenden Auswirkungen auf das Erleben und Verhalten – nach sich zieht? Wir denken, Traumatisierung bedeutet im psychologischen Sinn genau das; eine existentiell bedrohliche Erfahrung, eine massive Verletzung unserer psychischen Wirklichkeit und daraus resultierende dramatische Veränderungen in allen psychologischen Variablen. Eine traumatisierte Person muß also zum einen die Verletzung und die daraus resultierenden psychischen Veränderungen verkraften. Zum anderen muß sie zusätzlich dem Faktum Rechnung tragen, daß mit einem Schlag die Sicherheit, die durch ein konstantes inneres Erleben und diesem entsprechendes Verhalten vorhanden war, verloren gegangen ist. Dieser Verlust der Sicherheit macht die Phase der posttraumatischen Anpassung zu einer Zeit der erhöhten Vulnerabilität“ (S. 176, ff).

Diese Trauma-Definition trifft m.E. auch auf den Zustand nach Hirnverletzung zu, ja, er beschreibt ihn m.E. überaus treffend. Auch verknüpfen Butollo et al. (1999) das traumatische Erleben mit dem Begriff des Verlustes: „Eine traumatische Erfahrung hat immer mit der Beziehung zwischen Innen und Außen, mit dem Erleben eines Verlustes äußerer Wirklichkeit oder der Verletzung durch äußere Realität zu tun. Eine traumabedingte Störung nun bezeichnet nach unserem Verständnis immer den Verlust oder die schwere Verletzung der Grenze zwischen Innen und Außen.

Dieser Verlust kann auf allen Ebenen stattfinden: der biologischen (z.B. Verlust von Körperteilen, bleibende Schädigungen), der psychologischen (Verlust von Wertesystemen oder Überzeugungen), der sozialen (Verlust von nahestehenden Personen, Verlust von sozialen Ressourcen) und / oder der spirituellen Ebene (Verlust einer zuvor vielleicht erlebten transpersonalen Verbundenheit). Alle auf den Verlust hin stattfindenden Prozesse wirken auf das gesamte System“ (S. 178 ff.). Ein Autonomieverlust, dramatisch erfahrbar bei Hirnverletzung, bewirkt Ohnmachts- und Entwertungsgefühle, ein idealer Nährboden für Destruktivität.

Der Verlust der eigenen körperlichen Unversehrtheit bedeutet zugleich auch den Verlust des Selbstwertgefühls, der verstümmelte Körper wird als Kränkung und Demütigung erlebt. Neurologische Erkrankungen provozieren mithin geradezu die Auslösung destruktiver Impulse, weil in der Person des Erkrankten alle die gefühlsmäßigen Anteile belebt werden, die zur Entstehung von Destruktivität beitragen. Die ohne eigenes Zutun vom „Schicksal“ bewirkte Zerstörung des Körper - und/oder Geist-Selbst wird mit dem Wunsch zur Zerstörung der noch Gesunden beantwortet. Rache zu nehmen für die erlittene Demütigung und die zerstörte Zukunft, mag der entscheidende Impuls sein.

## Destruktive Impulse im Durchgangssyndrom

„Der Mensch, der so ganz und gar von der Krise ergriffen ist, fühlt sich von panischer Angst erfaßt, weiß keine Auswege mehr, ist in seinem Problem, in seinem Problemlösen außergewöhnlich eingeschränkt. Der Mensch in einer solchen Situation fühlt sich ganz und gar hilflos ..., oft wird das Bild gebraucht: Ich fühle mich wie in einem dunklen Schlauch, ich sehe nirgends einen Ausweg. Und dieses Erleben der Krise ist von panischer Angst begleitet“ (Kast, 1987, S. 18 ). Wenn die Angst, wie in dem zitierten Beispiel, noch erlebbar, d.h. bewußt zugänglich ist, kann die „Anleitung zur Angstbewältigung“ (ebd. S. 19) erfolgen. Ist die Angst aber abgespalten, bzw. dem Bewußtsein und dem bewußten Erleben nicht zugänglich, kann sie leicht in destruktive Impulse umschlagen (vgl. Dörner und Plog, 1987). In diesem Zustand der Bewußtseinsbeschränkung befinden sich generell Patienten im Durchgangssyndrom nach Hirnschädigung. Ihre Desorientiertheit muß in ihnen Angst und Unsicherheit auslösen, was in ungebremsste aggressive Impulse umschlagen kann, da diese Gefühle dem Bewußtsein nicht zugänglich sind. Hirnerkrankung kann die Tötungshemmung abbauen (vgl. Dörner u. Plog, 1987 , S. 327).

Es ist sehr schwer, sich vorzustellen, welche Auswirkung eine Hirnerkrankung auf die Gesamtpersönlichkeit hat. Dörner und Plog versuchen es folgendermaßen zu beschreiben: „Ich spüre irgendwie, wie ich in einem Strudel weggerissen werde, weg von jedem Stand und Halt. Das macht Angst. Aber die Angst und Bedrohung sitzt so tief körperlich und ist so umfangreich, daß ich sie kaum als abgehobenes seelisches Gefühl ausdrücken oder auch nur sagen kann „ich habe Angst“. Vielmehr ist die Angst ein totales biologisches Alarmsignal. Nicht ich drücke sie aus, schon dazu fehlt mir die Verfügungsmacht. Die Angst drückt sich selbst aus. Weniger ich handle, sondern ich werde auf einer biologisch älteren Ebene von äußeren und inneren Reizen gehandelt, gesteuert“ (S. 353 ). Das Symptom der Bewußtseinsbeschränkung sowie z.B. auch das Symptom von früher scham-kontrollierten Triebanteilen „ist zugleich Ausdruck des Krankmachenden bzw. Kränkenden, Versuch der Problemlösung und Selbsthilfe, sowie Angstabwehr mit der Gefahr, darin umzukommen“ (Dörner u. Plog, 1987, S. 353).

Mich erinnert der Zustand dieser Menschen, ihre Art von Da-Sein, an das Reich der Kinder, deren bewußte Wahrnehmung ihres Selbst erst lange nach der Geburt einsetzt. Kinder reagieren spontan, zeigen Angst, Wut, Zerstörungslust und Trauer ungehemmt und unkontrolliert. Sie sind sozusagen personifizierte Gefühle, nicht ahnend, daß ihre Tränen Trauer bedeuten und ihre Zerstörungslust Haß. Sie leben die Gefühle, ohne sie reflektierend benennen zu können.

In einem wesentlichen Punkt allerdings unterscheiden sich wiederum die erwachsenen Patienten im Durchgangssyndrom von Kindern: Sie haben eine Vergangenheit, in der sie ihre Gefühle kontrollieren und reflektieren, ihr Verhalten an die äußeren Gegebenheiten anpassen konnten. Die Erwartungen der Umwelt an ihr weiterhin adäquates Verhalten – weil sie ja Erwachsene sind – bleibt bestehen. Sie selbst werden umso verwirrter, je mehr ihr Verhalten von diesen Erwartungen differiert, je mehr sie sich selbst nicht mehr verstehen, weil sie so anders sind als früher. Ihre Wachheit ist groß genug, um die Diskrepanz zwischen heute und früher zu fühlen, sie ist aber nicht groß genug, um zu verstehen, was sich ereignet hat. Dieses Ahnen des Andersseins unterscheidet sie von den Kindern und beschwert ihre Seele. Im Durchgangssyndrom ist man der Angst vehement ausgeliefert, ihre Integration wird durch die Unfähigkeit zur Reflexion verhindert (vgl. Prosiegel, 1988, S. 64)

### **Beziehungsdynamik bei Destruktivität**

Der zur Destruktivität neigende Klient erlebt sich als ohnmächtig, erniedrigt, minderwertig, abhängig und sozial nicht anerkannt. Der Therapeut ist in seinen Augen ein Symbol für Unversehrtheit, Macht, Autonomie, Leistungsfähigkeit und damit verbundener sozialer Anerkennung. Psychodynamisch gesehen, muß sich auf der Seite des Klienten Neid auf die Symbolfigur "Therapeut" entwickeln, denn der vereinigt in sich alle die positiven Eigenschaften, die dem Klienten abrupt abhanden gekommen sind. Der Neid setzt den Wunsch nach Zerstörung dieser Symbolfigur frei. Der Therapeut wiederum gerät leicht in Ohnmachtsgefühle angesichts dieses massiven, vom Neid diktierten Gefühlschaos. Letztendlich erlebt er die gleiche Ohnmacht, aber nicht die gleiche Wut dem „Schicksal“ oder, anders ausgedrückt, der höheren Macht gegenüber wie der Klient. Zusätzlich entwickelt er möglicherweise auch noch Schuldgefühle auf Grund seiner real besseren Situation, auf die er wiederum keinen Einfluß hatte. Er steht hilflos der Frage gegenüber, warum es nicht ihn, sondern gerade den anderen getroffen hat. Mit diesem Schuldgefühl „Warum habe gerade ich das bessere Los gezogen?“ müssen z.B. bis heute – noch 50 Jahre später – die Holocaust-Überlebenden fertigwerden. Erst jetzt beginnen sie, darüber Zeugnis abzulegen, so schambesetzt ist offensichtlich das Gefühl, zu den Geretteten zu gehören.

Der traumatisierte Klient verlangt indes sehr häufig von dem Therapeuten die Wiederherstellung alter Verhältnisse, was natürlich unmöglich ist. Die Kombination von Anspruchshaltung und Neid auf Seiten des Klienten sowie Ohnmachts- und Schuldgefühlen auf Seiten des Therapeuten erzeugt entweder Hilflosigkeit beim Therapeuten, was im Beziehungsgeschehen zu einer Blockade führen muß. Diese

Blockade kann durchaus den Abbruch der gesamten Therapie bewirken. Oder aber die Ohnmachtsgefühle des Therapeuten als Antwort auf die Anspruchshaltung des Klienten lösen in ihm selbst destruktive Impulse aus, wodurch ein Machtkampf entsteht, der die stützende und haltende Beziehungsarbeit des Therapeuten ad absurdum führt. Entwickelt sich erst ein Machtkampf, so ist die gesamte therapeutische Beziehung ruiniert.

Sowohl Blockade wie auch Machtkampf entstehen besonders leicht dann, wenn es in der therapeutischen Beziehung kein, wie Ogden es nennt, „Drittes Feld“ (zitiert nach Brown, 1999, S. 66 ) gibt. Die in der freien Improvisation entstehende Klanggestalt sehe ich als Synonym für dieses von Ogden beschriebene „Dritte Feld“. Durch die im gleichzeitigen Spiel entstehende „Gestalt“ wird das Entweder – Oder zwischen Ausleben ( = Machtkampf ) oder Zurückhalten des Wunsches nach Zerstörung des Therapeuten ( = Blockade ) aufgelöst, denn der blinde Haß auf Grund des Neidgefühls kann gefahrlos auf der Symbolebene, aber doch im konkreten Handeln geäußert werden. Der Klient kann seinen Zerstörungswillen auf das Instrument richten und muß seine Impulse nicht mehr zurückhalten, braucht sie aber auch nicht mehr gegen sich selbst zu richten. Der Therapeut kann seine in der Hilflosigkeit angestauten Energiepotentiale (potentielle Aggression gegen den Aggressor) im Sinne eines Resonanzkörpers nutzbar machen.

Ogden (zitiert nach Brown, 1999, S. 66) beschreibt dieses Dritte Feld innerhalb der therapeutischen Beziehung als Ort „der gleichzeitigen Einheit und Zweiheit“. Die Klanggestalt, analog zu dem Begriff „Feld“, wird zum Ausdruckssymbol zweier Menschen, die durch die gemeinsame Gestaltung zur Einheit werden und doch, klar hörbar, getrennte Wesen mit unterschiedlichen Gefühlen bleiben. Beide können von ihrer Position aus ihre Gefühle äußern, ohne Zerstörung oder Machtkampf zu riskieren.

Durch die gemeinsame Gestaltung im Klang werden die so schwer aushaltbaren destruktiven Impulse für beide Beziehungspartner gleichermaßen erträglicher. Der Konflikt wird symbolisch ausgetragen, ohne daß es ein Zerstören geben muß. Destruktivität wird mit Hilfe dieses „Dritten“ umgewandelt in konstruktive Kreativität. Die durch gemeinsames Spiel entstehende Klanggestalt spiegelt das ganze innere Spektrum des Klienten, seine ihm zugänglichen, aber auch die abgespaltenen Gefühle wider. Auf diese Weise wird das vollständige Spektrum der Trauerarbeit für ihn auf emotionaler Ebene erlebbar und damit rationaler Bearbeitung zugänglich.

Abb. 1 Beziehungsdynamik ohne das „Dritte“

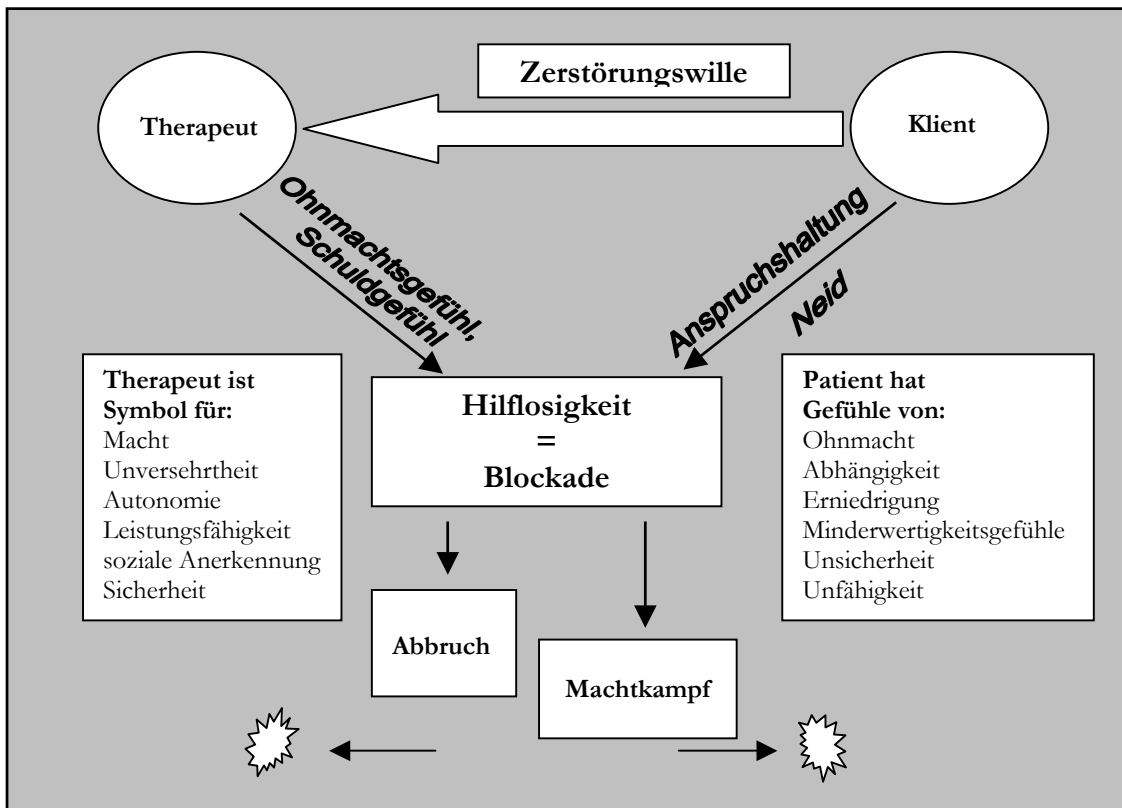
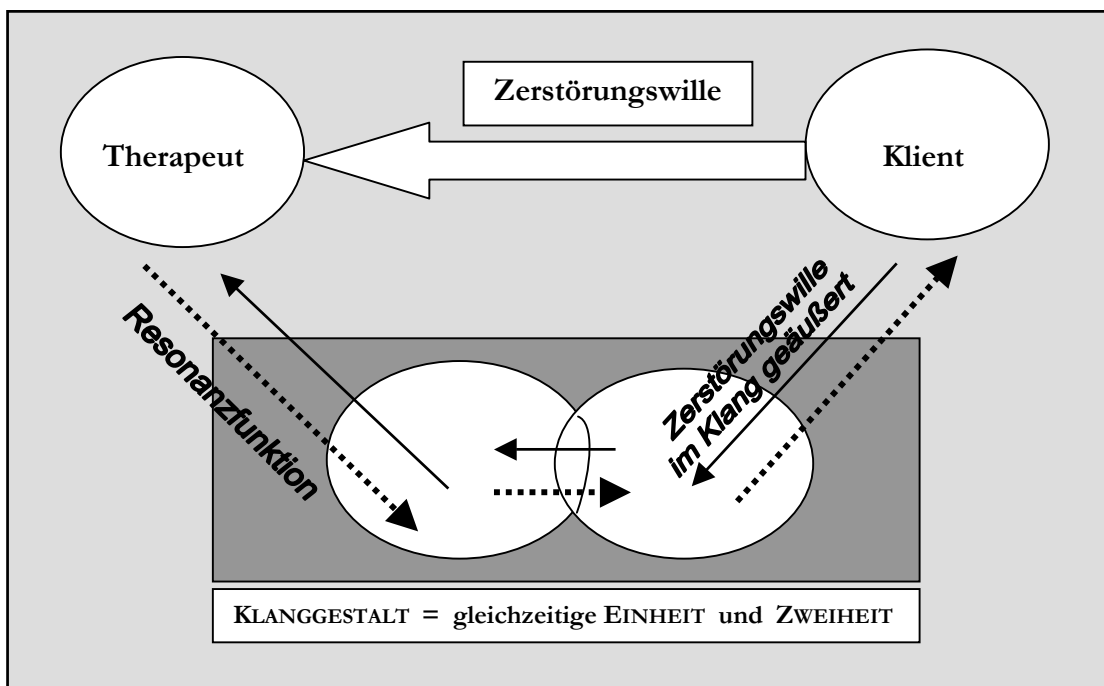


Abb. 2: Beziehungsdynamik bei gleichzeitigem Spiel von Therapeut und Klient



### **Fallvignette:**

Ich will von Frau F. erzählen, einer jungen, verheirateten Frau und Mutter, die an Virusencephalitis erkrankte. Im ausklingenden Durchgangssyndrom zeigte sie desintegrierte aggressive Ausbrüche, die „teilweise inadäquat“ (so der Arztbericht) erschienen. Davon war vor allem der Ehemann betroffen, der immer dann von ihr tätlich angegriffen wurde, wenn sie sich in der Aufwachphase befand. Tagsüber war ihr Verhalten unauffällig. Nachts wachte sie häufiger auf und schlug in solchen Momenten ihren Mann mit großer Kraft oder versuchte gar, ihn zu erwürgen. Er war sowohl physisch wie auch emotional sehr betroffen von ihren Angriffen. Weder hatte er genügend Kraft, sie abzuschütteln, noch genügend innere Distanz, ihre Angriffe nicht persönlich zu nehmen. Der Psychiater wurde konsultiert und empfahl Psychopharmaka. der Chefarzt dagegen wollte es vorher noch mit Musiktherapie versuchen...

### **Bewußtwerdung der Angst**

Mein optischer Eindruck zu Beginn der ersten Stunde: „Sie sitzt wie ein verschämtes kleines Kind vor mir, die Arme eng an den Körper gepreßt, die Stimme ganz leise, sehr hoch, verhaucht, kraftlos, ein piepsiges Stimmchen. Sie wirkt zaghaft, unsicher, keinen Raum einnehmend mit ihrer Gestalt. Wie ein gut erzogenes Kind wartet sie auf meine Anweisungen, brav, bescheiden, gehorsam. Ihr Körper scheint statisch, schwingungslos, zurückgenommen.“ Das ist ihre eine Seite – kaum vorstellbar die Angst, die sie ihrem Mann einflößte ...Wie anders dagegen ihr Spiel in der ersten Stunde: Sie hetzte von Instrument zu Instrument, suchte überall bekannte Lieder wie „Alle meine Entchen...“. Offenbar war Vertrautes vonnöten, Sicherheit und Halt wurden ersehnt. Als es nach Leier- und Klavierspiel an der Bongo durch rastlose, tremoloartige Bewegungen aus ihr lauter und grollender hervorbrach, hörte sie abrupt auf. „Das Laute macht Angst“, hauchte sie. „Zum ersten Mal erlebt sie das Gefühl der Angst bewußt“, übersetzte ich für mich. Ich hatte in diesem Moment des Angstdurchbruchs als Spielpartner nicht das haltende, tragende Element verkörpert. Meine Konga zu ihrem Bongospiele gab kaum stützende Klänge her, nur unberührbaren, singulären Ton, schwingungslos und trocken im Klang, ohne Verschmelzungsmöglichkeit. Das mußte für sie eher als Anstoß denn als Halt geklungen haben. Zur Reduzierung ihrer Angst waren andere Klangangebote meinerseits nötig, zum bewußten Erleben ihres sie beherrschenden Gefühls war es jedoch richtig so: das Nicht-Gehalten-Werden, das Bodenlose, brachte die Angst ins Bewußtsein hoch. Erst meine später angebotenen pedalisierten, harmonisch stützenden



Klavierklänge ermöglichten ihr dann ein ruhig-sanftes Versunkensein und In-Sich-Hineinlauschen.

Ihr Weg in der ersten Stunde von der Leier über das Klavier zur Bongo und zurück zur Leier am Ende der Stunde war wie ein gelebtes „Aus-Sich-Herauskommen“ (= crescendo) und „Wieder – Zurücknehmen“ (= decrescendo). Auf dem Höhepunkt des crescendos kam Verwirrung auf, Angst vor dem, was sich da entäußern wollte. Im Alltagsumgang war Frau F. zurückgenommen, ihre aggressiven Ausbrüche fanden nur in Halbschlafphasen statt. Nun konnte sie bei völliger Wachheit im klanglichen Gestalten mit diesen für sie sonst unerreichbaren Gefühlen in Verbindung kommen.

Nach dieser ersten Stunde bereits schlief Frau F. die Nächte durch, aggressive Ausbrüche gegen ihren Mann kamen nicht mehr vor. Es wäre sicherlich vermessen, diesen Erfolg einzig auf die Musiktherapie zurückzuführen. Immer ist es ein multi-kausales Geschehen, das Veränderung ermöglicht. Aber das Kanalisieren, das Entäußern im Wachzustand, das symbolische Verarbeiten durch die Gestaltung der Gefühle im konkret-klanglichen Ausdruck hat sicherlich eine entlastende, katharsis-ähnliche Funktion, die in diesem Fall ausreichte, die zum Krankheitsbild gehörende „Verhaltensstörung“ zu korrigieren.

### **Mit der Angst angenommen werden**

Die Angst war damit jedoch noch lange nicht überwunden, sie war nur mehr ins Bewußtsein gerückt und mußte nicht mehr abgewehrt werden. In der dritten Stunde wiederholte sich das Klaviergegrolle aus der ersten Stunde. Es wurde jedoch immer lauter – denn sie hatte sich die tiefere Hälfte des Klaviers gewählt, ich sollte auf der hohen Seite mit ihr mitspielen. Die dunklen Töne schwoilen bedrohlich an, besonders, als ich etwas Ruhiges einflocht bzw. dageganzusetzen versuchte. Nach solchen Momenten jagten wir uns gegenseitig über die Tasten, ein wildes, chaotisches Spiel, das von ihr angetrieben wurde. Ihre Angst vor der Lautstärke hatte offenbar abgenommen, denn sie eilte als nächstes zur Gongwand. Ich versuchte noch einmal ein ruhiges, langsam fließendes Thema dageganzusetzen. Sie aber brachte mit schnellen Bewegungen die Instrumente zum Zittern, zögerte nicht vor ihrer anschwellenden Gewalt, sprang über zur Gong-Drum, setzte auch die in machtvoll-vibrierende Bewegung ...Ein abruptes Ende ließ die Grenze ihrer Belastbarkeit ahnen.

Mich brauchte Frau F. vor allem als Hinhör-Partnerin, als Hörende, die standhalten konnte. Was ich zu sagen hätte, war noch nicht wichtig. Nur eines war wichtig: ihr nicht das Gefühl auszureden, durch die so geläufigen Worte: „Du brauchst keine Angst zu haben, es wird schon wieder alles gut.“ Musikalisch übersetzt wären das

etwa sanfte, weiche, ruhige Klänge und Melodien vielleicht im 6/8 Takt. Sie zu beruhigen, würde bedeuten, ihr Gefühl nicht ernst zu nehmen. Sie aber wollte in ihrer Angst angenommen werden. Darum schob sie auch alle zunächst gut gemeinten beruhigenden Angebote meinerseits im musikalischen Kontext beiseite, setzte ihre Angst dagegen. Ihr Innenleben zu entäußern, sich von quälenden, bedrückenden Gefühlen zu befreien ohne Gefahr zu laufen, für irr, weil hirnerkrank, gehalten zu werden, das war offenbar ihr Anliegen. Ihr Spiel hatte fast durchweg sehr hohen Mitteilungscharakter, war aber kaum auf mich bezogen. Ich hatte schlicht „da“ zu sein und in meiner Musik ihrer Angst zu begegnen, sie anzunehmen. Durch das bewußte Wahrnehmen im hörbaren Gestaltungsprozeß konnte sie dann ihre Gefühle besser integrieren und damit steuern.

### **Kindheitserinnerungen und Träume**

In der 8. Stunde rückte das Lied „Alle meine Entchen“ in den Mittelpunkt. Nachdem wir eine Zeit lang mit ihm in verschiedenen musikalischen Ausdrucksqualitäten gearbeitet hatten, fragte ich sie, was dieses Lied für sie bedeute. Erinnerungen kamen hoch: „Die Schule war schön, die letzte Klasse war nicht schön. Die Kindheit dagegen war sehr schön. Die Schneiderlehre nicht schön, sehr streng.“ Dann erinnerte sie sich an Träume der letzten Nächte: Sie träume jetzt häufig von ihrer Lehrzeit, ihre Lehrherrin sei so streng gewesen. Auf meine Frage, wie sich denn die Strenge der Lehrherrin für sie angefühlt habe, antwortete sie ganz verhaucht: „Ich war ganz eingeklemmt!“ Ich bat sie, dieses Gefühl zu spielen. Sie wählte dafür die Sopranflöte, ich das Klavier. Viele kleine, in sich geschlossene, im Bewegungsausmaß eng gehaltene Spielimpulse in schriller Überblasttechnik gaben beredtes Zeugnis ihrer derzeitigen Gefühlslage (die maximale Bewegungsamplitude ihres Spiels betrug einen Ganzton). Durch weitgriffige, lang ausgehaltene Akkorde im Baß versuchte ich Halt und Untergrund zu geben, der im Durchgangssyndrom symptomatischen „Bodenlosigkeit“ etwas entgegenzusetzen. Ihre aus Beengtheit resultierende Angst spiegelte ich gleichzeitig im Diskantbereich. So hoffte ich, sie könne die Angst als zu sich gehörig wahrnehmen, ohne den Halt verlieren zu müssen. Diese Gefühle hatte sie vorher abgespalten. Jetzt kamen sie durch den handelnden Umgang mit einem Material, das Erinnerungen hochbrachte und an das Unbewußte rührte, zurück in ihr Bewußtsein. Der erste Schritt zur Integration war getan. Nach weiteren vier Stunden gemeinsamer Arbeit wurde Frau F. nach Hause entlassen. Die in Erwägung gezogene Verabreichung von Psychopharmaka hätte vielleicht ebenso Wirkung gezeigt, wäre aber zweifelsohne nicht nebenwirkungsfrei gewesen.

## Diskussion

Aus abgewehrter Angst kann Destruktivität entstehen, wie dieses Fallbeispiel gezeigt hat. Durch die Arbeit mit und an der Angst wurde es möglich, die destruktiven Impulse abzubauen. Die Symptome einer Hirnerkrankung lassen eine rein reflektierende Therapiemethode nicht zu (vgl. Schlösser 1988). Es bedarf bei traumatisierender Hirnverletzung m.E. der Therapie auf handelnder Ebene, um das Geschehene im konkreten Erleben emotional zu verarbeiten und den verletzten Gefühlen eine fühlend-sinnliche Sprache zu verleihen. So beschreibt auch Ullrich Streek (2000), daß Patienten mit schweren seelischen Störungen nach schweren Traumata ihre Erfahrungen und ihr Leiden handelnd, statt in Worte gekleidet mitteilen. Patienten mit Hirnverletzung sind durch ein schweres Trauma gegangen und haben darüber hinaus ihre kognitiven sowie reflexiven Fähigkeiten verloren. Umso dringlicher scheint es, daß ihnen auf einer Handlungsebene die Möglichkeit zum Durcharbeiten des Traumas gegeben wird. Menschen im Durchgangssyndrom und ganz allgemein Menschen mit Hirnverletzung brauchen Spiel, um sich selbst begreifen zu können. Sie brauchen die präverbale Sprachebene, um auf spielerisch – handelnder Ebene symbolisch ihren Gefühlen Ausdruck verleihen zu können, weil der Zugang zur logisch-verknüpfenden Sprache, die Reflexionsfähigkeit und Abstraktionsvermögen mit einschließt, ihnen verschlossen ist. Sie brauchen aber auch das „Dritte Feld“, um ihre destruktiven Impulse auf konkret – handelnder Ebene, dem Spiel, in konstruktive Kooperation umwandeln zu können.

## Literatur

- Arciniegas, D. B., Topkoff, J., Silver, J. (2000). Neuropsychiatric Aspects of Traumatic Brain Injury, Current Treatment Options in Neurology, Vol. 2, No 2, p. 169 – 186.
- Brown, S. (1999). Some Thoughts on Music, Therapy, and Music Therapy. A response to Elaine Streeter's ‚Finding a Balance Between Psychological Thinking and Musical Awareness in Music Therapy Theory – a Psychoanalytic Perspective‘. British Journal of Music Therapy, Vol 13, No 2, p. 63 – 71.
- Butollo, W., Hagl, M., Krüsmann, M. (1999). Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung. Forschungsergebnisse und Thesen zum Leben nach dem Trauma. Reihe: Leben Lernen 132. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett – Cotta.
- Dörner, K. und Plog, U. (1987). Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Bonn: Psychiatrie Verlag.

- Elhardt, S. (1974). *Aggression als Krankheitsfaktor*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Eyraud, R. und Caumer, J. (1995). *Ich habe vergessen, wer ich bin*. München, Zürich: Piper Verlag.
- Fröhlich, W. D. (1987). *Wörterbuch zur Psychologie*. München: Deutscher Taschenbuchverlag.
- Jochims, S. (1990). *Krankheitsverarbeitung in der Frühphase schwerer neurologischer Erkrankung. Ein Beitrag der Musiktherapie zur psychischen Betreuung bei ausgewählten neurologischen Krankheitsbildern*. *Psychother. Med. Psychol.*, Bd. 40, Heft 3 / 4, S. 115 – 122.
- Jochims, S. (1997). *Emotionale Krankheitsverarbeitungsprozesse in der Frühphase erworbener zerebraler Läsionen*. In: Fitzthum, E., Oberegelsbacher, D., Storz, D. (Hrsg.), *Wiener Beiträge zur Musiktherapie*. (S. 138 – 165). Wien: Edition Praesens.
- Kast, V. (1987). *Der schöpferische Sprung. Vom therapeutischen Umgang mit Krisen*. Olten u. Freiburg i. Brsg.: Walter Verlag.
- Prosiegel, M. (1988). *Psychopathologische Symptome und Syndrome bei erworbenen Hirnschädigungen*. In: v. Cramon, D., Zihl, J. (Hrsg.), *Neuropsychologische Rehabilitation* (S. 57 – 83). Berlin: Springer Verlag .
- Schlösser, E. (1988). *Zerebrale Läsionen*. In: Koch, U., Lucius-Hoehne, G., Stegie , R. (Hrsg.): *Handbuch der Rehabilitationspsychologie* . Berlin: Springer Verlag.
- Streek, U. (2000). *Erinnern, Agieren und Inszenieren. Enactments und szenische Darstellungen im therapeutischen Prozeß*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

**REGINA HALMER-STEIN**

## **BIN ICH?**

### **MUSIKTHERAPIE ALS PSYCHOTHERAPIEMETHODE IN DER ARBEIT MIT SCHWERSTBEHINDERTEN KINDERN**

## **DO I EXIST?**

### **MUSIC THERAPY AS A PSYCHOTHERAPEUTIC METHOD WITH SEVERELY DISABLED CHILDREN**

Working with multiply several disabled children, the question of an appropriate method arises. An appropriate method must facilitate processes of psychic development having regard to the given organic abilities. In a seemingly void, meaningless life, robbed of human contact and communication, the therapy is seen as offering the experience of authenticity in a therapeutic relationship, a meaningful existence and the security to enter into relationship with the world. These characteristics are illustrated by means of a case study of an 8 year old blind and severely disabled girl.

In der Arbeit mit schwerstbehinderten Kindern stellt sich die Frage nach einer Methode, die geeignet ist psychische Entwicklungsprozesse in Gang zu bringen, zu unterstützen und eine Persönlichkeitsentfaltung innerhalb des organisch gegebenen Rahmens zu ermöglichen. Ausgehend von einem Leben, das von scheinbarer Leere, Sinn- und Kommunikationslosigkeit bedroht ist, wird die Aufgabe der TherapeutIn dadurch charakterisiert, das Erleben einer Stimmigkeit in der therapeutischen Beziehung, die Sinnhaftigkeit des Daseins und die Sicherheit zum Eintreten in eine Beziehung zur Umwelt zu garantieren. Diese Themen werden durch ein Fallbeispiel eines 8-jährigen schwerstbehinderten, blinden Mädchens verdeutlicht.

## **Einleitende Überlegungen**

Jeder Mensch wird im Laufe seines Lebens immer wieder mit der Frage nach dem eigenen Sein konfrontiert. Nicht immer kommen wir zu zufriedenstellenden Antworten. Wie unvorstellbar und um wieviel bedrohlicher muß es einem geistig behinderten Menschen ankommen, sich mit seiner Seins-Frage zu beschäftigen.

Zu Beginn meiner Beschäftigung mit schwerstbehinderten Kindern war es mir noch nicht klar, wie ich meine bisherigen Vorstellungen therapeutischer Arbeit mit diesem Klientel umsetzen könnte. Meine Erfahrungen psychoanalytisch orientierter Musiktherapie habe ich ausschließlich in der Erwachsenenpsychiatrie und mit Kindern, die nicht geistig behindert waren, gewonnen. Die Herausforderung bestand also darin gerade den Bereich, der durch sonder- und heilpädagogisch

---

Vortrag beim 2<sup>nd</sup> World Congress of the World Council for Psychotherapy – Subsymposium Music Therapy, Juli 1999, Wien (überarbeitete Fassung)

ausgebildete BetreuerInnen in Schule oder Kindergarten nicht abgedeckt wird, zu übernehmen. Psychotherapie im klassischen Sinne wird allerdings noch selten für Klientengruppen, die durch ihre geistige Behinderung einer verbalen Reflexion schwer oder nicht zugänglich erscheinen, als indiziert betrachtet. Warum aber sollten die grundlegenden Ziele von Psychotherapie, nämlich die Aufhebung von Leidenszuständen, Verhaltensauffälligkeiten und die Persönlichkeitsentfaltung nicht auch für behinderte bis hin zu schwerst mehrfach behinderten Menschen von basaler Bedeutung sein?

Schwerstbehinderte und schwerst mehrfach behinderte Kinder heben sich von weniger schwer behinderten Menschen insbesondere durch das Ausmaß dessen ab, was uns nicht-nachvollziehbar erscheint, was wir durch verstandesmäßige Konzepte nicht erfassen können. Die Sprache fehlt, oft sogar jeglicher stimmlicher Laut, die Bewegungen sind sehr eingeschränkt, oft stereotyp, Aktion und Reaktion erscheinen häufig zusammenhangslos. Dieses Unverständliche wird insbesondere von der Umwelt der KlientInnen häufig als ein zu Reparierendes oder zu Beseitigendes erachtet.

Diese Kinder haben in allen Lebensbereichen enorme Probleme und Entwicklungsstörungen gehen bei ihnen Hand in Hand mit Wahrnehmungsstörungen. Es besteht ein massives Defizit darin, Wahrnehmungen, Eindrücke und Erfahrungen zu verstehen, diese sinngemäß zu verarbeiten, für sich zu interpretieren und zu integrieren. Daraus resultiert häufig Rückzug aus dieser unverständlichen Welt und ihrer nicht verarbeitbaren Signale. Lust und Stimulation, Motivation und Aktivität finden bevorzugt auf der Ebene des eigenen Körpers statt, in dem das noch undifferenzierte Selbst mit eben diesem als einzig verstehendem Subjekt und verstandenem Objekt in Verbindung steht. Menschen mit geistiger Behinderung erleben von Geburt an, daß ihrem realen Körper (i.S. von physisch) eine besonders intensive Fürsorge und Zuwendung entgegengebracht wird. Es wird ihnen oft nur über den Körper zugehört, wodurch dieser gleichsam mit der Gesamtperson identifiziert wird. Dieser „überinvestierte“ Körper ist somit meist das einzige Sicherheit bietende und folglich auch das favorisierte Objekt geistig behinderter Menschen.

Möchte man nun die Gefühlswelt der Kinder wahrnehmen und verstehen, so muß man sich mit diesen nicht nachvollziehbaren und durch verstandesmäßige Konzepte nicht zu erfassenden Erscheinungen auseinandersetzen. Dies kann nur auf einer Resonanz gebenden Ebene geschehen, die Monique Schneider folgendermaßen beschreibt: „Jemand anderem zuzuhören, bedeutet, sich selbst zuzuhören; ein Echo in der Person entsteht innerhalb der Gebärmutter der

Übertragung.“ (1994, zit. nach Claire Morelle, 1997, S. 79). Dies bedeutet, daß gerade bei diesem Klientel nur dann Beziehung entstehen kann, wenn man seine eigene Resonanz beim „Zuhören“ wahrnimmt, insbesondere auch dann, wenn akustisch nichts hörbar ist. Das dabei entstehende Echo oder Bild leitet beide Personen auf dem therapeutischen Weg vom selbstbezogenen, isolierten Ausdruck zu einer wechselseitigen Kommunikation mit der Außenwelt. Auf diesem Weg begegnet man der Ent-Spannung durch das Erleben Sicherheit bietender Stimmigkeit, der Schaffung eines intrapsychischen Raumes durch sinngebenden Ausdruck und der Lebendigkeit im Spaß an in der Interaktion mit der therapeutischen Umwelt.

### **Stimmigkeit**

Wie oben kurz erwähnt, gestaltet sich die primäre Kontaktaufnahme durch das Beobachten und das Erspüren der KlientIn. Auch wenn es kaum wahrnehmbar scheint, wie z.B. die geringste Bewegung oder lautliche Äußerung, die Veränderungen der Hautfarbe oder des Muskeltonus, so muß dies in der Arbeit mit diesem Klientel als Ausdruck verstanden werden. Für unsere therapeutische Arbeit sind in besonderem Maße stereotype Ausdrucksmittel, wie Bewegungen oder Laute von Bedeutung.

Die Wahrnehmung der eigenen Resonanz ist anfänglich das einzige therapeutische Mittel, die Inhalte des beobachtbaren Ausdrucks aufzuspüren. So beschreibt Niedecken, daß das stereotype Verhalten durch kein Modell des Verstehens überprüfbar ist, da es nicht-szenisch ist. Um diese offenbar unvollständige Szene zu komplettieren, bedarf es der eigenen Gegenübertragungen. Nur so kann das stereotype Verhalten in seiner Gesamtstruktur erfaßt werden. (1997, S. 103)

Auf die musiktherapeutische Situation übertragen bedeutet dies, daß sowohl durch die musikalische direkte Umsetzung des optisch und akustisch Wahrnehmbaren, als auch durch die in Gegenübertragungsgefühlen - oder treffender und auch tiefer greifend - durch die in der Person resonierenden emotionalen Inhalte das Geschehen musikalisch symbolisiert wird.

Fühlt sich das Kind angenommen und verstanden, d.h. sind Körperbedürfnis, Ausdruck und Handlung im Miteinander stimmig, wird es seine Aufmerksamkeit vermehrt auf ein Geschehen, das sich außerhalb des eigenen Körpers vollzieht, aber dennoch mit dem eigenen Körper und Erleben eng verbunden ist, lenken können. Bisher hat das Kind Sicherheit primär durch die ausschließliche Besetzung des eigenen Körpers und die Wiederholung von Verhaltensmustern (Stereotypien)

erhalten. Hinwendung nach Außen hätte Verlust der Sicherheit bedeutet. Durch das Erleben der Stimmigkeit im Containment kann das Sicherheitsbedürfnis nun teilweise aufgegeben werden.

Maria ist infolge einer Frühgeburt schwerstbehindert und blind, ihre Probleme sind mannigfaltig. Die Probleme jedoch, die die Betreuerinnen dazu veranlaßt haben eine Musiktherapie vorzuschlagen, sind:

- massives selbstverletzendes Verhalten: Maria haut mit ihren Fäusten auf ihren Kopf ein
- ihre große Intoleranz gegenüber Veränderungen: Maria ist nur selten dazu bereit etwas zu tun, auch wenn sie es gut könnte
- Eßprobleme: Maria weigert sich häufig zu essen, bzw. gefüttert zu werden; bisher konnte immer wieder knapp eine Sondenernährung vermieden werden
- im Gespräch mit den Eltern wurden noch schwerwiegende Schlafstörungen erwähnt: Maria schläft trotz Höchstdosis an Schlafmitteln oft nächtelang nicht.

Wenn Maria nicht beschäftigt wird, liegt sie zusammengerollt, meist mit einer Decke über dem Kopf und einem Polster um den Hals: Sie fühlt sich wohl in Höhlen, eingehüllt und umschlossen. Manchmal spielt sie mit aufgehängten Löffeln, Perlenschnüren oder Ähnlichem, benutzt dieselben aber auch gelegentlich um sich selbst zu verletzen. Maria liebt Vibrationen, wie z.B. jene von einem Massageschlauch hervorgerufene, und hört laut Auskunft der Eltern und Lehrerinnen gerne Musik. Manchmal schaukelt sie sich selbst hin und her. Wenn sich jemand mit Maria beschäftigt, in ihre Welt eindringt, möchte sie am liebsten von einer Betreuerin getragen werden oder zumindest an diese angeklammert sein; wenn sie Schmerzen hat oder sich gestört fühlt, schreit sie mürrisch und schlägt sich auf den Kopf, im Abklingen ihres Ausbruchs knirscht sie - sich selbst beruhigend - mit den Zähnen.

Zu Beginn unserer gemeinsamen Arbeit standen nach meiner Mutmaßung Marias Sehnsucht nach Verschmelzung, Symbiose und nach Nicht-Geboren-Werden im Vordergrund. Wir schaukelten gemeinsam in der Hängematte, während ich unsere Schaukelbewegungen musikalisch verstärkte, umspielte und von dem Bedürfnis sang, ganz eins zu sein mit mir und der Umgebung: Ich sang von dem Wunsch, wieder in die beschützende Höhle, den Bauch zurückzukehren, und davon, daß sie noch nicht bereit war, geboren zu werden. Ein Beobachter dieser Situation hätte vielleicht einwenden mögen, daß die gesungenen Texte von Maria nur ansatzweise verstanden werden konnten und diese wohl eher mich in meinem Verständnis



bestärken sollten. Dennoch zeigte sich, daß Maria meist gespannt meinen Liedtexten lauschte, wesentlich intensiver, als wenn ich ohne Worte sang. Sie reagierte auch auf Textinhalte, die sie nicht hören wollte z.B. mit Zähneknirschen, oder auch auf treffend-erkennende Inhalte mit Lächeln. Wenn man der Theorie von Bruno (1986, zit. nach Morelle, 1997) folgt, daß geistige Behinderung als Widerstand gegen Wissen verstanden werden kann, so konnte Maria in diesen Situationen ein Stückchen ihres Widerstandes aufgeben. Offensichtlich genoß sie die körperliche und musikalische Verbundenheit, das Eingehülltsein in Nähe und Klänge. Meist verwendete ich meine Stimme, manchmal, wenn es die körperliche Situation zuließ, auch mit Begleitung durch die Gitarre oder das Klavier. So war es zu jener Zeit stimmig.

### **Symbolisierung**

Während des Therapieverlaufes werden die Quellen für Interpretationsmöglichkeiten neben denen der Resonanz und Gegenübertragung noch reichhaltiger. Hinweise darauf, daß die Aktivitäten der TherapeutIn wahrgenommen werden, verstärken sich, die Hinwendung zur Außenwelt wird intensiver.

Das Erleben der Stimmigkeit im Miteinander ist eine der Grundvoraussetzungen dafür, daß symbolisierungsfähige Introjektionen entstehen können. Introjizierte Symbole, wie z.B. Musik oder Klang, erlauben einer Person sich selbst differenzierter wahrzunehmen. Für geistig behinderte KlientInnen ist dies von besonderer Bedeutung, da durch die Fähigkeit Symbole zu introjizieren ein intrapsychischer Raum geschaffen wird, der es ihnen ermöglicht sich nicht nur als bloßen Körper zu erleben. Die differenziertere Wahrnehmung zwischen symbolischem und realem Körper schafft Raum für das ansonsten so vernachlässigte geistig-symbolische Selbst.

In einer Stunde, die wir in einer Hängematte verbrachten, suchte Maria so intensiven Körperkontakt, daß sie mich völlig bewegungsunfähig machte und auch unfähig, die Gitarre – welche die Dritte im Bunde sein sollte – zu spielen. Nach ca. zwanzig Minuten wurde mir so schlecht, daß ich aufstehen und mich neben die Hängematte setzen mußte. Maria stank plötzlich so ekelierend, daß ich mich fast übergeben mußte. Ich spürte massiven Widerwillen gegen die symbiotische Nähe, ich wollte nicht ausgesaugt werden. Vielleicht war es auch ihr zu nahe und sie hatte kein anderes Mittel es mir mitzuteilen, als durch Geruch. War dies der körperliche Ausdruck ihrer Aggression, ihrer Wut darüber, daß ich nicht wußte, daß sie aus dieser intensiven Nähe ausbrechen wollte? Nach einer kurzen Phase der

Verzweiflung, des Sich-Aufbäumens, akzeptierte sie unsere räumliche Trennung und die Dritte, nämlich die Gitarre, konnte eingebunden werden: Am Ende der Stunde lag Maria relativ zufrieden alleine, zusammengerollt in der Hängematte, getragen von der symbolischen Symbiose durch die Musik. Nun war es wieder stimmig.

Das Ersetzen der körperlichen, realen Nähe durch die symbolische Nähe der Musik war wohl ein erster Schritt vom Agieren zum Symbolisieren.

Die musikalische Symbolisierung ermöglicht, daß ein Teil von einem selbst wie durch einen Puffer betrachtet werden kann. Es tritt somit ein beteiligtes Drittes hinzu, das die Funktion eines Übergangsobjektes übernehmen kann. Die symbolische Ablösung eines Teils vom bloßen Körper konnte stattfinden.

### **Sinnhaftigkeit**

Die intensive Beschäftigung mit Maria löste in mir immer wieder die Frage nach der Motivation leben zu wollen aus. Maria schien sich mit ihrem Rückzug und ihren Selbstdestruktionen mehr dem Nicht-Leben-Wollen, als dem lebensbejahenden Anteil in ihr zugewandt zu haben. Die offensichtliche Diskrepanz zwischen Marias enormem Überlebenswillen einerseits und ihren massiven Selbstzerstörungstendenzen andererseits warfen in mir viele Fragen auf. Maria wurde nach einer schwierigen Schwangerschaft mit einem Blasensprung in der 16. Schwangerschaftswoche schließlich in der 31. Schwangerschaftswoche per Kaiserschnitt auf die Welt geholt: Sollte dieser defizitäre Körper entfernt werden, da er als solcher nicht akzeptabel ist? Geht die Aggression gegen den Körper auf autoerotische Gefühle zurück, die durch Endorphinausschüttung unterstützt werden? Oder sind die Aggressionen gegen den eigenen Körper Ausdruck von Abwehr des vernachlässigten geistig-symbolischen Selbst? Wofür steht ihr Kampfeswille? Welche Bedeutung kommt Marias Mutter zu, die auch seit der 16. Schwangerschaftswoche für ihr Überleben kämpfte? Was bedeutet es für Maria, nie das erhoffte, sogar erträumte Kind zu sein - nie (mit Kohut) der „Glanz in den Augen der eigenen Mutter“ sein zu können?

Der weitere Therapieverlauf wurde durch Kämpfe charakterisiert. Maria bestimmte, kontrollierte und prüfte mein Tun. Sie reagierte verzweifelt und war außer sich, wenn ich ihre Bedürfnisse nicht sofort erspüren und umsetzen konnte, wenn die Stimmigkeit sich nicht sofort einstellte. Sie forderte weiterhin von mir, die Illusion zu erschaffen, daß die Welt so sei, wie ihre biologisch-instinktiv angelegten Muster es erwarten mochten. Das daraus resultierende Gefühl von Stimmigkeit, von Sinnhaftigkeit und Aufgehobenheit in dieser Welt mußten auf jeden Fall und in jeder Situation zur Verfügung sein.

In der Folge arbeitete ich mit Maria hauptsächlich am Klavier. Sie setzte sich erstmals so hin, daß sie von mir abgewendet war, sie suchte keinen Körperkontakt und sie benützte das Klavier um mir ihre Wünsche mitzuteilen! Wenn meine Musik zu lieblich, zu melodios oder zu langsam wurde, schlug sie mit beiden Händen auf die Tasten.

Manchmal schien Marias selbstverletzendes Verhalten wie ein Spiel, ein Ausprobieren und Differenzieren: leichteres Schlagen auf den Kopf, dann wieder stärkeres, Streicheln, Ziehen, Reißen an den eigenen Haaren, sowie Kratzen - in verschiedensten Intensitäten. Sie prüfte genau, ob ich die jeweilige Intensität „richtig“, d.h. musikalisch stimmig, umsetzte und reagierte verärgert mit selbstverletzenden Verhaltensweisen, wenn ich die richtige Stimmung nicht traf.

Inhaltlich forderte Maria nicht mehr nur die symbiotisch-musikalische Einheit mit mir. Sie reagierte entspannt und manchmal sogar mit Freude auf Rhythmen und Harmonien, die überraschend auftauchten, und die nicht denen der Kinder- und Wiegenlieder oder unserer symbiotischen Musik entsprachen, wie z.B. auf schräge Disharmonien, Ganztonmusik, offene Enden, lange, spannende Pausen, synkopische Rhythmen. In dieser Phase fühlte ich mich manchmal in meiner musikalischen Ausdruckbreite bis an meine persönlichen Grenzen gefordert: Die Ideen gingen mir aus. Verzweiflung über meine „Unfähigkeit“ schien Maria manchmal zu überwältigen und auch ich hatte manchmal das Gefühl, zu Resonanz nicht mehr fähig zu sein, was unsere therapeutische Beziehung auf den Prüfstand stellte.

Hilfe für meine Arbeit habe ich immer wieder in Büchern der französischen Psychoanalytikerinnen Eliacheff und Dolto gefunden. Sie haben mir Mut gemacht, Durchhaltevermögen vermittelt und interessante Denkanstöße gegeben.

Bezüglich Marias Vorliebe nach „eckiger“ Musik, nach Musik der Überraschungen, bestätigte in dieser Zeit Dolto meine Ansicht, daß dies nicht nur der Wunsch nach neuen Reizen, nach Ungewöhnlichem oder nach Abwechslung sei, sondern daß diese Musik vielmehr der adäquate Ausdruck für Marias Lebensfrage ist.

So schreibt Dolto (1985, S. 156 f.) sinngemäß: Rhythmen sind ein Versuch, fetale Eindrücke zu symbolisieren. Der Verlust der rhythmischen Komplexität, der sich überlagernden, aufeinander treffenden und sich wieder trennenden Herzschläge, sowie der Verlust des Wassers, das die Umhüllung darstellt, sind wie der Verlust einer Mutter aus jener archaischen Zeit, oder eines Sicherheit spendenden Wesens, das aus dem Inneren des Kindes verschwunden ist und das es nicht symbolisieren kann.

Maria hatte in diesem Sinne sicherlich Verlust-Erfahrungen gemacht, da in der 16. Schwangerschaftswoche der Blasensprung erfolgte und sie ihrer resonierenden Umgebung beraubt wurde. Wir können vermuten, daß ihre Erfahrungen weniger polyphon verliefen. In all der rhythmischen und harmonischen Diskrepanz sind somit neben dem Ausdruck für ihre Lebenssituation auch das Bedürfnis nach der rhythmischen Komplexität intrauteriner Erfahrungen spürbar. Das bedeutet, es ging auch um das Wiederfinden des fetalen Lebens.

Musik ermöglicht es unterschiedliche, gleichzeitig ablaufende Affekte und Erfahrungen, wie z.B. komplexe intrauterine Erfahrungen, in eine Form zu bringen, welche die Verbindungen zwischen innen und außen, früher und jetzt, Wunsch und Realität herzustellen vermag.

Im Wechselspiel zwischen Marias Anforderungen nach Stimmigkeit und Sinnhaftigkeit und meinen musikalischen und verbalen Ausdrucksangeboten, Widerspiegelungen und sinngebenden Antworten wurde Maria eine differenziertere Selbst- und Objektwahrnehmung ermöglicht.

Wenn ein so schwer behindertes Kind erfahren kann, daß sein Ausdruck sinngehend - und zwar sowohl musikalisch, als auch verbal - erfaßt und bearbeitet wird, daß Raum entstehen kann zwischen dem realen und dem symbolischen Körper, daß es auf der Suche nach weiteren Genußobjekten unterstützt wird, und daß stereotype Verhaltensweisen nicht mehr eine unverzichtbar erscheinende Bedeutung haben, dann kann es sich aus seiner Eingesponnenheit herauszuwagen. Das Leben darf Raum gewinnen und Sinnlosigkeit und Tod verlieren ihre Übermacht.

## **Schlußbetrachtungen**

Nach etwa 60 Therapiestunden über einen Zeitraum von eineinhalb Jahren konnte Maria eine 50 Minuten dauernde Therapiestunde aushalten ohne sich wirklich fest zu schlagen. Sie trat in direkte Kommunikation mit mir am Klavier - für eine Improvisation von etwa sieben bis acht Minuten - und es konnte ein sehr lustbetontes Spiel entstehen, bei dem ich versuchte ihre das Gesicht verhüllende Kapuze zurückzuschieben und sie diese sofort lachend und meckernd wieder über ihr Gesicht zog. In dieser Stunde begann sie auch sehr, sehr vorsichtig und scheu ihrer Stimme Klang zu verleihen.

Die Therapie mit Maria ist nicht beendet und ich bin gespannt, wie sich unser weiterer Weg gestalten wird. Die vorangehend beschriebene Therapiestunde zeigt jedoch deutlich, daß Maria sich immer mehr dem Leben zuwendet. Sie setzt das Trommel- oder auch Klavierspiel häufig als Ersatz für selbstverletzendes Verhalten

ein und in weiterer Folge sogar als Mittel um Beziehung herzustellen. Maria hat gelernt, mich als eigenständige Partnerin für ihre Ziele zu nutzen. Der aber vielleicht wichtigste Punkt ist, daß Maria Freude am miteinander-Spielen erleben kann.

Diese Falldarstellung beschreibt, daß es wohl nicht die Frage ist, ob Menschen mit geistiger Behinderung dazu geeignet sind Psychotherapie zu erhalten. Vielmehr haben doch gerade sie wegen ihrer enormen Schwierigkeiten ein Recht darauf, jegliche professionelle Hilfe angeboten zu bekommen. Das Medium Musik scheint mir besonders dazu geeignet, sich mit den psychotherapeutischen Themen Resonanz, Stimmigkeit, Symbolisierung sowie Freude, Spaß und Genuß auseinanderzusetzen.

### **Literatur:**

- Dolto, F. (1985). Praxis der Kinderanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dolto, F. (1989). Fallstudien zur Kinderanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dolto, F. (1995). Das Unbewußte und das Schicksal des Kindes. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Eliacheff, C. (1998). Das Kind, das eine Katze sein wollte. München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH&Co.KG.
- Freud, A. (1991). Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fröhlich, A. und Haupt, U. (1992). Förderdiagnostik bei schwerstbehinderten Kindern. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Gindl, B. (2000). Anklang finden. Vortrag am 5.3.2000 im Freien Musikzentrum München.
- Heinemann, E. und De Groef, J. (Hrsg). (1997). Psychoanalyse und geistige Behinderung. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Morelle, C. (1997). Selbstverletzung: Körper und geistige Behinderung. In Heinemann und Groef (Hrsg). Psychoanalyse und geistige Behinderung. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Moller, A.S. (1996). Music as a means of contact and communication with the physically and mentally handicapped. In Pedersen,I.N. und Bonde,L.O. (Hrsg), Music Therapy within multi-disciplinary teams. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Niedecken, D. (1989). Namenlos. München: R. Piper GmbH&Co.KG.

Niedecken, D. (1997). Die „Organisierung“ von geistiger Behinderung. In Heinemann und Groef (Hrsg). Psychoanalyse und geistige Behinderung. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.

Schumacher, K. (1994). Musiktherapie mit autistischen Kindern. Stuttgart, Jena, New York: Gustav Fischer Verlag.

**DOROTHEA OBEREGELSBACHER**

**MUSIKTHERAPIE ALS PSYCHOTHERAPEUTISCHER WEG  
BEI GEISTIG BEHINDERTEN ERWACHSENEN**

**MUSIC THERAPY AS A PSYCHOTHERAPEUTIC WAY  
WITH MENTAL HANDICAPPED ADULTS**

Some important aspects of a psychodynamic Music Therapy (Viennese and Adlerian) with mentally handicapped adolescents and adults are shown. The risk of these to develop neurosis or psychosis is also a result of them seeing themselves as being different from others. The patients first of all need the message of their mere own right to exist. Other treatment goals are linked to general problem areas (self-esteem, aggressiveness, reference to reality, stress of performance). The main elements of the therapeutic working style are summarized (preverbal flexibility, countertransference, long term therapy). Three case vignettes show the value of a program group improvisation and a sounding metaphor in therapeutic work around fear and show the possibilities of a “monotonous non-saturated sounding tissue”: these released unconscious material during a spontaneous song of a woman with speech disorder

Hier werden die wichtigsten Aspekte einer psychodynamischen Musiktherapie im Sinne der Wiener Schule und der Individualpsychologie mit Jugendlichen und Erwachsenen geistig Behinderten aufgezeigt: Dem Risiko einer sekundären Neurotisierung durch die Wahrnehmung des Andersseins steht das zentrale Ziel, die grundsätzliche Existenzberechtigung, gegenüber. Andere häufige Problembereiche werden aufgezählt, ebenso fachliche Notwendigkeiten bei der Therapeutin (Flexibilität im Präverbalen, ganzheitliches Achten auf Gegenübertragung, lange Therapiedauer etc.). Drei Beispiele zeigen den Wert programmatischer Gruppenimprovisation und klanglicher Metaphern zur Bearbeitung von Angst, sowie den Wert eines „nichgesättigten monotonen Klanggewebes“ für die Stimulation von Assoziationen und unbewußtem Material im Singen bei einer sprachbehinderten Frau.

**Einleitende Bemerkungen**

Die Annahme, daß geistig behinderte Menschen kein Bewußtsein ihrer Situation haben würden und im Grunde glücklich seien, ist eine große Vereinfachung. Sehr viele von ihnen haben ein direktes oder indirektes Wissen über ihr Anderssein, über die Tatsache Hilfe zu benötigen, häufig langsamer als andere zu sein, weniger zu verstehen, weniger attraktiv als andere zu sein. Einigen von ihnen gelingt es dennoch ein kreatives und erfülltes Leben zu führen. Viele andere aber - weit mehr als ein Drittel von ihnen (Mauder, 2001) - stehen unter Leidensdruck und haben oft

---

Vortrag beim 2<sup>nd</sup> World Congress of the World Council for Psychotherapy – Subsymposium Music Therapy, Juli 1999, Wien (überarbeitete Fassung)

auch psychische Konflikte. Das Risiko einer sekundären Neurotisierung oder der Ausbildung einer Psychose ist nicht gering.

## **Therapeutische Überlegungen**

Ziele in der Arbeit mit diesen Patienten hängen von deren spezifischen Problemen ab. Es gibt keine sogenannte „Musiktherapie für Behinderte“ bzw. „Musiktherapie bei Down-Syndrom“. Dennoch gibt es ein grundlegendes Prinzip in Zusammenhang mit Behinderung als existentieller Krankheit. Der Patient benötigt zuallererst eine grundlegende Botschaft zu seiner Daseinsberechtigung: „Es gibt Dich, Du bist hier, Du hast ein Recht hier zu sein.“ Musik als Ton, als Klang in die Stille und in das Nichts hinein, ist ständig etwas Existentes, Reales, welches hervorgebracht wird. Sie ist sozusagen ein Positivum an sich. Als solches betont es auch Existenzberechtigung. Eng verbunden ist diese Qualität der Musik mit dem Ansinnen der Musiktherapie, bei dem anzusetzen, was gegeben ist, d.h. bei den Ressourcen des Patienten.

Neben der grundsätzlichen Bestätigung des Daseins gibt es noch allgemeine Problemfelder, die berücksichtigt werden wollen und auf deren Hintergrund sich spezielle Störungen ausbilden. Es ist hilfreich, darum zu wissen (vgl. Müller-Hohagen, 1987; Oberegelsbacher, 1993):

- Selbstwert (oder Minderwertigkeitskomplex)
- Bezug zur Realität (oder ein Leben als Prinz)
- Aggressivität (oder die vollständige Hemmung)
- Sexualität und das Bedürfnis nach Beziehung (oder die Isolation)
- Leistungsdruck (oder Langeweile)
- Störungen im Bereich des Antriebes, z.B. als kompensatorischer Aktivismus oder als resignierende Lethargie, etc.

Viele Jahre beruflicher Erfahrung als Musiktherapeutin in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen – sei es in Tageszentren oder in der psychotherapeutischen Praxis – haben gezeigt: Der therapeutische Prozeß braucht seine Zeit. Als Untergrenze sind zwei Jahre anzunehmen, wenn möglich, werden es mehr sein. Erst in diesem Zeitraum sind mit einer psychodynamischen Musiktherapie signifikante Veränderungen zu erwirken.

Der Musiktherapeut muß sich selbst auf das Sprachniveau des Patienten begeben und das Persönlichkeitsniveau erfüllen können. Er muß flexibel in präverbalen Kommunikationsmitteln sein (vgl. Oberegelsbacher 1999), und braucht eine



Grundhaltung der Bereitschaft, Antwort zu geben. Ohne das Nachreifen primärer Defizite, das Stimulieren basaler Entwicklungsprozesse und Raum für Bedürfnisbefriedigung kommt man dabei selten aus. Auf klassische Abstinenz wird verzichtet, statt dessen gilt ein Abstinenzbegriff, welcher alles unterläßt, was die Möglichkeiten des Patienten einschränken würde. Die Wahrnehmung der Gegenübertragung findet auf allen Ebenen – vor allem aber auf der psychosomatischen – statt und ist unerlässlich, besonders mit nicht redenden Patienten. Verbale Reflexion ist nicht immer möglich, dennoch muß der Therapeut innerlich reflektieren. Manchmal drückt er die Gedanken auch aus und gibt Deutungen. Aber das Durcharbeiten findet nonverbal mittels Musik statt (vgl. Oberegelsbacher, 1997). Darin liegt die große Möglichkeit der Musiktherapie.

### **Gemeinsames Wagnis in einer Programmatischen Improvisation**

Eine musikalische Improvisation während einer Gruppentherapie in einer Tagesheimstätte, mit Jugendlichen, die intellektuell beeinträchtigt sind, kann ein hilfreiches Feld für Experimentieren und Sammeln neuer Erfahrungen sein. Vor allem betrifft dies den direkten emotionalen Ausdruck, die spielerische Gestaltung von Phantasien, Impulsen und Affekten, aber auch von Wünschen.

Hier handelt es sich um eine sechsköpfige Gruppe von 18- bis 25jährigen, die einmal wöchentlich seit etwa eineinhalb Jahren zusammenkommen. Die meisten von ihnen können sich sprachlich artikulieren, einige tun es nicht, oder sprechen in sehr karger und unverständlicher Form. “Während der Stunde schlägt die Therapeutin einige Themen zur Auswahl für eine Improvisation vor. Alle Angebote sind auf die spezielle Dynamik dieser Gruppe und auf spezifische Probleme einzelner abgestimmt. Die Jugendlichen wählen “Heimlicher Spaziergang auf einem alten Dachboden”. Das Spiel beginnt ohne weitere Vereinbarungen und entwickelt sich zu einem abwechslungsreichen Miteinander, auch die Therapeutin spielt mit. Instrumente (Xylophon, Pauke, Kastagnetten, Zugpfeife, Harfe, Ziehharmonika) und Körpergeräusche erklingen so, als werde ein Gemisch aus Gefahr, Angst, Lust, Neugier und Mut hörbar. Alle sind voll dabei: tieferntst oder kichernd, je nachdem ... Es liegt nahe, daß dieser alte Dachboden, auf dem natürlich die Gespenster nicht fehlen, mehr als nur ein Dachboden ist. Es ist ein existentieller Ort in ihrem Leben: der Ort, wo sie sich in einer ihnen unbekanntem Realität bewegen und bewähren sollen; ihrer eigenen Neugier und Aggressivität begegnen, vieles mit dem Verständnis oft nicht integrieren können. Hier können die Spielenden das ausdrücken, wofür sie keine Worte haben, da es ihnen selten bewußt ist. Sie können

symbolisch damit umgehen und dabei auch erfahren, daß sie bei alledem nicht alleingelassen sind, ja sogar etwas bewirken. Wenn sich dann auch noch ein Gespräch entwickelt, worüber man sich so fürchtet im Alltag, dann ist viel erreicht.“ (vgl. Oberegelsbacher, 1998, S. 65). Die Ängste der jungen Leute sind nachvollziehbar. Nach und nach wird hörbar, worin sie bestehen: alleine in den finsternen Keller zu gehen um eine Flasche Cola zu holen, Angst nachts im Bett beim Einschlafen, Angst vor dem Hund auf dem Gehsteig, Angst morgens den Kleinbus zu verpassen, der zur Werkstätte bringt, Angst vor der schlechtgelaunten Leiterin, die schreien könnte.

### **Angstbewältigung durch eine klangliche Metapher**

Wer kennt nicht jenen Augenblick, in welchem eine riskante oder bedrohliche Situation Angst aufkommen lässt und man spontan beginnt, eine leichte, fröhliche Melodie zu singen oder zu pfeifen? Hier geschieht intuitiv Selbsthilfe über eine hörbare Metapher, die in Worten ausgedrückt sagen würde: “Es gibt keine Gefahr und auch keine Angst, es geht dir gut!“

Der nun folgende Abschnitt verdeutlicht, dass die Metapher als Kommunikationsmittel bei auch eingeschränkter Verbalität eine Möglichkeit darstellt: Hier entsteht ein Eindruck um das „Wie“ von Metaphernbildung im psychotherapeutischen Dialog, in welchem Austauschprozesse ja auf vielen Ebenen stattfinden. Was wird ausgetauscht und auf welche Art? Wie vollzieht sich dieser Austausch bei einer zusätzlich vorhandenen sprachlichen Beeinträchtigung? Nach Gordon (1990) sind es vier Sprachen, in welchen Erkenntnisse und Erfahrungen mitgeteilt werden können: Erinnerungen, Metaphern, Symbole und Semantik.

Demgemäss muss es nicht zwingend die Sprache der Semantik sein, in welcher der Patient seine Mitteilungen macht. Er wird die ihm liegende Art wählen. Wenn er die Sprache der Metapher wählt, so ist sie es, mit der auch die Therapeutin weiterarbeiten kann. Mit Metapher ist hier jene gemeint, die vom Patienten selbst gebildet und ihm nicht - von aussen vorgeformt - angeboten wird. Das Konzept des amerikanischen Psychiaters David Groove (1992), entwickelt aus der Arbeit mit schwer Traumatisierten, verwendet in diesem Zusammenhang den Begriff der sogenannten „Clean language“, einer Sprache, die nicht von den Metaphern des Therapeuten kontaminiert ist, und damit dem Patienten über ein leicht verändertes Wachbewusstsein (*naturalistic trance*) ein konzentratives Eintauchen in sich selbst ermöglicht: „Der Therapeut dringt nicht ein und lenkt nicht. In der Regel gibt es keinen Widerstand. Der Klient tut was er tun muß, er geht oder geht nicht, wohin er

gehen muß. Der Klient geht weder an den Strand, noch in den Wald und auch in keine Höhle, sondern er geht in die Infrastruktur seiner eigenen erlebten Erfahrung, in Zeiten und Orte, die für ihn besonders interessant sind und vielleicht nur einen Augenblick zwischen einem besonderen Reiz und der Reaktion bedeuten.

Die Erzählung des Klienten enthält Andeutungen über die Infrastruktur seiner Erfahrung. Und diese Andeutungen ermöglichen es dem Therapeuten behutsam und unaufdringlich in die unbewusste Welt des Patienten einzutreten. Die Erinnerungen des Klienten, die äußeren Metaphern, die inneren physiologischen Symbole oder semantische Konzepte werden in eine Form gebracht, und der Klient erlebt – vielleicht zum ersten Mal – wie seine Welt entsteht, was er will, wie er es weiß, daß er etwas weiß, und welche Gedanken des Glaubens und Mythen sich auf dem Grunde seiner spirituellen Welt befinden. Der Klient erfährt seine Infrastruktur und wie sie sich gebildet hat.“ (1992, S.10).

Das nun folgende Beispiel handelt von solch einem Weg. Auf diesem Weg waren die Metapher in ihrer klanglichen Form und der Beitrag von Tönen zur Metaphernbildung von zentraler Bedeutung. (In der musiktherapeutischen Fachliteratur und Forschung ist dem Phänomen der Metapher in eben dem Medium Musik explizit bislang noch kaum Aufmerksamkeit zuteil geworden. Gleichzeitig kann wohl davon ausgegangen werden, dass sie in der musiktherapeutischen Praxis da und dort ihren Stellenwert hat.) Für heutige Metapher-Theorien ist die Metapher als ein Mittel der Wahrheitssuche anerkannt und gilt als eine eigenständige Form der Reflexion (Groove und Panzer,1992, zit. nach Oberegelsbacher 2001, S. 70).

Der 16jährige Junge im Tageszentrum hatte mich mit seinen autistischen Zügen immer in Verlegenheit gebracht, wenn er darauf bestand, zu Weihnachten oder zu seinem Geburtstag als Geschenk ein Zaubersalz und einen Zauberstab zu bekommen. Ich war berührt und perplex und dann stets erleichtert, dass nicht ich diejenige sein musste, welche die Geschenke besorgte. Hingegen war es mir beschieden, mit ihm innerhalb musiktherapeutischer Einzelstunden zu arbeiten und in diesem Rahmen eines Tages auch die Angst vor einem bevorstehenden Zahnarztbesuch zu bearbeiten, den der Junge in einigen Wochen zu bewältigen hatte....

Das Spiel, welches ich nun beschreiben werde, ist zu einer Metapher geworden – zu einem weitreichenden Weg, der Veränderungen bewirkte, als wäre tatsächlich „Zaubersalz“ im Spiel gewesen! Trotz beträchtlicher Angst hat er die ärztliche Behandlung gut überstanden. Ausserdem hatte sich durch eine eigentümliche Fügung das seltene Privileg ergeben, einen positiven Transfereffekt zu verifizieren - d.h. zu überprüfen, ob das in der Therapie Gelernte auch in andere Lebensbereiche

Eingang findet: Ich selbst befand mich einige Wochen nach dem Jungen bei meinem Zahnarzt, der sich als derselbe herausstellte! So bestand die Möglichkeit, unter Wahrung der Privatsphäre einige Informationen zu erhalten, die sinngemäss besagten: Der Junge war in keinster Weise eigenartig oder sonstwie auffällig gewesen...

Was mir so wenig bedeutsam und uneffizient erschienen war – jene wenigen musikalischen Improvisationen, in welchen wir die gefährlichen Situationen vorweggenommen hatten – das hatte eine eigene Dynamik entwickelt und war in unserer Begegnung soweit gereift, dass es eine Metapher mit heilsamen und stützenden Eigenschaften werden konnte. Welche Metapher? Eine Bildmetapher? Nein, es war eine *Klangmetapher*.

Es war eine jener Metaphern, die das akustische Repräsentationssystem betreffen und so sicherlich um einiges suggestiver, tiefgreifender sind, da sie mit den ontologisch ältesten Schichten der Person zu tun haben: Sie sind in der Rhythmizität, im Tempo des Atems, in prälogischen Strukturen verwurzelt. Als akustische Metapher setzt sie auf die Imitation von organischen Phänomenen und repräsentiert sie in einer anderen Sprache: Herzschlag auf Xylophontönen. Sie bewegt sich auf affektiv-emotionalen Schienen und ist auch stark im aktionalen Repräsentationssystem verankert, welches noch archaischer als das symbolisch-rationale ist.

Eines Tages kommt der Junge in die Stunde und konfrontiert mich mit vier Silben, die er unablässig wiederholt und mit großer Intensität aber niedriger Lautstärke flüsternd ausstößt: „Do! To! Er! Hn!“. Obwohl ich den Sinn dieser Silben nicht begreife, beginnen wir die Silben gemeinsam zu wiederholen und zu rhythmisieren: zunächst vokal, dann mit den Xylophon. Nach einiger Zeit klärt sich die Bedeutung: „Doktor Behran“ (der Name des Arztes). Dieser Name beginnt nun riesig zu werden, aufgebläht und beladen mit Affekten. Die ausgestoßenen Silben mit gutturalen und labialen Lauten entladen sich mit großer Explosivität, und erinnern an einen gereizten Hund, bevor er zubeißt. (Daß die harten Konsonanten „t,k,r,d“ häufig in aggressiven Formulierungen anzutreffen sind, bestätigen auch die Sprachforschungen des Psychoanalytikers Ivan Fonagy (1993, zit. nach Di Benedetto, 1999, S. 21 f.). Er unterscheidet zwei Grundemotionen: den Zorn und die Zärtlichkeit. Erstere geht mit einer erhöhten Muskelanspannung einher, das Melodische und die Vokale treten zugunsten des Rhythmischen und der Konsonanten zurück. Diese körperlichen Veränderungen gelten als Residuen einer urzeitlichen Kampfbereitschaft). Die hohe Expressivität während dieses Audrucks „Do! To! Er! Hn!“ könnte auch in einem Konzertsaal während einer modernen Vokal-Performance vorkommen... Ausstoßung des Bedrohlichen, Benennung des

Bedrohlichen, aufgeladen mit Affekten, die dann kathartisch abgelassen werden. Alles wird durch eine intensive motorische Involvierung mittels Schlägeln am Xylophon unterstützt. Es ist eine archaische Bestätigung dessen, was ist: Doktor Behran. Ohne Variationen oder anderes. Es ist was es ist. Aber es ist in Gemeinschaft gebracht und erfährt eine Bestätigung zu zweit.

Der nächste Schritt: Nachdem „Doktor Behran“ ausreichend gespielt worden ist, wird in den nächsten Stunden als Element der Bohrer wichtig. Der Junge verschiebt nun seine ganze Emotion auf dieses neue Objekt. Es wird hörbar durch Tremoli und Glissandi, auf und ab, auf der Spielfläche des Xylophons. Der Junge ist es, der den Bohrer spielt und bestimmt, wie lange es dauern soll. Eine der natürlichen Grenzen wird durch das Ende der Tonskala auf den Holzstäben gebildet. („Doktor Behran“ ist mittlerweile eine musikalische Struktur in Form eines Refrains geworden.) Das Monster, das jetzt die meiste libidinöse Energie bindet, und das es zu besiegen gilt, ist der Bohrer. Und der Bohrer wird aktiv, wenn es der Junge erlaubt und will. Zu zweit spielen und imitieren wir ihn. Wenn das Instrument noch mitgezählt wird, sind wir sogar zu dritt. Wir drücken die aggressive und zerstörerische Energie aus, indem wir dieses Übergangsphänomen benutzen: Wir *sind* der Bohrer und gleichzeitig *spielen wir* den Bohrer. Alles ist eins und wir sind mit dem bösen, verfolgenden Anteil identifiziert. Das Bewußtsein, vom Bohrer überwältigt zu werden, gibt es in diesen Augenblicken nicht – es existiert höchstens am Rande, wenn der Patient eine Reaktion der Erleichterung zeigt, sobald der Schlägel das obere Ende der Töne erreicht hat: Töne aus – Bohrer aus. Die Zauberformel. Der Horror hat ein Anfang und ein Ende. Darin besteht diese Erfahrung.

Es ist eine Metapher, die sich bildhaft auf dem Xylophon dargestellt, aber ebenso akustisch verinnerlicht und vom gesamten Organismus ausgedrückt wird. Immer ist es die Erfahrung, ein Trauma verlassen zu können, die zentral ist. Es geschieht mittels Umwandlung: So kann auch der Part des Bohrers musikalisch im Laufe der Zeit ein Teil des Refrains werden, von dem wir wissen, daß er als künstlerische Form bereits einen höheren Abstraktionsgrad enthält, reproduzierbar ist, mit dem Element der Wiederholung das Wiederkennen, Sicherheit und Bewältigung ermöglicht. Das unmittelbare, hereinbrechende Ereignis rückt hier auf Distanz. Der Kontext, der aus Gesang und Text gebildet ist, ermöglicht eine Kontrolle über das was ängstigt. Das Unkontrollierbare kontrollieren zu können, sich seiner auf diese Art bemächtigt zu haben, ist bereits ein Sieg. Es ist die vorweggenommene Überwindung, die geprobte Überwindung.

Der verletzte Junge mit dem Wunsch nach den Zauberutensilien hat sich in Gegenwart der Therapeutin und gemeinsam mit ihr zu diesen Werkzeugen tapfer durchgeschlagen, durchgespielt. Er hat sich in gewisser Weise wohl auch einen Sinn dieses ganzen erarbeiten können: Unter Anhörung seines eigenen Inneren ist er sich selbst allmählich zu jemandem geworden, dem er etwas zutrauen kann. Schließlich kann er sich freiwillig zum Arzt begeben, relativ einverstanden mit dem, was zu seinem Wohle getan werden muß.

### **Unbewußtes Material teilt sich in spontanem Singen mit**

Dieses Beispiel handelt von Franziska, einer 21jährigen Frau, die hirngeschädigt ist, seit sie als 16-jährige von einer Gehirnhautentzündung befallen wurde. Sie besucht seit einem Jahr ambulant einmal pro Woche die Einzelmusiktherapie. Franziska ist deprimiert über den Verlust ihrer Gesundheit und das Leben von früher, als sie eine lebenslustige Gymnasiastin war. Wenn sie sehr verzweifelt ist, will sie sich umbringen und versucht im Stadtverkehr auf den Schienen einer Straßenbahn entgegenzulaufen. An weniger belastenden Tagen versucht sie wie besessen Sport zu betreiben, wenig zu essen, in der Hoffnung abzunehmen, wieder attraktiv wie früher zu werden und einen Freund zu finden. Sie lebt nicht mehr bei ihren Eltern, sondern in einer geschützten Wohngruppe, wo sie auf ein selbständiges Leben vorbereitet werden soll.

Obwohl sie Gedächtnisstörungen und schwere Sprachstörungen hat – sie kann ihren Gedankenduktus nur in bruchstückhaften Sätzen stammeln – ist ihr Unbewußtes nicht behindert. Das manifestiert sich auf eindrucksvolle Weise in einem spontanen Liedchen. Franziska kommt an jenem Tag müde vom Tageszentrum in die Therapie. Sie hat Kreislaufprobleme, fühlt sich nicht wohl und hat schwere Augenlider, die ihr immer wieder zufallen. Sie befindet sich in einem Zustand, der an ihrer Psychotherapiefähigkeit zweifeln läßt.

Nach einer kurzen gelenkten Entspannung durch meine Stimme soll zuallererst Befreiung von jedem Druck und jeglicher Leistungserwartung erreicht werden. Es wird ruhig und still, wobei meine summende Stimme hie und da einen schützenden Hintergrund anbietet. So bleibt es eine Weile. Mit der Zeit entwickelt sich ein kleines, einfaches Spiel auf der Gitarre, die auf einen wohlklingenden Akkord gestimmt ist und von Franziska mit den leeren Saiten angespielt wird, und zwischen der Trommel, von mir gespielt. Die Musik hat keinen klaren Rhythmus, keine Melodie und vermittelt doch eine Art von Präsenz - auch wenn sie beinahe langweilig wirkt. (Ich habe diese Art von Musik im Laufe der Jahre zu respektieren

gelernt und bezeichne sie als ein „*ungesättigtes monotones Klanggewebe*“. Es ist einer klingenden Projektionsfläche vergleichbar, bereit, Assoziationen aufzunehmen). Plötzlich bricht es aus Franziska hervor: „Happy birthday to you, happy birthday to you, Marmelade, Marmelade, Marmelade im Schuh!“, und der gegenwärtige Augenblick erhält plötzlich eine Bedeutung.

Meine gleichschwebende Aufmerksamkeit ruft mir ein ähnliches Motiv in Erinnerung, bei dem es heißt: „... Blut ist im Schuh! Blut ist im Schuh.“. Es ist der Gesang des Täubchens im Märchen vom Aschenputtel. In dieser Geschichte finden sich in der Originalversion der Gebrüder Grimm auch dramatische Elemente der Selbstverstümmelung, wenn die zwei Stiefschwestern – um in den Schuh des Prinzen zu passen und folglich geheiratet zu werden – ihre Ferse und ihre Zehe abschneiden. Auf dem Weg in's Schloß verrät eine weiße Taube den Betrug: „Ruckedigu, Ruckedigu, Blut ist im Schuh, Blut ist im Schuh! Die falsche Braut führt ihr nach Haus, die rechte wartet noch zuhaus!“. In diesem Märchen nützt die Selbstkastration, noch dazu von der Mutter suggeriert, nichts.

Nachdem Franziska gesungen hat und ohne meine Interpretationen (ich schwieg), ist sie nunmehr sehr wach. Sie erzählt sodann von ihrem Exfreund, der Sehnsucht, dem Übergewicht und der eigenen Traurigkeit. Sie ist so in ihre Trauerarbeit eingetreten, die Teil ihrer Therapie ist und es noch lange sein wird.

## Literatur

- Benedetto Di, A. (1999). Ascoltare i suoni dell'anima. L'inconscio attraverso la vocalità. In Larocca F. (a cura di), Atti del V° Convegno Internazionale 1998 "Musicoterapia, Danzaterapia e Arteterapia per l'handicap" (pp.11-26). Verona: Libreria Editrice Universitaria.
- Fonagy I. (1993). Il significato dello stile vocale. Il verri, annata 1993, fasc. 1-2
- Gordon, D. (1990). Therapeutische Metaphern, Paderborn: Junfermann Verlag.
- Groove D.J., Panzer B.I. (1992). Das Trauma heilen. Metaphern und Symbole in der Psychotherapie. Freiburg im Breisgau: VAK Verlag für angewandte Kinesiologie GmbH.
- Mauder, H. (2001). In die weite Welt hinein ... Psychotherapie mit geistig und mehrfach Behinderten. Programmfolder des Kongresses am 14.-15. Sept. 2001 in Wien. Wien: Landesverband für Psychotherapie.
- Müller-Hohagen, J. (1987). Psychotherapie mit behinderten Kindern. München: Kösel-Verlag.

- Oberegelsbacher D. (1993). Wirkung von Gruppen-Musiktherapie auf soziale Fähigkeiten bei Frauen mit geistiger Behinderung. Dissertation am Institut für Psychologie, Universität Wien.
- Oberegelsbacher D. (1997). Musiktherapeutisches Improvisieren als Mittel der Verdeutlichung in der Psychotherapie. In Fitzthum, E., Oberegelsbacher D. & Storz D. (Hrsg.), Wiener Beiträge zur Musiktherapie, Bd. 1 (S. 42-66). Wien: Edition Praesens.
- Oberegelsbacher D. (1998). Musiktherapie in der Psychotherapie. Psychotherapie Forum Supplement, Vol. 6, No. 2 (64-65).
- Oberegelsbacher D. (1999). Adoleszenz und geistige Behinderung – Vom Verstehen zur musiktherapeutischen Intervention. In Bruhn H., Mahns W. & Tischler B. (Hrsg.), Rendsburger Symposium 1998 – ein Reader (S. 32-34). Rendsburg: Eigenverlag Nordkolleg Rendsburg.
- Oberegelsbacher D. (2001). Creazione di metafore: un valore in musicoterapia. In Larocca F. (a cura di), Atti del VII Convegno Internazionale 2000 "Musicoterapia, Danzaterapia e Arteterapia per l'handicap" (pp. 69 – 82). Verona: Libreria Editrice Universitaria.



BARBARA GINDL

## GRUPPENMUSIKTHERAPIE IN DER STATIONÄREN JUGENDPSYCHIATRIE

### GROUP MUSIC THERAPY IN CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY

I will describe two vignettes of a group music therapy with adolescents in a clinic for child and adolescent psychiatry. The medium of music can mediate psychotherapeutic processes by providing a place for regression, retreat and boundary-defining and at the same time for social contact and closeness and the regulation of closeness and distance in a group. The verbal language postulates, that people talk one after another to get into communication, but by making music (and especially by free musical improvisation) simultaneous „speaking“ in the sense of polyphony is possible. This allows the adolescents to experience basic forms of interactive communication, which are also prior conditions for the development of the „ability“ for psychotherapy.

Im Folgenden werden zwei Vignetten aus der Gruppenmusiktherapie mit Jugendlichen im Rahmen stationärer jugendpsychiatrischer Behandlung beschrieben. Dabei wird aufgezeigt, wie das musikalische Medium psychotherapeutische Prozesse vermitteln kann, indem es den Jugendlichen gleichzeitig einen Raum für Regression, Rückzug und Abgrenzung wie auch für die Kontaktaufnahme und für Gemeinsamkeit zur Verfügung stellt und so eine optimale Nähe-Distanz-Regulierung ermöglicht. Wo die verbale Sprache nämlich nur ein Nacheinander zulässt, wenn sinnvolle soziale Kommunikation entstehen soll, ist in der Musik bzw. der freien musikalischen Improvisation im Sinne der „Mehrstimmigkeit“ gleichzeitiges „Sprechen“ möglich. Diese nonverbal vermittelten basalen Kommunikationserfahrungen stellen auch eine Voraussetzung für die Entwicklung der sogenannten „Psychotherapiefähigkeit“ dar.

#### Institution und Setting

Ich möchte im Folgenden zwei Ausschnitte aus einer *Gruppenmusiktherapie mit Jugendlichen* im Rahmen stationärer jugendpsychiatrischer Behandlung beschreiben.

Die Gruppenmusiktherapie fand einmal wöchentlich für 45 Minuten im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik<sup>1</sup> in der Schweiz statt. Die Jugendlichen befinden sich dort längerfristig (durchschnittlich 3 Monate bis ein Jahr) in der Klinik, wo sie sich tagsüber in der Schule, im Werkunterricht oder einer geeigneten Tagesstruktur aufhalten. Sie werden ausserdem psychiatrisch (z.T. medikamentös) und psychotherapeutisch behandelt (Einzel- und Gruppenpsychotherapie) und wohnen in sozialpädagogisch betreuten Aussen-

---

Vortrag beim 2nd World Congress of the World Council for Psychotherapy - Subsymposium Music Therapy, Juli 1999, Wien (überarbeitete Fassung)

<sup>1</sup> Kinder- und Jugendpsychiatrisches Zentrum Sonnenhof, CH – 9608 Ganterschwil, Chefarzt Dr. med. R. Fisch

wohngruppen z.T. in einem anderen Dorf. Die Aufenthaltsdauer variiert zwischen 3 Monaten und einem, in besonderen Fällen (begleitete Berufsausbildung) auch mehreren Jahren.

Die an der Gruppenmusiktherapie teilnehmenden Jugendlichen litten an schweren Adoleszenzkrise, Persönlichkeitsstörungen (v.a. narzisstische und Borderline-Störungen), Ess-Störungen, Psychosen, Folgeschäden von Kindesmisshandlungen, sexuellem Missbrauch oder Krieg. Sie befanden sich in einem Alter zwischen 15 und 18 Jahren.

### **Die Musiktherapiegruppe**

Die Musiktherapiegruppe (eine geschlossene Gruppe) umfasste 3 - 5 Jugendliche beiderlei Geschlechts. Motivation der Jugendlichen und Indikation für eine Gruppenmusiktherapie mussten für die Teilnahme gegeben sein. Die Gruppe wurde von zwei Personen (Musiktherapeutin und Musiktherapie-Praktikant) geleitet.

Ausschlaggebend für das Projekt, eine musiktherapeutische Gruppe anzubieten, waren unter anderem die zumeist schwerwiegenden Verhaltensschwierigkeiten der Jugendlichen, die ein „friedliches“ Koexistieren z. T. verunmöglichten, das ständig latente Gewaltpotential und die Schwierigkeiten der Jugendlichen, sich mit sich selbst und ihren inneren Konflikten und in der Folge auch mit der Gruppe verbal reflektierend auseinanderzusetzen. „Musik“ sollte so etwas wie eine gemeinsame Sprache werden, in und mittels derer die Jugendlichen sich erleben, ausdrücken und ein gemeinsames Zusammensein als Gruppe erfahren könnten.

Im Laufe des Therapieprozesses zeigte es sich, wie wenig gruppenfähig die meisten Jugendlichen waren: Klare Vorgaben und Schutz bzw. Verhandeln über das therapeutische Setting als Bestandteil der eigentlichen musiktherapeutischen Tätigkeit von unserer Seite her und ein klarer, schutzgebender Halt in einem auch pädagogischen Sinn war vonnöten, dass Jugendliche sich *überhaupt* auf ein (musik)therapeutisches Angebot einlassen konnten.

### **Vignette 1**

Als Einstiegsritual hatte sich ein gemeinsames Beginnen mit Trommeln als günstig für die Gruppe erwiesen. Wir versuchten uns musikalisch im Sinne eines Orchesters (aufeinander) einzustimmen, ein gemeinsames Metrum zu finden. Hierbei ging jedes Gruppenmitglied vorerst von seinem momentanen Metrum, seiner eigenen Spielgeschwindigkeit aus, die es in regelmässigen

Schlägen auf der Trommel spielte. Dies bot die Möglichkeit, sich selbst mit der momentanen Befindlichkeit spielend und hörend wahrzunehmen aber auch die Existenz der anderen Gruppenmitglieder akustisch gespiegelt zu bekommen.

Aus diesem immer gleichen Einstiegsritual ergab sich dann das jeweilige Programm der Stunde; sehr grossen Anklang fanden immer wieder diverseste Rhythmusspiele (das Bedürfnis bzw. grosse Suchen nach Struktur und eigener Strukturierung, nach Halt und Orientierung, nach Ausbalancieren der Grenzen wird hier u.a. deutlich), meist gefolgt von einer rezeptiven Phase, wo jeder und jede Jugendliche sich seinen geschützten Platz auf einer Decke suchte und ich für die Gruppe Klänge (meist Monochordklänge) spielte. Diese Phase der Ruhe und Entspannung, das Sich-zurückziehen-Dürfen auf einen eigenen, abgegrenzten und geschützten Raum wurde von den Jugendlichen selbst oftmals als Bedürfnis formuliert.

*Kommentar:* Das musikalische Aushandeln von Rhythmus in der Improvisation in einer schützenden Spielregel, die nicht musikpädagogisch als Spielaufgabe Orff'scher Prägung, sondern psychotherapeutisch als „holding-environment“ (Winnicott, 1984) verstanden wurde, ermöglichte den Jugendlichen überhaupt erst, sich niederzulassen und es mit den anderen Jugendlichen gemeinsam in einem Raum auszuhalten, den eigenen „Safe Place“ (Katz-Bernstein, 1996) zu finden, jene elementarste Grundlage, auf der Introspektion und Selbsterleben und somit psychotherapeutische Prozesse erst beginnen können. Musik ist hier das Medium, das überhaupt ermöglichte, mit diesen Jugendlichen ein Arbeitsbündnis herzustellen und ihnen half, als Gruppe zusammenzufinden. Dieses wurde sozusagen in der Musik hörbar. Das musikalische Geschehen diente oftmals als zentraler Katalysator für Gewalt. Dies zeigt das nächste Beispiel.

### **Vignette 2**

In der hier beschriebenen Stunde verlief alles anders. Ich möchte sie mit Schwerpunkt auf einen 18-jährigen Jugendlichen beschreiben; er kommt aus Bosnien und es war für uns fraglich, inwieweit er die traumatischen Kriegereignisse als direkt Betroffener miterlebt hatte. Er konnte darüber nicht sprechen, aber aus seinem Erleben und Dasein in der Musiktherapiegruppe, aus seiner Gewaltbereitschaft und auch schon ausgeübter tätlicher Gewalt, seinen psychosenahen Ängsten etc. zu schliessen, lag dies nahe. In vorangegangenen Musiktherapiestunden z.B. verliess er, der oft mit einem starren, lauten, militärischen (!) Rhythmus das musikalische Geschehen dominierte, dabei aber die Nähe zu den Gruppenmitgliedern (räumlich, akustisch bezüglich der emotionalen Intensität in der Musik) selbst nicht aushielt, vorzeitig den Raum. In diese Stunde

nun kam er, mit Verspätung, Walkman hörend und dazu singend in die Gruppe. Er erweckte den Eindruck, sich in seiner Musik zurückziehen zu wollen und nahm von den Gruppenmitgliedern, die bereits trommelten, überhaupt keine Notiz. Von mir darauf angesprochen, entfernte er, mehr widerwillig, die Kopfhörer aus seinen Ohren und sagte, er könne die Gruppe nicht aushalten und wolle viel lieber allein zu seiner Musik (Musik der Gruppe Metallica) Gitarre spielen. Die restlichen Gruppenmitglieder wollten aber weiterhin trommeln. Ich schlug ihm und der Gruppe vor, beides zu versuchen und erlaubte ihm, zu seiner Musik Gitarre zu spielen, diese aber in der Hifi-Anlage und somit für alle hörbar und nicht isoliert in seinem Walkman abzuspielen. Dies tat er, stellte die Musik an und sass mit seiner Gitarre mit abgewandtem Rücken in der hintersten Ecke des Therapieraumes. Wir Restlichen trommelten inzwischen weiter; das Ganze klang wie ein ziemlich schizoid anmutendes Nebeneinander. Was dann geschah war sehr interessant. Der Junge begann nämlich, nachdem er einige Zeit ganz für sich Gitarre gespielt hatte und sich vom Getrommel der anderen nicht stören liess musikalisch klar umrissene Impulse, die unseren Rhythmus aufzunehmen schienen, zu spielen. Ich beantwortete dieses vorsichtige Kontaktangebot mit meinem Trommeln und mit der Zeit nahm die Gruppe unseren musikalischen Dialog wahr und spielte ebenfalls mit. Immer noch sass wir mit dem Rücken zu ihm und die Geräuschkulisse der Heavy-Metal-Musik dröhnte. Dies ging eine lange Zeit so, bis er die Musik abstellte, sich mit seiner Gitarre zu uns in den Kreis setzte und mitspielte.

### **Wie vermittelte Musik hier psychotherapeutische Prozesse?**

In dieser Stunde ist etwas für den Patienten Ungewohntes entstanden: er, der kaum in einer Gruppe tragbar war und den die zu grosse (räumliche) Nähe zu Menschen gewalttätig werden liess, der sich anfangs hinter seinem Walkman versteckte, liess „seine“ Musik hörbar werden, spielt mit der Gitarre dazu und es gelang ihm damit eine Kommunikation, die von den anderen beantwortet wurde. Hier vermittelte das Medium Musik diesem Patienten eine hinreichend gute Nähe-Distanz-Regulierung. Verunmöglichte ihm seine Psychosenähe aufgrund der Angst vor der Auflösung seiner Ich-Grenzen ein nahes Zusammensein mit anderen Menschen, so ermöglichte ihm das musiktherapeutische Angebot, gleichzeitig *sowohl* eigenen Raum und *Abgrenzung* (er mit der Stereoanlage und der Gitarre mit dem Rücken zur Trommelgruppe) *als auch* Nähe zur Gruppe (in der vorsichtigen musikalisch vermittelten Kommunikation) zu erleben. Seine Isolation und Entfremdung wurde so in einen sozialen Integrationsprozess überführt. Vorzugsweise durch das musikalische, d.h. praeverbale Eingebunden-Sein der

Gruppenmitglieder im gleichen Raum wurden gegensätzliche Bedürfnisse nicht nur toleriert sondern ein sozialer Raum geschaffen, in dem aus dem sich ausschliessenden Gegeneinander ein Miteinander entstehen konnte.

### **Worin liegt nun das spezifische Potential musiktherapeutischer Arbeit für diese Jugendlichen?**

Ich spreche hier von Jugendlichen, denen es an inneren und äusseren Strukturen mangelte; so litten sie an basalen Störungen der Selbst- und Affektorganisation, und sie sind aus den sozialen Strukturen (Familie, Schule, peergroup, altersadäquate Sozialisation) herausgefallen. Ihre Zukunftsperspektive ist aufgrund dieser Defizite und aufgrund der gesellschaftlichen Situation sehr beeinträchtigt. Ihre Therapiemotivation ist zudem sehr marginal (Kinder- und Jugendpsychiatrie erleben viele als Stigma, „Therapie“ ist schon deshalb ein Reizwort, weil es an die grosse Kränkung, therapiebedürftig zu sein, rührt.) Das heisst, eine therapeutische Arbeit muss bei den vorhandenen Fähigkeiten der Jugendlichen ansetzen, um die Jugendlichen überhaupt zu erreichen. Überhöhte psychotherapeutische Zielsetzungen, die diesem Umstand nicht Rechnung tragen, verfehlen von vornherein ihr Ziel. Ich ging in der musiktherapeutischen Arbeit von einem *basalen Ziel* aus, nämlich, den Jugendlichen einen geschützten Raum anzubieten, in welchem sie es überhaupt *aushielten*, innerhalb eines räumlichen und zeitlichen Rahmens in einer Gruppe zusammen zu sein und *miteinander etwas zu tun*. „Musik“ bietet sich als Medium an, weil es für die Jugendlichen attraktiv und meist lustvoll besetzt ist, weil es vorerst von der Zentrierung auf ihre Problematik und Pathologie ablenkt und so den Aufbau einer notwendigen Therapiemotivation erleichtert, weil die Jugendlichen selbst diesem Medium eine Bedeutung verleihen (vgl. die wichtige Bedeutung von Musik in jeder Jugendkultur).

In der Arbeit mit dem Medium Musik kann ich einen Raum zur Verfügung stellen, der gleichermassen dem Bedürfnis nach Rückzug/Regression und einem eigenen, abgegrenzten „Safe Place“ Rechnung trägt, wie auch das Erfahren und Entwickeln basaler sozialer Fertigkeiten ermöglicht und dem Herstellen einer basalen Dialogfähigkeit als notwendige Voraussetzung sozialer Kommunikation dient. Wo die verbale Sprache nur ein Nacheinander zulässt, wenn sinnvolle soziale Kommunikation entstehen soll, ist in der Musik bzw. der freien musikalischen Improvisation im Sinne der „Mehrstimmigkeit“ gleichzeitiges „Sprechen“ möglich. Solche Erfahrungen beinhalten das Entwicklungspotential für die allmähliche Herausbildung von diskursiver Logik.

## Literatur

- Winnicott, D. W. (1984). Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Frankfurt a. Main: Fischer.
- Katz-Bernstein, N. (1996). Das Konzept des „Safe Place“ - ein Beitrag zur Praxeologie Integrativer Kinderpsychotherapie. In Metzmacher, B, Petzold, H.; Zaepfel, H. (Hrsg.), Praxis der Integrativen Kindertherapie, Band 2, (S. 111 – 141). Paderborn: Junfermann.

MARCO NAARDEN

**POPMUSIK ALS TEIL DES BEHANDLUNGSPROGRAMMES  
FÜR FORENSISCH PSYCHIATRISCHE PATIENTEN IN DER  
DR. H. VAN DER HOEVEN KLINIEK IN DEN NIEDERLANDEN**

**POP-MUSIC AS A PART OF TREATMENT PROGRAMME  
FOR FORENSIC PSYCHIATRIC PATIENTS AT THE  
DR. H. VAN DER HOEVEN KLINIEK IN THE NETHERLANDS**

This contribution is a practical description of the use of pop-music as therapeutic tool in the treatment of very aggressive patients and sex-offenders in the Dr. Henri van der Hoeven Kliniek, a hospital for forensic psychiatry in Utrecht, The Netherlands. The program in this institution is based on cognitive-behavioral treatment method and the author describes the clinical view and the way he uses music therapy in this context. There will be some attention for the specific Dutch situation of forensic psychiatry. The treatment-goals will be linked to the specific effects of pop-music and the "Four- Level Tuning Program" will be described. This is a didactical as well as a therapeutic system to phase the music-therapy process in four defined elements. This will be illustrated with a case study.

Dieser Artikel ist eine praktische Beschreibung des Einsatzes von Popmusik als therapeutisches Mittel in der Behandlung sehr aggressiver Patienten und Sexualverbrecher in der Dr. Henri van der Hoeven Kliniek, einer Klinik für Forensische Psychiatrie in Utrecht, den Niederlanden. Das Behandlungsprogramm basiert auf kognitiven verhaltenstherapeutischen Ausgangspunkten. Der Autor beschreibt die forensisch- psychiatrische Situation in der Niederlanden. Er legt sein Augenmerk auf den klinischen Behandlungsplan und wie er in diesem Kontext Musiktherapie einsetzt. Die Behandlungsziele werden mit den Effekten der Popmusik verbunden. Das "Four-Level Tuning Program" wird vorgestellt. Dieses ist ein pädagogisches und therapeutisches System welches den musiktherapeutischen Prozeß in vier Ebenen erfaßt. Es wird durch eine Fallstudie verdeutlicht.

**Forensische Psychiatrie in den Niederlanden**

Das niederländische Strafgesetz kennt eine besondere Strafvollzugsform, „*ter beschikking stelling*“ (TBS), was soviel bedeutet wie: Verfügung. Das deutschsprachige Äquivalent ist der Maßregelvollzug. Der Richter erlegt dem Patienten und Verurteilten aufgrund eines psychologischen und psychiatrischen Rapports TBS auf,

---

Vortrag beim 2<sup>nd</sup> World Congress of the World Council for Psychotherapy – Subsymposium Music Therapy, Juli 1999, Wien (überarbeitete Fassung)

wenn es sich um einen Fall von völliger oder teilweiser Unzurechnungsfähigkeit mit deutlicher Rückfallgefahr handelt.

Es gibt in den Niederlanden vierzehn Kliniken, die den Patienten Behandlung im Massregelvollzug anbieten. Die Dr. Henri van der Hoeven Klinik ist eine von diesen Kliniken. Ich arbeite dort seit 1979 als Musiktherapeut mit Patienten. Diese Klinik beherbergt zur Zeit 114 Patienten. Um einen Eindruck von der Zusammensetzung der Patientengruppen zu erhalten, folgen hier einige Zahlen:

20% der Patienten haben psychotische Störungen. 80% der Patienten haben eine Persönlichkeitsstörung, darunter befinden sich durchschnittlich

- 52% Patienten mit antisozialer Persönlichkeitsstörung
- 35% Borderline-Patienten
- 25% Patienten mit paranoider Persönlichkeitsstörung
- 24% Patienten mit narzistischer Persönlichkeitsstörung.

Viele Patienten haben Probleme, verursacht durch Suchtkrankheiten, wovon

- 27% alkoholsüchtig
- 24% abhängig von sog. leichten Drogen und
- 11% abhängig von sog. harten Drogen sind.

Das Alter der Patienten in der Klinik variiert zwischen 17 und 52 Jahren mit einem Durchschnittsalter von 26 Jahren. 10% der Patienten sind Frauen.

Die Patienten verfügen meistens über eine durchschnittliche Intelligenz und haben schwere Delikte begangen, darunter Mord, Totschlag, Sexualverbrechen, Brandstiftung, Gewaltdelikte und Raubüberfälle.

Die Ausgangspunkte unserer Behandlung orientieren sich grösstenteils an der kognitiven Verhaltenstherapie und lassen sich in den drei folgenden Ansätzen beschreiben:

### **Sozialtherapie**

Männer und Frauen unterschiedlichen Alters werden in Wohngruppen eingeteilt. Jede Gruppe weist eine durchschnittliche Zusammensetzung auf, sowohl was die Art der Delikte, als auch die Art der Störung der Patienten betrifft. Die einzige Ausnahme bilden die Patienten mit psychotischen Störungen, sie leben in einer Gruppe zusammen. Diese Wohngruppen bilden das Übungsfeld für Sozialverhalten. Die Patienten können lernen verantwortlich zu handeln, ihre Mitmenschen zu akzeptieren und innerhalb der gegebenen Grenzen zu leben.

### **Netzwerk**

Ziel der Behandlung ist die Rückkehr in die Gesellschaft mit minimalisiertem Risiko. In den meisten Fällen bedeutet das Rückkehr in die Familie. Um diese



Rückkehr so reibungslos wie möglich verlaufen zu lassen, ist es von größter Wichtigkeit, das Netzwerk des Patienten in einer frühen Behandlungsphase mit einzubeziehen. Diese Herangehensweise wird in der Systemtherapie ausgearbeitet.

### **Behandlungsprogramm**

Neben Aktivitäten, die sich auf das Zusammenleben in der Wohngruppe richten, nimmt jeder Patient an einem individuellen Behandlungsprogramm teil, welches sich auf ein Nachholen und Aufarbeiten persönlicher Entwicklungsrückstände richtet und meistens aus den folgenden Angeboten (sog. "Fächern") besteht: Arbeit, Unterricht, Kreative Fächer, Sport, Psychotherapie, Systemtherapie und Medizinische Behandlung.

Psychotherapie wird in themenzentrierten Gruppen angeboten. Es gibt die Suchtgruppe, die Agressionsgruppe, die Sexualitätsgruppe und die Trainingsgruppe für sozialen Umgang. Ausserdem gibt es noch eine Gruppe für die weiblichen Delinquenten. Während der individuellen Sitzungen nehmen die Besprechung und Rekonstruktion des Deliktszenarios sowie das Erstellen des Planes zur Rückfallprävention eine wichtige Rolle ein.

Die Möglichkeiten, welche die in der Klinik eingerichteten Arbeitsstellen bieten, gleichen der Situation, die Auszubildende auch in normalen Holz- oder Metallbearbeitungsbetrieben vorfinden können. Sie entsprechen den Vorschriften, die Berufsschulen für Ausbildungsplätze formulieren. Das Gleiche gilt für die Ausbildungsplätze in der Küche, im Garten, in der Verwaltung und der Gebäudereinigung. Mit diesen Ausbildungsmöglichkeiten ist eine weitere typische Eigenschaft unserer Klinik beschrieben: Den Patienten soll, nachdem sie neue Fähigkeiten mit anerkannten Abschlussmöglichkeiten erlernt haben, eine optimale Rückkehr in die Gesellschaft ermöglicht werden. Es geht natürlich nicht nur um die Arbeit. Wir müssen uns in einer TBS-Klinik um mehr kümmern als um eine Ausbildung – wollen wir die Chance auf dem Arbeitsmarkt für unsere Patienten vergrößern und ihnen einen Neustart in jeder Hinsicht wirklich ermöglichen.

Eine gebräuchliche psychologische Begleitung, wie sie in der Gesprächstherapie angeboten wird, stößt bei unseren Patienten schnell an ihre Grenzen. Es zeigt sich, dass sie es oft sehr schwer finden, Gefühle zu äußern, geschweige denn, diese selbst überhaupt wahrzunehmen. Loretta Bender charakterisierte die Behandlungssituation treffend schon vor fünfzig Jahren mit folgendem Vergleich: "Mit einem Psychopaten über Gefühle zu sprechen ist wie mit einem Farbenblinden über den Regenbogen zu sprechen." Natürlich hat die Psychiatrie in der letzten Zeit viele Veränderungen erfahren und auch die Definition eines Psychopaten hat sich verändert, aber die Botschaft dieser Bemerkung hat noch immer ihre Gültigkeit.

Was unsere Patienten brauchen, ist Struktur und einen sicheren Spielraum, in dem ihnen die Möglichkeit geboten werden kann, ihre Gefühle von Anfang an neu zu strukturieren. Diese Möglichkeit kann eine verbale Therapie- methode solchen Patienten sicher am Anfang nicht bieten. Kurzum - was sie brauchen ist..... Musik!

### **Popmusik als therapeutische Behandlungsmethode**

Musik ist eine Quelle für Energie, ruft Gefühle hervor und sorgt für Entspannung. Mit Musik wird die Lust zu Spielen stimuliert und das ist etwas, was viele Patienten während ihrer frühen Entwicklung nicht gelernt haben. Musik stimuliert Kommunikation, lässt Erinnerungen hochkommen und garantiert durch die Anwesenheit von Struktur dennoch eine kontrollierbare und sichere Umgebung.

Diese Erklärung kann ich mir einem Patienten gegenüber sparen. Wenn ich ihm auf diese Weise erläutern würde, warum eine Musiktherapie gut für ihn wäre, müsste ich doch wieder seine problematische Persönlichkeit zur Sprache bringen und würde probieren, ihn mit Worten zu motivieren. Die Gefahr der Ablehnung wäre besonders groß. Das ist auch gar nicht nötig, denn die Motivation kann auch durch die Musik selbst zustande kommen. Der allerwichtigste Effekt von Musik ist SPAß! Diese Freude ist der Schlüssel zur Motivation. Und Motivation bei Behandlung von TBS-Patienten ist und bleibt ein Problem. Einer der Gründe für die fehlende Motivation ist auf die Tatsache zurückzuführen, daß, auch wenn wir von Behandlung sprechen anstatt von Strafe, die Patienten doch oft das Gefühl haben, bestraft zu werden. Sie sitzen doch meistens gegen ihren eigenen Willen im Maßregelvollzug.

Wir sprechen zwar über Patienten, begegnen ihnen aber nicht nur in Bezug auf die Behandlung ihrer Störungen. Wir sehen sie als Erwachsene und ein Teil ihres Verhaltens ist auch durchaus das Erwachsener. Durch ihre Störung können sie manchmal sehr unerwachsen reagieren: Sie auf nur einer dieser zwei Ebenen anzusprechen, würde sie nicht zu ihrem Recht kommen lassen. Neben der Aufmerksamkeit für ihre Krankheit muß ihnen auch Spielraum für die Entwicklung ihrer gesunden, erwachsenen Persönlichkeit angeboten werden. Dazu gehört die Festigung ihrer kognitiven, emotionellen, motorischen und kreativen Fertigkeiten. Im Vordergrund steht dabei immerwährend die Stimulierung zu eigenverantwortlichem Handeln.

Ich spreche gegenüber Patienten im Allgemeinen von Musikunterricht und nicht von Musiktherapie. Der Musikunterricht ist ein essentieller Bestandteil des Behandlungsprogrammes der Patienten unserer Klinik. Mit meinen Patienten

unterhalte ich sowohl eine therapeutische als auch eine musikdidaktische Beziehung. Meine Gründe für die Arbeit mit Popmusik sind folgende:

- Popmusik hat eine einfache und deutliche Struktur. Patienten mit geringer innerer Struktur brauchen einen deutlichen Rahmen, in dem sie sich ausdrücken und spielend bewegen können.
- Es bedarf wenig technischen Könnens um schnell zu einem hörbaren Resultat zu kommen. Meistens muss ich von keinen oder geringen musikalischen Vorkenntnissen ausgehen und mit einigen kleinen Tipps kann man doch anfangen an einem Lied zu arbeiten. Weil die Ausdauer oft sehr schnell erschöpft ist, bietet Popmusik schnell ein erkennbares Resultat ohne erst durch langes Üben zu frustrieren. Musik muss das Ziel unmittelbarer Bedürfnisbefriedigung werden.
- Popmusik hat eine ich-stärkende Wirkung. Das Resultat ist eine Festigung des Selbstvertrauens.
- Popmusik eignet sich ideal für das Zusammenspiel in einer kleinen Gruppe, in der jeder seinen eigenen, unersetzbaren Platz einnimmt. Bei intensiverer Zusammenarbeit wird die Musik besser und nimmt der Spaß zu. Das bedeutet automatisch ein sich-Üben in Kommunikation. Den Patienten wird dabei bewusst, daß sie eine wichtige Rolle in der Gruppe spielen. Wenn sich ein Patient zum Beispiel ganz weit unten in der Patienten-Hierarchie befindet, aber doch ganz ordentlich Baßgitarre spielen kann und aus irgendeinem Grund nicht an einer Gruppenübung teilnimmt, wird er von den anderen vermißt. Vielleicht vermissen sie ihn noch nicht einmal unbedingt als Person, sondern einfach, weil die Musik ohne Baßgitarre nicht gut klang. Wenn sie ihn dann irgendwo in der Klinik treffen, könnten sie sagen: "Mensch, wo warst du denn, du hast uns gefehlt, ohne dich war's nicht anzuhören!" Und das kann dann seit langer Zeit oder sogar zum ersten Mal sein, daß dieser Patient so etwas zu hören bekommt.
- Ein weiterer Grund ist, dass die Arbeit mit Popmusik einen Anknüpfungspunkt für die unterentwickelte Seite des Patienten bietet. Die Patienten-Generation, mit der ich arbeite, fühlt sich zu diesem Stil besonders hingezogen. Wollen sie Musik machen, muss es ihre Musik sein, mit echten Musikinstrumenten. Also besteht mein Instrumentarium aus E-Gitarren, Baßgitarren, Keyboards, einem Schlagzeug, Perkussionsinstrumenten und einem guten Gesangsverstärker, denn es wird viel und gerne gesungen.

Wenn die Patienten in dieser ihnen auferlegten Situation an irgendetwas Freude erleben, ist das nur zu befürworten, denn auch während des Spielens von Popmusik werden Probleme behandelt. Der durchschnittliche Vergewaltiger hat einem

Anderen wenig oder nichts zu sagen, wenn er selbst nichts davon hat. In meiner Zusammenarbeit mit ihm wird sich das sicher äußern. Sobald er Lust durch die Musik hat, können wir Probleme besprechen und diese innerhalb des musikalischen Prozesses probieren zu verbessern.

Nemen wir an, ein Patient spielt Gitarre in einer Band, aber es gelingt ihm nicht, sich auf die anderen Bandmitglieder einzustimmen. Eine populäre "Lösung" ist dann, den Lautstärke-Knopf auf maximal zu drehen, sodaß er sich selbst hört, die anderen aber nicht. Das wiederum wird zweifelsohne zu Reaktionen bei den Anderen führen. Das Erleben seines eigenen Lust wird durch seine Unfähigkeit, seine Tonhöhe anzupassen, gebremst. Sobald er einsieht, dass er lernen muß, seine Tonhöhe anzupassen, will er sich optimal unterhalten, wird er durch das bessere Resultat direkt belohnt werden.

Eine Einsicht solchen Umfangs wird mit einer eher theoretischen oder psychodynamischen Behandlungsmethode nur selten erreicht. Es ist schwierig, über zum Beispiel Empathie zu sprechen, wenn sie selbst nicht erkennen können, was das eigentlich ist. Die Gefahr ist groß, sich auf etwas zu beziehen, was beim Patienten (noch) nicht vorhanden ist. Doch ist es wichtig, diese Themen zu behandeln, weil der Mangel an Empathie negativ mit aggressivem Verhalten gekoppelt ist. Empathie spielt auch eine wichtige Rolle im erfolgreichen Unterhalten normaler sozialer Beziehungen. Empathisches Verhalten befördert Einsicht in das Verhalten anderer, die Möglichkeit, den Standpunkt des anderen zu sehen und letztendlich ein aufrechtes Interesse für das, was ein anderer zu sagen hat, zu entwickeln. Musik machen appelliert an eigene Gefühle und Gefühle anderer. Weil Zusammenspielen etwas Soziales ist, können soziales Verhaltenstraining und Empathietraining auf diese Art und Weise auch spielerisch und lustvoll erlebt werden.

## **Behandlungsmodell des Individual & Social Tuning**

Jeder hat so sein theoretisches Schema und auch ich habe versucht meine Art zu arbeiten in verschiedene Aspekte zu unterteilen. Damit will ich kein statisches Modell schaffen, sondern eher einem Bedürfnis nach Struktur eine Gestalt geben. Dieses Modell soll auch mit Beispielen aus der Praxis erläutert werden. Ich gehe von zwei Elementen aus: *Individual Tuning* und *Social Tuning*. Ich benutze diese englische Terminologie („Abstimmung, Übereinstimmung“) weil sie ihre doppelte Bedeutung so treffend mit einer musikalischen Konnotation ausstattet. Diese Einteilung teile ich jeweils in zwei weitere Niveaus ein:

### **Individual tuning level 1**

Erstes Ziel ist, den Anreiz zum Musikmachen entstehen zu lassen. Patienten entdecken die Musik als Aktionsfeld und, daß sie Spaß damit haben können. Dann kommt das Aufbauen einer Arbeitsbeziehung. Ich beziehe mich so viel wie möglich auf das Vorwissen, die Möglichkeiten und die musikalischen Wünsche des Patienten. Ich genieße dabei den Vorteil, dass Musik machen bei uns mittlerweile eine populäre Aktivität geworden ist. Um einen neuen Patienten zu gewinnen, ist Mund zu Mund Propaganda eines begeisterten Mitpatienten meist überzeugender als ein Einleitungsgespräch, das ich vor einem Patienten halte. Meistens hört man an dem Krach auf dem Flur vor den Musikräumen schon genug, um zu wissen, wie wir an die Arbeit gehen.

### **Individual tuning level 2**

Dann wird gearbeitet. Beim Erlernen des gewählten Instrumentes probiere ich in der Begleitung so viel Sicherheit wie möglich zu bieten, sodaß der Patient sich getraut Fehler zu machen. Ich bemühe mich, die Musik durch Begleitung so gut wie möglich klingen zu lassen und fange Fehler auf. Ich folge dem Patienten und probiere ihn zu unterstützen.

In diesem Stadium besteht für den Therapeuten die Gefahr, sich über die Tatsache zu ärgern, lediglich Instrument zur Bedürfnisbefriedigung des Patienten zu sein. Will man sich jedoch wirklich ernsthaft mit seinen Problemen auseinandersetzen, müssen diese doch erst sichtbar gemacht werden und das geht am Besten in einer für den Patienten sicheren Umgebung. Erst dann kann man beobachten und eventuell steuern und korrigieren.

Entsteht dennoch ein verärgertes Gefühl beim Therapeuten, so will dieser eigentlich die Störung des Patienten nicht wahrhaben und geht das Risiko ein, aus seiner Rolle als Therapeut zu fallen und die des Opfers anzunehmen. Er ist dann verloren, denn damit bestätigt und verstärkt er das alte und problematische Verhalten des Patienten.

### **Social tuning level 1**

In dieser Phase wird ein Dialog durch Umkehrung des vorhergehenden Niveaus eingeleitet. Um dem Patienten die Fähigkeit zu lehren, zu erreichen was er will, muss auch er lernen, dem Therapeuten zuzuhören und sich auf sein Spiel einzulassen. Das kann zum Beispiel bedeuten, dass ich einfach weiterspiele oder mit Absicht aufhöre, wenn er einen Fehler macht. Auch arbeiten wir in dieser Phase mit Bandaufnahmen, um Fehler besser anhören zu lernen. Ich muss dann auf das Vertrauen und die Fähigkeiten, die wir während der ersten zwei Phasen aufgebaut haben, bauen können.

## **Social tuning level 2**

Mittlerweile, wenn uns das gelungen ist, kennen wir einander ein bißchen. Man kann von gegenseitigem Vertrauen sprechen, die Grundkenntnisse sind erlernt und eine gewisse Leidenschaft für die Musik ist geweckt. Dann ist der Zeitpunkt erreicht, um mit Gruppensitzungen, in diesem Fall den Bandproben, von 6 Personen anzufangen. Dann können Beobachtung und Übung, die wirkliche Arbeit, anfangen. Die Patienten sind nicht wie beim Zeichnen jeder für sich mit ihrer eigenen Arbeit beschäftigt, sondern zusammen an einem Produkt. Sie müssen einander zuhören und aufeinander reagieren. Etwas, was sie nicht gerade gewöhnt sind. Meistens sind sie mit sich selbst beschäftigt, mit ein bisschen Glück mit mir und höchst selten miteinander. Auch um in diesem Stadium die geringsten Erfolge erzielen zu können, sind die drei ersten Niveaus unentbehrlich.

Der Prozess verläuft also wie folgt: im individual tuning wird die Fähigkeit erlernt, Können und Selbstvertrauen zu vergrößern um die Verteidigungshaltung abzubauen. Danach wird im social tuning probiert, ihnen die Möglichkeit zu geben, besser in Kontakt mit sich selbst und anderen zu kommen. Die Voraussetzungen für die Entwicklung für Empathie werden geschaffen.

Die Entdeckung eines unerwarteten Talentes ist einer der schönsten Augenblicke im Unterricht. Mit den oft sehr energischen Personen ist die Arbeit sehr intensiv und die Entdeckung von positiven Eigenschaften für beide Seiten neu. Ich will das an einem Beispiel illustrieren.

### **Kenneth: ein Beispiel**

Alle Elemente sind bei ihm im Überfluss vorhanden: musikalisches Talent, totales Fehlen sozialer und empathischer Fähigkeiten, ein hohes Maß an antisozialen, narzistischen und paranoiden Zügen. Kurzum: ein feiner Kerl. Ich nenne ihn Kenneth.

Kenneth ist ein Mann mit voreingenommener Haltung gegenüber seiner Umgebung, sich selbst eingeschlossen. Er kompensiert ein schlechtes Selbstbild mit sehr aggressivem Verhalten und ernstlichen sozialen Problemen. Er ist erst zufrieden wenn er der beste ist. Musik ist seine grosse Leidenschaft. Er hat eine grosse CD-Sammlung und eine teure Musikanlage. Wir fingen mit Gesangsübungen an. Schon schnell war klar, dass er eine gute Stimme hatte und sehr musikalisch war, auch wenn ich ihm das nicht sagen durfte. Er sang jede Nummer mit großer Leichtigkeit und auch die zweite Stimme war kein Problem, wenn ich die erste sang. Das waren individuell gerichtete Fähigkeiten. Sobald ich aber in eine andere Tonart

transponierte oder Reihenfolgen veränderte, machte er Fehler oder unterbrach abrupt. Das bestätigte seine Meinung, dass sein Gesang nichts taugte und dass er mein Urteil über seine Fähigkeiten nicht ernst nehmen konnte. Der wirkliche Grund war, dass er neben einem guten Gedächtnis auch noch ein absolutes Gehör hatte. Bei jedem neuen Lied nahm er die Tonart in sich auf und es kostete es ihn unglaublich viel Anstrengung diese zu verändern, auch wenn die veränderte Tonart viel besser zu seiner Stimme passte. Er musste und wollte nach seiner eigenen Überzeugung handeln. Wir haben damals mit Bandaufnahmen gearbeitet sodaß er sich objektiver seine eigenen Leistungen anhören konnte.

Eines Tages erschien er mit einer E-Gitarre und bat um Gitarrenunterricht. Glücklicherweise hatte er wenig Talent, sodass ich mich nun auch mit seinen wirklichen Beschränkungen beschäftigen konnte. Er lernte alles übers Gehör und konnte mit bescheidenen Mitteln prima improvisieren. Von Theorie wollte er nichts wissen.

Wegen seiner Talente und den dünnen Wänden des Klinikgebäudes wurde er schon schnell, zu schnell fand ich, gefragt, ob er nicht Lust hätte, in einer Band mitzuspielen. Obwohl ich große Probleme sah, war er von seinem Plan nicht mehr abzubringen. Ich verlangte von ihm, daß er auch noch einzeln zu mir kommen müsse. In dieser Gruppe kam er schnell dahinter, daß, um ein guter Musikant zu sein, mehr nötig war, als große Begabung und eine gute Stimme.

Seine Spaß-/Frustrationsbalance wechselte rasch und trotz großem Einsatz gelang es ihm nicht, den anderen seine Ideen nahe zu bringen, weil diese seine Ideen nicht so schnell verarbeiten konnten. Das führte zu ernsthaften Konflikten. Er lief schimpfend weg, schlug mit Türen und drohte, nicht mehr zurückzukommen. Im Einzelunterricht besprachen wir, was passiert war. Er gab den anderen alle Schuld. Er war davon überzeugt, dass die anderen schlechte Musikanten waren und daß er der einzige war, der sich wirklich einsetzte. Ich ließ ihn ausreden und legte ihm danach meine Sicht der Dinge dar. Er wollte nur mit Mühe einsehen, daß er den anderen vielleicht ein bißchen zu wenig Raum gegeben hatte, um ihre Kritik zu äußern, zu üben oder mit eigenen Ideen zu kommen.

In der nächsten Session nahm er das Besprochene sehr ernst und es zeigte sich wiederum seine Ohnmacht mit Kritik umzugehen sehen. Kenneth überließ nun alle Initiativen den anderen, brachte selbst nichts ein und lachte arrogant als die Probe wieder schiefging. Und auch diesmal wurde die Session besprochen. Erst seine Meinung und danach die Meine. "Warum ist es immer meine Schuld?" rief er klagend, nachdem ich meine Beobachtung ausgesprochen hatte. Ich versuchte ihm zu erklären, daß es schwer sei, anderen etwas näher bringen zu wollen, wenn man den Fachjargon nicht beherrsche und daß dieser ihm doch Dienste leisten könne

wenn es darum ginge, beschreiben zu lernen, was er in der Praxis schon lange konnte. Wir führten danach eine Art Übertragungsübung aus. Er musste ein Lied aussuchen, das ich nicht kannte und mich mithilfe einfacher Anweisungen zu einer korrekten Begleitung hinlenken. Falsch/richtig, höher/tiefer, lauter/leiser. Das Ergebnis klang prächtig, auch wenn es dem Original nicht ähnelte. Er fand sogar, daß es besser war. Und das war es auch.

Im jährlichen Konzert ragte er mit seiner Gruppe mit einem guten Rockakt besonders hervor. Er schaute professionell aggressiv in den Zuschauerraum. Eine Haltung, die auch schon vorher bei ihm ausgeprägt vorhanden war. Dieses Gefühl, diese Haltung, waren vertraut für ihn. Und doch entstanden auch neue Gefühle bei ihm, denn eines Tages bekannte er mir, was er eigentlich am allerschönsten fand: irische Volksballaden. "Das darfst du niemandem erzählen, hörst du?" Er sang dieses Genre mit viel Gefühl, und das durfte ich mittlerweile auch benennen. Dadurch veränderte sich letztendlich auch das Repertoire der Band.

Nach drei Jahren Zusammenarbeit bildete sich eine neue Gruppe aus fortgeschrittenen Patienten mit Kenneth als Sänger. Jeder musste einen gleichen Anteil zum Repertoire beitragen. Bei einer Aufführung arbeiteten sie sichtbar als Team zusammen. Die Zuschauer waren durch die Ausstrahlung und die Resultate schwer beeindruckt.

Sie erhielten viele Komplimente und Kenneth vor allem über seine Ausdrucksstärke. Als er hörte, daß jemand einen Keyboardspieler kritisierte, verteidigte er diesen mit den Worten: "Warum probierst du nicht, es selber besser zu machen?" Ich fragte ihn, ob er das vor ein paar Jahren auch gesagt hätte. Er schüttelte lachend den Kopf.

## **Schlussbemerkung**

Was ich versucht habe deutlich zu machen ist, daß die Arbeit mit Popmusik als Teil des Behandlungsprogrammes mit forensischen Patienten äußerst effektiv sein kann. Popmusik mit ihrer impliziten Struktur und den genannten sozialen und emotionellen Aspekten kann eine Alternative bieten, um auf spielerische und sichere Art und Weise neue Verhaltensmuster und Gefühlsäußerungen einzuüben.

Eine verbale Herangehensweise ist oft noch nicht möglich und kann zu Negation, Acting-out und Gegenübertragung führen, aus dem einfachen Grund, daß die Patienten auf diesem Gebiet Analphabeten sind. Im Alltag der forensischen Psychiatrie ist es darum nicht anzuraten und sogar gefährlich, gleich von vorneherein eine Zerstörung der emotionellen Maske anzusteuern. Für Patienten mit einer solch schweren Problematik ist es viel wichtiger, eine sichere Umgebung



für sie zu schaffen. Wenn man von einer Maske sprechen kann, dann ist diese für den Patienten keine Scheinidentität, sondern vielmehr eine Überlebensstrategie. Ein Versuch, diese abzubauen wird keinen Erfolg haben. Es wird den Patienten nur noch stärker von der Meinung überzeugt sein lassen, daß die Welt und alles und jeder eine potentielle Gefahr für ihn bedeuten.

Wenn die Maske fällt, dann müssen sie diese selber absetzen wenn sie die Zeit als reif dafür empfinden. Die Zeit brauchen sie, um Sicherheit aufbauen zu können und um begreifen zu lernen, dass sich diese ganze Neuorientierung auch auf längere Zeit lohnt. Zwang zur Veränderung wird eine Reaktion zur Folge haben, die dann alles dominiert. Im Falle der forensischen Patienten bedeutet das, daß ihr altes problematisches Verhalten verstärkt werden wird. Der Teufelskreis wird sich wieder schließen und eine neue Bestätigung, die Maske weiterhin zu tragen, liegt auf der Hand. Diese Form des kontraproduktiven Arbeitens können wir uns nicht erlauben, weil die Behandlungsdauer so kurz wie nur eben möglich gehalten werden muss.

Es wäre natürlich interessant nach dem Grund zu suchen, warum sie diese Maske tragen. Ist das um sich dahinter zu verstecken, dient sie als Schutz? Auch ist es interessant, sich aus ihrer Perspektive zu fragen: Warum sollten sie sie absetzen? Was gewinnen sie damit und: Was können sie eigentlich in ihrer Situation noch verlieren? Das hat gewiß mit viel Angst und negativen Erfahrungen zu tun. Solange sie nicht das Gefühl haben, daß sie dadurch etwas gewinnen, wird nichts mit ihnen passieren. Die Störung wird nie verschwinden, höchstens kontrollierbar werden. Man muss sich auch fragen, ob es die Aufgabe des Musiktherapeuten ist, diese Maske zerstören zu wollen, oder ob solche Aktionen alles nur noch komplizierter machen.

Zum Schluß ein guter Rat: Gebrauche so viel wie nur irgend möglich das Medium selber. Die unmittelbare Kraft der Musik ist das beste Instrument, das uns zur Verfügung steht.

Für mich bedeutet arbeiten auch spielen. Spielen bedeutet für den Patienten hart an der Behandlung zu arbeiten. Achte darauf, dass es vor allem ein Spiel bleibt, verbalisiere nicht zu viel. Die Patienten haben sich schon genug guten oder korrigierenden Rat anhören müssen.

Aus dem Niederländischen übersetzt von Susanne Neugebauer

## Literatuur

- Beek, D. J. v., Mulder, J. R. (1998). The treatment of sexually aggressive offenders in the Dr. Henri van der Hoeven Kliniek; a forensic psychiatric institute in the Netherlands. In Marshall, W. L., Fernandez, Y. M., Hudson, S. M. & Ward, T. (Eds.), *Sourcebook of treatment programs for sexual offenders* (pp. 203-219). New York: Plenum Press.
- Beek, D. v., Kröger, U. (1999). No cure but control: Die behandlung von Sexualdelinquenten in der Dr. Henri van der Hoeven Kliniek In Deegener, G. (Hrsg.), *Sexuelle und Körperliche Gewalt. Therapie jugendlicher und erwachsener Täter* (pp. 403-427). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Beek, D. J. v., Mulder, J. R. (1992). The offence script: a motivational tool and treatment method for sex offenders in a Dutch forensic clinic. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, Vol. 36 (2), pp. 155-167.
- Blanchard, R. J., Blanchard, D. C. (1986). *Advances in the study of Aggression. Volume 2*, San Diego: Academic Press, Inc.
- Bullens, R. (1994). Faktoren der Behandlung von Sexualstraftätern: Motive, Therapiesetting, Nachsorge. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, Jg.1, Heft 2, pp. 33-53.
- Cullen, M., Freeman-Longo, R. (1995). *Men and Anger. A relapse prevention guide to understanding and managing your anger*. Vermont: The Safer Society Press.
- Eldridge, H. (1997). Ein auf dem Kinderschutz basierender Ansatz zur Therapie von Sexualstraftätern. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, Jg.4, Heft 2, pp. 35-49.
- Frenken, J., Gijs, L., Beek, D. v. (1999) Sexual offender research and treatment in the Netherlands. *Journal of interpersonal Violence*, Vol.14 (4), pp. 347-371.
- Feldbrugge, J. T. T. M. (1986). *Commitment to the committed; treatment as interaction in a forensic mental hospital*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Greeven, P. G. J. (1997), *De intramurale behandeling van forensische patiënten met een persoonlijkheids-stoornis; een empirische studie*. Proefschrift Universiteit Utrecht. Deventer: Gouda Quint.
- Ruiter C. de, Hildebrand, M. (1999). *Behandelingsstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten*. Cure and Care Development 1999. Houten: Bohn Stafleu Van Lochum.
- Ruiter, C. de (2000) *Voor verbetering vatbaar*. Vossiuspers AUP, Amsterdam.
- Ruiter, C. de (1997) Assessment of mental representations of relationships: a case study. *British Journal of projective psychology*, Vol. 42, (2), pp. 11-38.

- Harris, G. T., Rice, M. A. (1997). Risk Appraisal and Management of Violent Behavior. *Psychiatric Services* September 1997, Vol. 8, (9).
- Harris, G. T., Rice, M. A., Cormier, C. A.: Psychopathy and Violent Recidivism. *Law and Human Behavior*, vol. 15, (6), pp. 625-637.
- Hiday, V. A. H.(1997). Understanding the connection between mental illness and violence. *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 20, (4) pp. 399-417
- Lodge, G. J. (1997). Assessing risk of violent behavior. *Psychiatric bulletin*, Vol. 21, pp. 703-706.
- Reiss, D., Quayle, M., Brett, T., Meux, C. (1998). Dramatherapy for mentally disordered offenders: Changes in levels of anger. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 8, pp. 139-153. Whurr Publishers Ltd.
- Richards, Keith, Jagger, Mick: You can't always get what you want.
- Gaye, Marvin: Anger



**ZUR KLINISCHEN PRAXIS**  
**TEIL 2**



**DOROTHEE STORZ**

**DAS KRIEGSTRAUMA UND DIE  
NOTWENDIGKEIT DES AUSDRUCKS  
MUSIKTHERAPIE MIT TRAUMATISIERTEN KINDERN  
EIN PROJEKT IN SARAJEVO**

**WAR TRAUMA AND THE NEED OF EXPRESSION  
MUSIC THERAPY WITH WAR TRAUMATIZED CHILDREN  
A PROJECT IN SARAJEVO**

The increasing number of war traumatized children – either in their home country or in the asylum seeking country – is a current challenge for musictherapists. Differentiated concepts which meet the needs and the circumstances of the children are asked. It is necessary to consider their individual distress and misery as well as their external conditions. The paper is based on the lecturer's work-experience with war traumatized children in Sarajevo, Bosnia-Herzegovina in autumn 1997 and spring 1998. The work has been part of a psycho-social project which has been set up after the end of the war. One main part of this program is a method of musictherapy, which is based on the model of Judith Herman (USA). Focus is the use of particular musictherapeutical methods in dealing with such clients. In a first step the trauma theory is being discussed, the second step is to consider the aspects of the musictherapeutical methods referring to the mentioned experiences in Sarajevo.

Die immer größer werdende Gruppe kriegstraumatisierter Menschen, insbesondere Kinder, stellt an Psychotherapeuten und vor allem an uns Musiktherapeuten spezielle Anforderungen. Differenzierte Konzepte sind gefragt, die der individuellen Not der Menschen wie auch den unter Umständen extremen Rahmenbedingungen (Therapie im zerstörten Ursprungsland, Therapie im Asyl) Rechnung tragen. Dieser Vortrag basiert auf Erfahrungen in Sarajevo, Bosnia-Herzegovina, wo nach Beendigung des dortigen Krieges, also seit 1995, ein Projekt zur Behandlung kriegstraumatisierter Schulkinder mit kreativen Aktivitäten installiert worden ist und bis heute besteht. Vor diesem Hintergrund wird das Thema Trauma theoretisch diskutiert (Ursachen, Erleben, Möglichkeiten der Verarbeitung, Verständnis,...). Auf dem Modell von Judith Herman (USA) aufbauend werden musiktherapeutisch-methodische Aspekte vorgestellt und im Zusammenhang mit den Erfahrungen in Bosnien beleuchtet.

„Wer der Folter erlag, kann nicht mehr heimisch werden in der Welt. Die Schmach der Vernichtung läßt sich nicht austilgen. Das zum Teil schon mit dem ersten Schlag, in vollem Umfang aber schließlich in der Tortur eingestürzte Weltvertrauen wird nicht wiedergewonnen“ (Amery, 1966, S. 73).

Die Zahl kriegstraumatisierter Menschen, insbesondere die Gruppe der Kinder, wird immer zahlreicher und stellt auch an die Musiktherapie spezielle Anforderungen. So

sind Therapie-Konzepte notwendig, die der individuellen Not der Menschen wie auch den unter Umständen extremen Rahmenbedingungen Rechnung tragen.

Die vorliegenden Ausführungen basieren auf Erfahrungen in Sarajevo, wo nach Beendigung des dortigen Krieges 1995 ein Projekt zur Behandlung kriegstraumatisierter Schulkinder mit musikalischen und anderen kreativen Aktivitäten konzipiert, im Jahr 1997 installiert und 1998 wiederholt worden ist.

### **Zur Ausgangssituation**

Während des Krieges in Bosnien waren u. a. Schulen in besonderem Maße Zielscheibe von Zerstörungen, um die Menschen und ihre Kultur zu vernichten. Das Ergebnis war, wie wir heute wissen, verheerend. Die Menschen, die diesen Krieg überlebt haben, benötigen dringend der Unterstützung, um mit den Folgeerscheinungen dieses traumatischen Geschehens über Jahre hinweg und mit den schrecklichen Erinnerungen daran weiterleben zu können.

UNICEF hat bei einer großen Anzahl von bosnischen Kindern festgestellt, daß sie an posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD) leiden. Während des Krieges wurden über 20.000 Kinder getötet, 55.000 Kinder verwundet und viele wurden durch den Krieg heimat- oder familienlos. Eine zu Beginn des Jahres 1997 durchgeführte Umfrage mit Kindern (publiziert in der Tageszeitung ONASA) zeigte eine 90% Rate an Selbstmordabsichten bei den Kindern im Falle einer Wiederaufnahme des Krieges. Kinder gehören zu den am meisten traumatisierten Bevölkerungsgruppen, weil sie ihre Überlebensstrategien noch nicht voll entwickeln haben können. So führt die häufige Unfähigkeit, gerade die leidvollen Gefühle ausdrücken zu können, solche sind Schmerz, Aggression, Angst, Scham und Wut, dazu, daß diese sich andere Wege suchen müssen, wie die verschiedenen Krankheitsbilder und Verhaltensstörungen zeigen. Es kommt vielfach zu Entwicklungsregressionen wie verspätetes Sprechen, Bettnässen, Interessensverlust an normalen Kinderspielen, inadäquate emotionale Reaktionen, geringe Konzentrationskapazität, Alpträume, Angstzustände bis hin zu schweren Depressionen.

### **Das Projekt**

Anfang des Jahres 1997 wurde in Sarajevo ein psychosoziales Projekt eingerichtet, das ich über den Zeitraum eines Jahres begleiten und supervidieren sollte. Die Entwicklungsdienst-Programme, die in Ländern mit solchen Schicksalen eingerichtet werden, sind in der Regel - und so auch in Bosnien - einerseits



„reconstructing programs“ andererseits „psychosocial programs“. Die ersteren dienen der Wiederherstellung von Kindergärten, Schulen, Gesundheitszentren und auch Wohnungen, die Psychosozialen Programme wie das im Folgenden beschriebene „Creative Activities for Trauma Healing Program“ sind der Traumabewältigung gewidmet.

Ziel und Inhalt des Projektes war es, kriegstraumatisierte Schulkinder bei der Bewältigung der traumatisierenden Kriegserlebnisse denen sie ausgesetzt waren, zu unterstützen, sie hinsichtlich einer möglichen Verarbeitung zu fördern - und das mit kreativen Mitteln. Die Arbeit bezog sich auf Kinder in Schulen ehemaliger Frontliniengebiete – die meisten waren Flüchtlingskinder und Vertriebene. Mit den Lehrern wurden vorher - und auch während der fünf Monate dauernden Arbeit mit den Kindern - Workshops und Seminare durchgeführt, in denen sowohl theoretisches Wissen zur Theorie Posttraumatischer Belastungsstörungen als auch Inhalte und Methodiken der unterschiedlichen kreativen Medien theoretisch und auf dem Weg der Selbsterfahrung vermittelt wurden. Während der Stunden nahmen sie die Rolle eines Co-Therapeuten ein. Eine zentrale Idee des Projektes war, daß die Lehrer zum Schluß in der Lage sein sollten, diese Arbeit weiterhin allein und selbständig mit den Kindern durchzuführen, wodurch die notwendige Langfristigkeit gewährleistet sein sollte.

Das eigentliche Kreativ-Therapeuten-Team bestand aus vier Personen. Jedes Teammitglied arbeitete mit einem kreativen Mittel an insgesamt 5 Schulen, und an jeder dieser Schulen mit jeweils einer Schulklasse kontinuierlich die ganzen 5 Monate hindurch.

Vorweg einige Gedanken zu den Begriffen „Kreativ-Trainer“<sup>1</sup> und Therapeuten in diesem Zusammenhang: Sowohl Psychotherapie als auch Musiktherapie geben Richtlinien für deren Berufsausübung vor und deren Notwendigkeit steht außer Zweifel. In einem zerstörten Land ist es nicht möglich, diesen Richtlinien oberste Priorität zu verleihen. Da die große Anzahl an notwendigen ausgebildeten Therapeuten nicht vorhanden ist, müssen andere gewissenhafte und zuverlässige Wege und Modelle für eine solche Arbeit gefunden werden. Das vorliegende Arbeitsmodell beschreibt einen solchen alternativen Weg mit dem Konzept des „Kreativ-Trainer-Teams“. Die Bezeichnung Kreativ-Trainer steht begrifflich außerhalb einer psychotherapeutischen Perspektive, damit natürlich auch außerhalb exakt psychotherapeutischer Berufsrichtlinien.

Zur Veranschaulichung: Bei diesem Projekt war eine Frau eine ausgebildete Psychologin, Pädagogin und Psychotherapeutin, die anderen Team-Mitglieder kamen

---

<sup>1</sup> Wegen besserer Lesbarkeit wird hier die männliche Form gewählt, die weibliche ist aber stets mitgemeint.

aus anderen Berufen und wurden auf dieses Projekt in Seminararbeit hinsichtlich kreativtherapeutischer Ansätze und deren Möglichkeiten, methodisch auf der Basis pädagogischen und zielorientierten Vorgehens im Bereich Traumatheorie und –behandlung vorbereitet.

Mit dem Begriff ‘Kreativ-Training‘ wurde aber nicht nur einer theoretischen, definitorischen Eingrenzung Rechnung getragen, er stellte auch – vor allem für die älteren Kinder, die Jugendlichen und für die Lehrer - eine Entlastung dar im Hinblick auf die Empfindsamkeit wegen eigener therapeutischer Bedürftigkeit. Dieser Gesichtspunkt findet auch in der Literatur zu diesem Thema Erwähnung. Stoffels (1999, S. 175) geht darauf in seinem Beitrag „Menschen im Widerstand“ über Trauma-Schicksale und Trauma-Verarbeitung im Kontext der Traumatisierungen während des Nationalsozialismus näher ein. Er verweist darin auf den Umstand, daß die psychiatrische und auch die psychotherapeutische Verständnisebene für traumatisierte Überlebende zumindest auch problematisch sein kann. Diese Perspektive kann – so Stoffels - für Überlebende insofern eine Provokation darstellen, als daß sie sich mit der Hypothese einer quasi psychopathologischen Reaktion konfrontiert sehen, verbunden mit der Konsequenz, einen Schaden davon getragen zu haben, der eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung erfordert. Vor allem Publikationen von KZ- Überlebenden machen das deutlich. So auch die Ausführungen von Jean Amery (1966, S. 104) in seinem Buch „Jenseits von Schuld und Sühne“, wo er schreibt „Was ich mir aufgegeben habe, ist die Justifizierung eines gleichermaßen von Moralisten wie Psychologen abgeurteilten seelischen Befindens: jenen gilt es als Makel, diesen als eine Art Krankheit.“ Und an anderer Stelle heißt es: „Es könnte ja sein, daß ich krank bin, denn objektive Wissenschaftlichkeit hat aus der Beobachtung von uns Opfern in schöner Detachiertheit bereits den Begriff ‚des KZ-Syndroms‘ gewonnen. Wir alle seien, so lese ich in einem kürzlich erschienen Buch über ‚Spätschäden nach politischer Verfolgung‘ nicht nur körperlich, sondern auch psychisch versehrt.“ (Amery, 1966, S. 110)

### **Zur Theorie der Traumatisierungen**

Bereits 1895 wies Freud auf traumatische Erlebnisse in der Kindheit als mögliche Ursache der Neurose hin. Spätere Konzepte und Theorien hinsichtlich traumatischer Erfahrungen bezogen ihre Erkenntnisse zunächst aus den psychischen Folgen des ersten Weltkrieges, in späterer Folge kamen Erklärungsmodelle insbesondere durch die Behandlung der KZ-Opfer während des Nationalsozialismus dazu. Die neueren Ergebnisse entstammen der Forschung zur PTSD, der Post-Traumatischen Stress-Disorder, und basieren auf den Erfahrungen und Beforschungen von amerikanischen

Soldaten im Vietnamkrieg und aus Israel, sowie auf Erfahrungen des ersten und zweiten Weltkrieges (vgl. Ringler 1993, Stoffels 1999). Die heutigen Modelle und ebenso die Forschung zu dem Themenkomplex beziehen sich zunehmend auf die Arbeit mit sexuell mißbrauchten Menschen und auf die Arbeit mit Menschen, die durch Naturkatastrophen traumatisiert worden sind.

Im ICD 10, der 10. Revision der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der WHO, wird der Begriff (PTSD) umfassend bezogen auf „ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (...), die bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde.“

In der aktuellen Diskussion wird demgegenüber jedoch kritisiert, daß das ein Konzept sei, bei dem die Erlebnisqualität gegenüber dem Ereignischarakter ganz zurücktrete.

Stoffels (1999, S. 176)) schreibt dazu: „Die Wirkungen des Terrors sind nicht nur vom Ereignis des Traumas abhängig, sondern auch von dem, was das Opfer mitbringt, was es in der vor- und auch in der nachtraumatischen Zeit erlebt hat.“ Und Keilson (1978) hat darauf hingewiesen, daß zur Beurteilung eines Traumas seine geschichtliche Gestalt gehört. Er hat dies im Begriff der „Sequentiellen Traumatisierung“ (vgl. Stoffels, 1999, S.177) zu fassen versucht. Seine Untersuchungen legen die Annahme nahe, daß der Ausgang eines traumatischen Dramas ganz wesentlich durch soziale Begleitumstände der nachtraumatischen Zeit bestimmt wird. Das weist sehr deutlich auf die Wichtigkeit einer Arbeit hin, die unmittelbar danach einsetzt.

Traumatische Reaktionen treten auf, wenn Handeln keinen Sinn hat. Ist weder Widerstand noch Flucht möglich, dann ist das Selbstverteidigungssystem des Menschen überfordert und bricht zusammen. „Die übliche Reaktion auf Gefahr ist zwar sinnlos geworden, aber jedes Element des komplexen Reaktionsgefüges besteht weiter fort, meistens in veränderter und übersteigerter Weise, noch lang nachdem die akute Gefahr vorbei ist“ (Herman, 1993, S. 54).

Dies bringt eine wesentliche Charakteristik des psychischen Traumas mit sich, die sich in dem Konflikt zwischen dem Wunsch zeigt, schreckliche Ereignisse zu verleugnen und dem Wunsch, sie laut auszusprechen. Gerade in diesem Zusammenhang liegt die spezielle Bedeutung musikalischer, kreativer, extraveraler Ausdrucksmittel für Betroffene. So sind heute die symbolischen Zeichnungen, die Hinweise aus den Aufstellungen und figurativen Spielen aus der Spieltherapie ebenso bekannt wie die musikalischen Hinweise, die beispielsweise auf Mißbrauchserlebnisse aus der musiktherapeutischen Arbeit mit sexuell mißbrauchten Kindern hindeuten.

In diesen Situationen wird immer deutlich, wie groß die Angst solcher Kinder ist, über diese für sie so schrecklichen Situationen zu sprechen, gleichzeitig aber einem unbändigen Drang ausgesetzt sind, ihr Elend mitzuteilen.

Häufig endet der Konflikt darin, daß das Schweigen aufrecht erhalten wird und die Geschichte des traumatischen Ereignisses demnach nicht als Erzählung möglich ist, sondern in Form eines Symptoms zum Ausdruck kommt: Die Symptome sind in diesem Zusammenhang vielfältig, Herman (1993) faßt sie in folgenden Gruppen zusammen:

Abb. 1 Symptomgruppen

1. **Störungen der Affektregulation**
2. **Bewußtseinsveränderungen**
3. **Gestörte Selbstwahrnehmung**
4. **Gestörte Wahrnehmung bezüglich des Täters**
5. **Beziehungsprobleme**
6. **Veränderung des Wertesystems**

Die vielen Symptome, die zu diesen Symptomgruppen gehören, werden von allen Autoren zunächst in drei Hauptkategorien eingeteilt: Übererregung, Intrusion und Konstriktion.

**Die Übererregung** ist so zu verstehen, daß „nach einer traumatischen Erfahrung sich das Selbstschutzsystem des Menschen in einem ständigen Alarmzustand zu befinden scheint, als könnte die Gefahr jeden Augenblick wiederkehren. So kann es sein, daß Traumatisierte auch Wiederholungsreize, die für andere nur ärgerlich wären, nicht ausschalten können, sondern auf jede Wiederholung wie auf eine neue - und gefährliche - Überraschung reagieren. Die erhöhte Erregung hält im Schlaf- wie im Wachzustand an, die Folge sind dementsprechend massive Schlafstörungen.“ (Herman 1993, S. 56)

**Mit Intrusion** sind ungewollt sich aufdrängende Erinnerungen, lange nachdem die Gefahr vorüber ist, gemeint. Traumatisierte erleben das schreckliche Ereignis immer wieder so, als ob es gerade geschähe. Es ist, als wäre für sie die Zeit im Moment des Traumas stehengeblieben. Der traumatische Augenblick wird abnormal im Gedächtnis gespeichert und gelangt dann spontan ins Bewußtsein, im Wachzustand als plötzliche Rückblende (flash backs) und im Schlaf als angsterfüllter Albtraum.

*Die Konstriktion* ist die Vermeidung oder auch Erstarrung als Reaktion auf die Niederlage: „Ist man absolut machtlos und jeder Widerstand zwecklos, bleibt möglicherweise nur mehr die Kapitulation. Das Selbstverteidigungssystem bricht zusammen. Der oder die Ohnmächtige flieht nicht durch eine reale Handlung aus der betreffenden Situation, sondern durch eine Veränderung des Bewußtseinszustands.“(Herman 1993, S. 65) Die Ereignisse dringen zwar weiter ins Bewußtsein, aber scheinbar losgelöst von ihrer üblichen Bedeutung. Die Wahrnehmung ist möglicherweise eingeschränkt oder verzerrt, das Schmerzempfinden kann teilweise verloren gehen, bestimmte Sinneseindrücke werden nicht mehr registriert. Das Zeitgefühl kann verändert sein, oft wird das Ereignis wie in Zeitlupe erlebt, und die Erfahrung scheint für den Betroffenen in keinem Zusammenhang zur gewöhnlichen Realität zu stehen. „Vielleicht kommt es dem Opfer so vor, als wäre es von dem Ereignis gar nicht selbst betroffen, als stünde es außerhalb seines Körpers und schaute nur zu, als wäre die Erfahrung ein schlechter Traum, aus dem es bald erwacht. Diese Wahrnehmungsveränderungen gehen mit emotionaler Distanz und völliger Passivität einher, das Opfer gibt jede Initiative und Kampfbereitschaft auf.“(Herman 1993, S. 66)

### **Zur Therapie Traumatisierter**

Die Behandlung traumatisierter Menschen setzt Erfahrung voraus und verlangt ein hohes Maß an Aufmerksamkeit und Sensibilität hinsichtlich der eigenen Gegenübertragungsreaktionen, denn Menschen mit solchen Schicksalen rufen oft Gefühle der Angst, Befangenheit oder auch Schuld hervor, die dann zu Gegenübertragungsreaktionen wie Vermeidung oder Überidentifikation führen können.

Hinsichtlich psychotherapeutischer Sinnggebung und inhaltlicher Arbeitsschwerpunkte führt Ringler (1993, S.21) die wesentlichen Grundgedanken in dem Beitrag „Flüchtlingsarbeit: eine menschliche und professionelle Herausforderung“ an. Sie zitiert Stoffels (1992) im Zusammenhang behandlungstechnischer Hinweise, demzufolge Psychotherapie für Verfolgungsoffer folgendermaßen beschaffen sein sollte: „Sie habe das Unzerstörbare im Opfer zu suchen und zu fördern bei Anerkennung der Grenzenlosigkeit des Leidens.“ Und etwas später: „Eine Fokussierung auf das Trauma müsse vermieden werden, denn es bestehe die Gefahr, pathologische Fixierungen fortzusetzen. Gerade wenn die traumatische Erfahrung alle anderen Wirklichkeitsbereiche okkupiert hat, darf der Psychotherapeut nicht zulassen, daß Gegenwart und Zukunft verblassen und das, was die prätraumatische Zeit an guten Erfahrungen in sich birgt, vergessen wird. Die

Identität als Opfer dürfe nur Durchgangsstadium sein. Ansonsten bestünde die Gefahr, daß es zur Erklärung allen Versagens und Scheiterns, aller schlechten Erfahrungen schlechthin, herzuhalten habe und so seelische Entwicklung und Reifung verhindere.“ (1993, S. 21)

Herman hat, basierend auf ihrer jahrzehntelangen Erfahrung ein Therapie-Konzept entwickelt, das den Bewältigungs-Prozess in drei wichtige Phasen einteilt, und zwar nach den Schwerpunkten: Herstellung von Sicherheit, dann das Erinnern und Trauern mit allmählicher Rekonstruktion der Geschichte des Traumas und schließlich die Wiederherstellung der Verbindung zwischen Opfer und Gemeinschaft.

Abb. 2. Phasen der Genesung und therapeutische Schwerpunkte, J.Herman, 1993

<b>Erste Phase:</b>	<b>Sicherheit</b> Das Problem beim Namen nennen Die Kontrolle wiedererlangen Eine sichere Umgebung schaffen
<b>Zweite Phase:</b>	<b>Erinnern und Trauern</b> Die Rekonstruktion des Traumas Die Transformation der traumatischen Erinnerung
<b>Dritte Phase:</b>	<b>Wiederanknüpfung</b> Kämpfen lernen Versöhnung mit sich selbst Neue Bindungen Als Opfer eine Aufgabe finden Die Auflösung des Traumas

### Zur Therapie im Sarajevo-Projekt

In Sarajevo war – quasi als einer der Grundgedanken – vorgegeben, mit dem Gruppentherapie-Setting zu arbeiten. Einen wesentlichen Schutz vor dem Schrecken, der Verzweiflung und der Isolation, die ein Trauma mit sich bringt, kann das Gemeinschaftsgefühl einer therapeutische Gruppe darstellen. Das Trauma demütigt, erniedrigt und isoliert. Und gerade diese Gefühle können sich am ehesten im Verlauf der Begegnung mit anderen Menschen, die Ähnliches hinter sich haben, allmählich auflösen. Irvin Yalom nennt diese Erfahrung die ‚Universalität des Leidens‘. Auf Menschen, die sich durch ein beschämendes Ereignis isoliert fühlen, hat die

Erkenntnis der ‚Universalität‘ eine besonders nachhaltige Wirkung. Und da traumatisierte Menschen sich durch ihre Erfahrung so entfremdet vorkommen, nimmt die Gruppentherapie im Genesungsprozeß einen ganz speziellen Platz ein.

Für Kinder, die aufgrund noch nicht oder zu wenig entwickelter Schutz- und Streßbewältigungs-Strategien ganz besonders betroffen sind, ist dies von enormer Bedeutung. Den meisten Kindern tut es gut, zu hören, daß andere Kinder die gleichen Reaktionen, Sorgen, Ängste und Phantasien haben. Dies vermittelt dem Kind zumindest das Gefühl, „normal“ zu sein, wie die anderen zu sein, nicht allein zu sein. Wenn es dann schließlich möglich ist, über sein traumatisches Erlebnis zu sprechen, es vor einem Zuhörer in Worte zu fassen, dann kann so etwas wie ein chronologischer Überblick über das Geschehene entstehen. Das wiederum kann eine kognitive Struktur schaffen und das innere Chaos ein wenig ordnen und dadurch kann es dem traumatisierten Kind auch wieder möglich werden, das Gefühl zu entwickeln, das Problem wieder unter Kontrolle zu haben. Nun stellt aber gerade das häufig eine ganz große Schwierigkeit dar. Ich möchte hier noch einmal Amery – im Zusammenhang der schmerzlichen Gefühle im KZ - anführen, der schreibt: „Gefühlsqualitäten sind so unvergleichbar wie unbeschreibbar. Sie markieren die Grenze sprachlichen Mitteilungsvermögens“ (Amery 1966, S. 63). Gerade diese Schwierigkeit weist ja den Weg zu einer Therapieform, deren primäres Ausdrucksmittel der Wortsprache nicht unbedingt bedarf. Da das Benennen und die tiefere Auseinandersetzung mit den traumatischen Erfahrungen viel Zeit braucht, darf damit natürlich nicht begonnen werden. Zuerst muß der schon erwähnte sichere und vertrauensvolle Rahmen gegeben sein. Auch wenn heftige Gefühle aufwallen können, sollte doch in dieser ersten Phase niemand dazu ermuntert werden, starke Gefühle zum Ausdruck zu bringen. Um das einigermaßen gewährleisten zu können, ist in einer solchen Gruppe ein direkter Führungsstil notwendig, in der Art wie das auch von anderen psychotherapeutischen Gruppen bekannt ist, deren oberstes Ziel die Herstellung elementarer Sicherheit ist.

Erst wenn es möglich ist, sich über belanglose und alltägliche Dinge auszutauschen, und darüberhinaus Symptome, Probleme, Belastungen unterschiedlichster Art auch gezeigt werden können, dürfen Schritte in die Vergangenheit gewagt werden. Die Gruppenteilnehmer müssen hier aber schon so stabil sein, daß die schrecklichen Erinnerungen aushaltbar und verkräftbar und das damit verbundene notwendige Trauern überhaupt möglich ist. Danach kann versucht werden, sich dem traumatischen Erlebnis zu nähern, es in und vor der Gruppe in irgendeiner Weise zum Ausdruck, zum Klingen zu bringen, um es dann anschließend in Worte fassen zu können. Das kann sehr schwierig und schmerzlich sein. Umso wichtiger ist es dann, daß die Gruppe der Zuhörenden aufnehmend, ihr Hörerlebnis beschreibend und die Gefühle benennend und auch tröstend bereit stehen kann.

Die dritte Therapie-Phase, die dem übergeordneten Thema Wiedereingliederung gewidmet ist, kann dann den Aufbau aufrichtiger und befriedigender Beziehungen fokussieren.

Herman schlägt also für diese 3 Phasen jeweils verschiedene Gruppentypen vor - mit den entsprechenden unterschiedlichen therapeutischen Aufgaben und den jeweiligen thematischen Schwerpunkten.

Abb. 3 Gruppentypen und Genesungsstadien, J. Herman, 1993

Gruppe	Genesungsstadium		
	1	2	3
<b>Therapeutische Aufgabe:</b>	Sicherheit	Erinnern und Trauern	Wiederanknüpfung
<b>Therap. Schwerpunkt:</b>	Selbsthilfe	Trauma	Zwischenmenschliche Beziehungen
<b>Struktur :</b>	Pädagogisch	Zielorientiert	Keine feste Struktur
<b>Zeitliche Orientierung:</b>	Gegenwart	Vergangenheit	Gegenwart, Zukunft
<b>Mitgliederstruktur:</b>	Homogen	Homogen	Heterogen
<b>Grenzen:</b>	Flexibel, integrierend	Geschlossen	Stabil, allmähliche Öffnung
<b>Gruppenkohärenz:</b>	Mäßig	sehr stark	stark
<b>Toleranzschwelle für Konflikte:</b>	Niedrig	Niedrig	Hoch
<b>Dauer:</b>	Keine zeitl. Begrenzung	Festgelegte Dauer	Keine zeitliche Begrenzung

Dieses Modell, den bosnischen Gegebenheiten gemäß folgendermaßen modifiziert und entsprechend musiktherapeutisch ergänzt, war somit theoretische Grundlage für die folgende praktische Arbeit.



Abb.3 Gruppenmodell und musiktherapeutische Schwerpunkte

<b>Therapeutische Aufgabe</b>	<b>Sicherheit, Erinnern und Trauern</b>
<b>Zeitliche Orientierung</b>	<b>Gegenwart und Vergangenheit</b>
<b>Struktur</b>	<b>Pädagogisch und zielorientiert</b>
Mitgliederstruktur	Meistens homogen
Grenzen	Geschlossen
Kohärenz	Mäßig
Toleranzschwelle für Konflikte	Niedrig
Dauer	Festgelegt: 5 Monate
 <b>Musiktherapeutische Schwerpunkte:</b>	 Eine sichere und vertrauensvolle Umgebung schaffen Entspannung Ausdruck von Gefühlen, Wünschen, Phantasien Verstehen von belastenden Gefühlen Unterstützen der Fähigkeit, diese zu benennen Zwischenmenschliche Beziehungen

Kreativtherapeutische, hier im Besonderen musiktherapeutische Schwerpunkte sind also: einen sicheren, vertrauensvollen Rahmen schaffen, Entspannungsmöglichkeiten finden helfen, Ausdrucksmöglichkeiten jeder Art für ungefährliche nicht bedrohliche Gefühle, Wünsche, Vorstellungen finden helfen, die Ausdrucksfähigkeit fördern, die damit verbundenen Gefühle verstehen lernen und schwer verkraftbare Gefühle zu akzeptieren helfen, deren Ausdruck und Benennbarkeit zu fördern und den Mut zu neuen Beziehungen zu unterstützen.

### Die Bedingungen in Sarajevo

Die Therapiestunden fanden an den jeweiligen Schulen statt, zum größten Teil in den Schulräumen. Die Ausstattung der Räume war sehr bescheiden, meistens kalt und außer den Schulbänken und der Tafel gab es so gut wie keine zusätzlichen Einrichtungsgegenstände oder Arbeitsmaterialien. Dazuhin befanden sich die Schulen an den ehemaligen Frontlinien, d.h. teilweise inmitten zerbombter und verminter Gelände.

Die Arbeitsmittel bestanden in einer Gitarre, einem CD-Player, wenigen Trommeln, Flöten und Pfeifen. Die Gruppengröße belief sich auf 10 – 12 Kinder. Der methodische Charakter war direktiv und zielorientiert, der Stundenaufbau klar, transparent und verlässlich strukturiert.

**Abb. 4 Zwei Stundenbeispiele**

1. Jeder sagt seinen Namen und dazu, was er mag und was er nicht mag
2. Eine Atem-Entspannungsübung
3. Bewegung zu Musik mit genauen, gut strukturierten Angaben
4. Gemeinsames Lied
5. Improvisation zum Thema "angenehme Gefühle – unangenehme Gefühle"
6. Abschlußgespräch mit dem Thema: was war heute angenehm / nicht angenehm

1. Jeder sagt seinen Namen und dazu, was er mag und was er nicht mag
2. Gemeinsames Lied
3. Entspannungsübung
4. Pantomime: jedes Kind nennt sein Lieblingstier und sagt, warum es ihm gefällt, imitiert eine Eigenschaft mit Bewegung und/oder Stimme.
5. Phantasieübung zu Sound-of-Nature-Music: alle legen sich entspannt auf eine Bank, schließen die Augen und stellen sich vor, sie seien als ihr Lieblingstier im Wald/Meer... und phantasieren, ob sie ein gutmütiges oder gefährliches Tier sein wollen.
6. Abschlußgespräch zum Thema: was war heute angenehm / nicht angenehm?

**Die therapeutischen Schwerpunkte in Verbindung mit einigen methodischen Überlegungen zu den Stundenbeispielen.**

**1. Eine sichere Umgebung schaffen**

Ein traumatisierter Mensch braucht einen sicheren Zufluchtsort, darum ist die Schaffung einer sicheren Umgebung das dringlichste Ziel jeder beginnenden Hilfestellung. Das betrifft natürlich die unmittelbare Wohn- und Versorgungssituation der Kinder, spielt aber darüberhinaus auch in der Schulsituation und natürlich auch in den Therapie-Gruppen eine entscheidende Rolle. Für den konkreten Zusammenhang unseres Projektes hatte die therapeutische Gruppe aufgrund des Gemeinschaftsgefühls, das sie als solche bot, die Funktion und Bedeutung eines Schutzfaktors vor Isolation. Die musiktherapeutischen Techniken, die in diesem Sinn eingesetzt wurden, waren vor allem das gemeinsame Singen und das gemeinsame Hören von Musik. Das heißt, daß Lieder und Musikhören mit Phantasie-Anleitungen die Bedeutung von musikalischen Schutzräumen hatten.

## **2. Entspannungsmöglichkeiten finden**

In jeder einzelnen Stunde wurde eine Entspannungsübung durchgeführt und alle Kinder jeder Altersgruppe zeigten sich daran sehr interessiert. Für traumatisierte Menschen (wie auch z.B. für Menschen mit einer Borderline-Störung), die häufig unter stärksten Spannungszuständen leiden, ist von größter Bedeutung, direkt und selbst etwas tun zu können, was zu einem unmittelbaren Spannungsabbau führen kann.

Die Entspannungsübungen, die hier am meisten Beachtung fanden, waren Atemübungen und Muskel-Relaxationsübungen zu Musik.

## **3. Ausdrucksmöglichkeiten für nicht belastende Gedanken, Phantasien und Empfindungen finden**

### **4. Eigene Gefühle verstehen und akzeptieren**

### **5. Extraverbaler und verbaler Ausdruck von Gefühlen und Empfindungen**

Der Ausdruck von Gefühlen ist, wie bereits erwähnt, für traumatisierte Menschen so wichtig wie gleichzeitig schwierig. Und ganz besonders der verbale Ausdruck. Daher galt es, die Kinder darin zu unterstützen, den Mut wieder zu finden, der eigenen Wahrnehmung wieder vertrauen zu lernen und sich wieder zuzutrauen, diese auch mitzuteilen.

Herman schreibt im Zusammenhang mit der schmerzhaften Rekonstruktion des Traumas: „Je mehr sich der Patient beim Erzählen den schlimmsten Augenblicken nähert, desto häufiger fehlen ihm die Worte. Unter Umständen geht er spontan zu nonverbalen Kommunikationsformen über und beginnt zum Beispiel, Bilder zu malen. Da traumatische Erinnerungen oft als bildhafte Eindrücke oder Ikonen festgehalten sind, ermöglichen Zeichnungen oft einen besonders guten, ersten Zugang zu jenen unauslöschlichen Bildern.“ (Herman 1993, S. 249)

Im Zuge des Besprechens der Zeichnungen wurden diese häufig auch noch mit den Kriegsgeräuschen verbunden, z.B. dem nach unten gehenden Pfeifton herabfallender Bomben und dem Krachen des Einschlags oder dem Maschinengewehr-Donnern, das kein Ende nahm. Dann stand natürlich an erster Stelle, das aufzufangen, den Schrecken auszusprechen, zu formulieren und schließlich auch die Kinder aufzufordern – manche waren in ständiger Unruhe und liefen im Raum herum – sich einen sicheren Platz in der Gruppe, im Raum zu suchen.

In den Gruppen war mit das Wichtigste, die Möglichkeit zu geben, sich behutsam und vorsichtig wieder an die eigene Gefühlswelt heranwagen zu können. Das braucht den Weg der Entängstigung. Dieser Weg war möglich über das Spiel mit Wahrnehmungen, Empfindungen und Gefühlen, die zum Beispiel anderen Akteuren zugeordnet werden konnten und die in einem ungefährlichen, also nicht zu tief oder zu nahe gehenden Gefühlsbereich lagen und die dann beispielsweise pantomimisch,

stimmlich oder instrumental umgesetzt wurden. Erst wenn es wieder möglich wird, Gefühlsqualitäten wie Wut, Schmerz, Neid und Haß im Spiel anderen zuordnen zu können, und sie so allmählich in die bewußte Vorstellungswelt zu integrieren, kann gewagt werden, diese Gefühle auch bei sich selbst zu suchen und zunehmend zuzulassen.

Ein weiterer Schritt ist das Verstehen dieser schwierigen und schwer aushaltbaren Gefühle, was wiederum nur möglich ist, wenn sie zugelassen werden - mit anderen Worten: wenn es möglich ist, sie sich zu erlauben.

Gerade dafür ist es notwendig, Ausdrucksmöglichkeiten jeder Art zu finden, um Gefühlen – auch wenn sie noch kein Wort gefunden haben – trotzdem ein Ventil zu geben und darüberhinaus ein Forum, das es möglich macht, diesen Gefühlsausdruck zu gestalten. Das bedeutet weiterhin, daß es gelingen kann, beispielsweise in einem musikalischen Spiel oder einer Improvisation selbst die Kontrolle über das eigene gefühlsgeladene Handeln zu haben, weil Form, Lautstärke, Dynamik, Rhythmus und anderes mehr mitzubestimmen die Aufgabe ist.

In unseren Stunden waren das Übungen wie: Jeder sagt was er mag, was er nicht mag; das pantomimische und stimmliche Spiel mit dem Lieblingstier und die Phantasie ob es wild, gefährlich oder sanft und gutmütig ist (das Lieblingstier also als Projektionsmöglichkeit) oder eine Rhythmus-Improvisation zum Thema „angenehme Situationen (Gefühle) – unangenehme Situationen (Gefühle)“ oder stimmliche Improvisationen zum Thema Konflikte zwischen den Nachbarn, zwischen zwei Dörfern, oder kleine Szenen aus Märchen und anderen Geschichten.

Da nun Gefühle, die schwer zu ertragen sind, häufig entsprechenderweise schwer zu benennen sind, war es von Anfang an wichtig, Einladung und Aufforderung zu wortsprachlicher Benennung der unterschiedlichsten Ereignisse in jeder Stunde miteinzubeziehen. So wie zu Beginn der Stunde jeder nach Vorliebe und Abneigung gefragt war (als kleines Anfangsritual), so hatte das Abschlußgespräch nicht nur die Funktion, die Ereignisse der Stunde zusammenzufassen, sondern explizit auch die Funktion, sie wortsprachlich zu fassen und als Beispiel der Verbalisierung zu gelten. Und natürlich wurden auch die einzelnen Spiele und Improvisationen, wie bereits angedeutet, verbal aufgearbeitet.

## **6. Zwischenmenschliche Beziehungen**

„Traumatische Ereignisse erschüttern zwischenmenschliche Beziehungen, Bindungen an Freunde und zerstören das Selbstbild, das im Verhältnis zu anderen entsteht und aufrechterhalten wird“ (Herman, 1993, S. 77). Auch vor diesem Hintergrund war das Gruppensetting von zentraler Bedeutung. Denn die Wiederanknüpfung sozialer Bindungen beginnt mit der Entdeckung, daß man nicht allein ist. Musikalisch hatten z.B. das gemeinsame Singen von Liedern oder

gemeinsame Bewegungsspiele und Tänze die Bedeutung, sich im Schutz der musikalischen Aktion als Teil einer Gruppe fühlen zu können. Musikalische Spiele wie z.B. Partnerspiele oder auch Rollenspiele dienen dem Ziel, wieder mit einzelnen anderen in Beziehung zu treten und im Spiel diese Beziehung auch zu gestalten.

Da Ohnmacht und Isolation die Grunderfahrungen des psychologischen Traumas sind, sind die wichtigsten Voraussetzungen für seine Überwindung die Stärkung der Persönlichkeit, die Schaffung neuer Kontakte und die Fähigkeit, neue mögliche Beziehungen wieder leben zu lernen.

Die Zahl traumatisierter Menschen und insbesondere die der Kinder und der Jugendlichen wird täglich größer. Wir wissen von politischen Verfolgungen an Orten, wo es keine oder nur wenig Hilfen und schon gar keine therapeutischen Unterstützungen gibt. Das Leid und die Not der betroffenen Menschen ist groß, der Weg der Genesung ist lang, mühsam und schmerzhaft. Es sei noch einmal Herman zitiert, die schreibt: „Eine erfolgreiche Genesung vollzieht sich über den allmählichen Übergang von einem Grundgefühl ständiger unberechenbarer Gefahr zu einem Gefühl verlässlicher Sicherheit, von abgespaltenem Trauma zur bewußten Erinnerung und von der stigmatisierten Isolation zu einer erneuten Einbindung in das soziale Gefüge“ (Herman, 1993 S. 216).

### **Literatur:**

- Amery J. (1966). *Jenseits von Schuld und Sühne*. München: Klett-Cotta.
- Bergmann M.S., Jucovy M.E., Kestenberg J.S. (1995). *Kinder der Opfer, Kinder der Täter. Psychoanalyse und Holocaust*. Frankfurt: Fischer.
- Freud S. (1895). *Studien über Hysterie*. GW I: 75.
- Freud S. (1896). *Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen*. GW I: 405.
- Freud S. (1920) *Jenseits des Lustprinzips*. GW XIII: 1.
- Herman J.L. (1993). *Die Narben der Gewalt*. München: Kinder Verlag.
- Hilweg W., Ullmann E. (1997). *Kindheit und Trauma*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Joseph S., Williams R., Yule W. (1997). *Understanding Post-Traumatic Stress*. Chichester, Weinheim, New York, Brisbane, Singapore, Toronto: John Wiley & Sons.
- Keilson H. (1978). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern*. Stuttgart: Enke.
- Levi P. (1986). *Die Untergegangenen und die Geretteten*. München: Hanser.

- Ringler M. (1993). Flüchtlingsarbeit: Eine menschliche und professionelle Herausforderung. *Psychotherapie Forum* 1/1. S. 17-22.
- Sachse U. (1997) Selbstverletzendes Verhalten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmuckler D. (1992). Post-traumatic stress-interventions. Vortrag an der Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie, 18.11.1992, Wien. In Ringler M. (1993). Flüchtlingsarbeit: Eine menschliche und professionelle Herausforderung. *Psychotherapie Forum* 1/1. S. 17-22.
- Stoffels H. (1992). Terrorlandschaften der Seele: Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie bei Verfolgten. Überarb. Fassung eines Vortrages der Sommerakademie des „Instituts zur Erforschung der Geschichte der Juden in Österreich“. St. Pölten, 10.7.1992 (pers. Manuskript). In Ringler M. (1993). Flüchtlingsarbeit: Eine menschliche und professionelle Herausforderung. *Psychotherapie Forum* 1/1. S. 17-22.
- Stoffels H. (1999). Menschen im Widerstand. In Friedmann, A., Glück, E., Vyssoki, D. (Hg.), *Überleben der Shoah – und danach*. S.173 – 183. Wien: Picus Verlag.

**GISELA M. LENZ**

**OHNE ANTWORT BIN ICH VERLOREN  
MUSIKTHERAPIE UND FRÜHE INTERAKTION**

**WITHOUT ANSWER I AM LOST  
MUSIC THERAPY AND EARLY INTERACTION**

Screaming, eating, and sleeping problems of physically healthy infants can be caused by a disturbed interaction between caregiver and infant (Stern, 1985; Beebe & Lachmann, 1988). Babies with these symptoms are described as highly irritable. Theories of attachment and infant research describe the short- and long-term importance of the quality of the mother-infant relationship. The purpose of this pilot study was to develop a music therapeutic approach for the treatment of early interactional disorders. The focus was to study the affinity of the dynamic world of the infant with musical phenomena. All sessions were documented in written form, and some were audiotaped and videotaped. Data were gathered from interviews with the mothers and observations made by the therapist. The intervention was helpful in all cases in that changes in the behaviour of the mother-infant pair became apparent. The procedure is illustrated by means of a single case study.

Schrei-, Fütter- und Schlafstörungen körperlich gesunder Säuglinge können in einer entgleisten Interaktion zwischen der Betreuungsperson und dem Baby begründet sein (Stern, 1992; Beebe & Lachman, 1988). Babies mit dieser Symptomatik werden als hoch irritabel beschrieben. Bindungstheorie und Säuglingsforschung betonen die Bedeutung, die die Qualität der frühen Mutter-Kind-Beziehung für die weitere Entwicklung des Kindes hat. Im Rahmen dieser Studie sollte ein musiktherapeutischer Ansatz für die Behandlung früher Interaktionsstörungen entwickelt werden. Ausgangspunkt waren dynamische Qualitäten im Erleben des Säuglings, die auch in musikalischen Verläufen zu finden sind. Alle Sitzungen wurden protokolliert, von einigen wurden Audio- oder Video Aufnahmen hergestellt. Grundlage der Beurteilung des Therapieverlaufs waren Interviews mit den Müttern und Beobachtungen der Therapeutin. Die hier vorgestellte Einzelfall-Studie soll einen Einblick in den Verlauf einer Mutter-Kind-Therapie geben.

### **Einleitung**

Eine Szene aus einem Dorf in der Toskana, in dem die Zeit stehen geblieben ist: So stelle ich mir das Leben hier seit Jahrhunderten vor. Die Alten und Älteren sitzen gemeinsam auf der Bank...die Frauen aus dem Lebensmittelladen und der Metzgerei setzen sich dazu, wenn keine Kunden da sind...man schwatzt und schweigt...jüngere Bewohner bleiben kurz stehen...Kinder spielen in den Gassen ...nur selten ein Auto... Eine Frau kommt vorbei, sie trägt ihre ungefähr 6 Monate alte Tochter auf dem

---

Überarbeitete Fassung eines Vortrages beim 2<sup>nd</sup> Congress of the World Council for Psychotherapy – Subsymposium Music Therapy, Juli 1999, Wien

Arm. Schnell ist sie umringt von Kindern und den jüngeren aus der Gruppe. Einige der Alten bleiben sitzen. Lebhaft wird über die Dinge des Alltäglichen gesprochen - da fängt das Kind an zu quengeln... Die ganze Gruppe nimmt (die Alten eingeschlossen) - als hätte ein Dirigent ein Zeichen gegeben - unisono die Unmutsäußerungen des Kindes auf... es entsteht ein Wechselspiel - die Gruppe ist in sich (Tonhöhe, Rhythmus, Motiv) und im Kontakt mit dem Kind perfekt abgestimmt .. das Kind beruhigt sich.

Mich hat dieses Spiel fasziniert - eine archaische Form von "miteinander-sein", ein "miteinander-sein", in dem ein "aufeinander-bezogen-sein" spürbar war. Diese Menschen unterschiedlichen Alters sind sich begegnet, haben einen musikalischen Raum geteilt, sie waren auf derselben Wellenlänge... So kann sich Spannung lösen und ein Raum für neue Erfahrungen öffnen.

Nach Daniel Stern dienen menschliche Beziehungen der gegenseitigen Regulation und diese zutiefst „musikalische“ Erfahrung ist ein schönes Beispiel dafür.

Udo war Wunschkind gewesen. Er kommt mit der Diagnose „verzögerte Sprachentwicklung“ in die Musiktherapie. Als Baby hat er exzessiv geschrien und jetzt - im Alter von fast 2 Jahren - verfügt er über ein Repertoire von nur ungefähr 5 Wörtern. Die Mutter berichtet, wenn ihm etwas nicht passe, fange er an zu schreien „wie ein Tier“ und sie müsse raten, was jetzt los sei. Nach der Geburt hatte die Mutter sich - entgegen besserem, intuitivem Gespür - dem Vater des Kindes untergeordnet, der von ihr verlangte, daß sie das Baby bei jedem „Mucks“ stille. Sie meint selbst, sie hätte oft den Eindruck gehabt, Udo wolle jetzt gar nicht trinken. So hatte Udo wohl oft das Gefühl, „ich werde nicht verstanden“ und die Motivation verloren, in Kommunikation mit seiner Mutter zu treten.

In den ersten Stunden wirkt Udo grenzenlos. Er läßt sich aber von Instrumenten, insbesondere von Rasseln fesseln. Es zeigt sich, daß affektiv-motorische Aktivität und lautlicher Ausdruck nicht Hand in Hand gehen: Der Klang von Rasseln animiert ihn, begeistert die Arme nach oben zu reißen. Sein Mund öffnet sich dabei - es kommt aber kein Ton heraus. In solchen offensichtlich „nicht passenden“ Szenen greife ich ein. Ich nehme mir auch zwei Rasseln, spiele mit, imitiere, begleite und kommentiere sein, wie auch mein Spiel, bis wir uns beide im freien, lustvollen Spiel finden. Am Ende der Stunde sind seine stimmliche Äußerung und das Agieren mit Instrumenten zum ersten Mal 'stimmig'.

Nach wenigen Stunden entdeckt er mit mir vokale Spielchen (brabbeln, la-la usw.), die seinem Alter eigentlich nicht entsprechen, ihm aber große Freude machen. Sofort läuft er zu seiner Mutter und fordert sie auf, mitzutun. Hier zeigt sich, daß ihr diese Ebene fremd und peinlich ist. Der Junge versucht es immer wieder, ich



unterstütze von meinem Platz aus das Spiel und so wird die Mutter mit der Zeit immer mutiger. Jetzt ist Udo das glücklichste Kind der Welt.

Dieser Moment ist der 'Wendepunkt' in der Beziehung zwischen Udo und seiner Mutter. Von da an spricht er sie mit 'Mama' an und zeigt ihr, was er will. Seine sprachliche Entwicklung macht Riesenschritte und innerhalb von wenigen Monaten hat er seinen Sprachrückstand aufgeholt. Beeindruckend ist auch die Veränderung in seinem sozialen Verhalten und eine veränderte, positive Einschätzung durch die Umwelt, wie die Mutter berichtete.

Bei einem späteren Interview war auffallend, daß sich die Mutter gar nicht daran erinnerte, daß der Sprachrückstand von Udo der Grund gewesen war, in die Musiktherapie zu kommen. Sie erinnerte sich an ein Gefühl von "wir treffen uns nicht, wir kommen nicht zueinander - es ist quälend unbefriedigend" - ein Gefühl von wachsender Aggressivität auf beiden Seiten: "Ich hatte Angst, ich würde ihn irgendwann schlagen".

Dieser kurze Einblick in die Therapie mit einem ehemaligen Schrei-Baby und seiner Mutter sollte deutlich machen, daß die *Qualität* der Beziehung – *wie* sich Mutter und Kind zusammen fühlen – entscheidend ist und nicht, *was* sie miteinander machen.

Sich begegnen, etwas teilen können, auf der selben Wellenlänge zu sein, löst Spannung und öffnet einen Raum für neue Erfahrungen. Dieser "einzig"-artige Augenblick im oben beschriebenen Beispiel gab der Beziehung Udos mit seiner Mutter eine vollkommen neue Richtung und ermöglichte einen Quantensprung in seiner Entwicklung.

Menschliche Beziehungen dienen, nach Daniel Stern, der gegenseitigen Regulation. Regulation durch Beziehung, in der die Frage der *Qualität* einer Beziehung für die Regulation entscheidend ist, spielt gerade am Anfang des Lebens die entscheidende Rolle. Ausgehend von der Annahme, daß Schrei-, Fütter- und Schlafstörungen bei organisch gesunden Säuglingen in einer entgleisten Mutter-Kind-Interaktion begründet sind, wurde im Rahmen einer Pilot-Studie der Frage nachgegangen, wie Musiktherapie bei der Behandlung solcher Störungen hilfreich sein könnte.

### **Theoretische Grundlagen aus der Bindungs- und der Säuglingsforschung**

Die seelische und kognitive Entwicklung eines Kindes ist von der Qualität der Beziehungen zu Menschen seiner Umgebung abhängig, im besonderen von der Be-

ziehung zu seiner primären Betreuungsperson, meistens der Mutter. So beschreibt die Bindungstheorie ein biologisches Bindungssystem, das immer dann aktiviert ist, wenn das Kind leidet. Dieses System wird inaktiv, wenn das Kind beruhigt wird. Wenn ein Baby nie wirklich beruhigt, also reguliert, werden kann, wird es sich in einem permanent erhöhten Spannungszustand befinden: Dabei baut sich die Spannung mit der Zeit immer weiter auf. Grossmann (1994) sieht hierin ein Prinzip für die Entstehung von Aggression. Zudem verhindert ein aktives Bindungssystem auch die Erforschung der Welt.

Nach Beatrice Beebe kann man eine sichere Bindung im Alter von 2-4 Monaten voraussagen (Beebe und Lachmann, 1988; Beebe, Jaffe und Lachmann, 1992; Beebe, 1994). Positive Signale wie Sich-Anschauen, Lächeln und Begeisterung beim gemeinsamen Spiel waren die Kriterien. Beebe untersuchte auch die Rhythmen der vokalen Interaktion zwischen Müttern und ihren 4 Monate alten Babies und konnte feststellen, daß die Muster dieser vokalen Begegnungen Rückschlüsse auf die kognitive Entwicklung mit 1-2 Jahren zuließen. In welchem Maß die Entwicklung angeborener Fähigkeiten gelingt, wird demnach von der Qualität der frühen Beziehung bestimmt.

Das Baby ist auf Resonanz und Antwort angewiesen. Eine adäquate Antwort zu finden gehört zu den intuitiven elterlichen Verhaltensweisen, die von Papousek und Papousek (1987) als "intuitive parenting" beschrieben wurden und die in jedem Menschen biologisch angelegt sind. Stress, Unsicherheit und Ängste verhindern allerdings die Nutzung intuitiver Fähigkeiten. Hier sind die eigenen frühen Beziehungserfahrungen der Eltern wirksam, die als Bindungs- repräsentationen im "Erwachsenen-Bindungs-Interview" erfaßt werden können (Köhler, 1992). Wie in keiner späteren Lebensphase spielen Gegenseitigkeit, Gleichzeitigkeit und das Teilen von Affekten und Gefühlen in den ersten Monaten *die* entscheidende Rolle. Mutter und Kind begegnen sich wie in einem Duett. Es läßt sich kaum trennen: Wer ist der Initiator eines Impulses und wer hat darauf reagiert. Alles läuft im bewußt nicht nachvollziehbaren Tempo intuitiver Verhaltensweisen ab.

### **Frühe Entwicklungsschritte**

Für Michael Basch (1994) lernt ein Mensch in den ersten 6 Monaten mehr als in seinem gesamten späteren Leben. Unbestreitbar ist, daß sich in dieser Zeit grundlegende dynamische Muster bilden, die wie ein Raster bestimmen, wie ein Mensch spätere Erfahrungen erlebt und verarbeitet. Das Baby lernt, innere Zustände (states)

Zustände (states) zu regulieren, die als Vorläufer von Gefühlen gelten. In geglückten Interaktionen entsteht Flexibilität im psychischen System des Kindes. Ein flexibles System ist immer stabiler in Konfliktsituationen und damit entscheidend für die spätere Fähigkeit, Lösungen zu finden. Nach Daniel Stern (1992) entwickelt sich zuerst ein "auftauchendes Selbst", aus dem sich das "Kern-Selbst" entwickelt. Das Kern-Selbst ist ein fragiles, dynamisches Gleichgewicht, das jederzeit gestört werden kann und wieder hergestellt werden muß. In seiner Fragilität erinnert es an die Beschreibung der "states" durch Basch. Gegenseitigkeit, Gleichzeitigkeit und das Teilen von Affekten und Gefühlen sind Grundprinzipien, die das Kind in verschiedenartige Beziehungen zu den Betreuungspersonen und anderen einbindet; in diesem Eingebundensein entwickelt sich schließlich das "Subjektive Selbst". Aus dem gegenseitigen Austausch, der zunächst wie ein Duett abläuft wird, mit der Zeit ein Dialog.

"Vitalitätsaffekte", dynamische, innere Konturen von Gefühlen, vermitteln dem Baby, *wie* sich das Zusammen-Sein mit dieser oder jener Person anfühlt. So wird die Art und Weise, *wie* eine Mutter spricht oder ihr Baby hochnimmt, zum Instrument des Erkennens und bildet wiederum einen Baustein bei der Entwicklung der sozialen Welt dieses Kindes. Ob sich Beziehungen in dieser Zeit "gut" und befriedigend anfühlen, hängt von der "Stimmigkeit" zwischen Mutter und Kind ab und wird dafür entscheidend sein, ob sich ein Mensch zu einem Einzelkämpfer entwickelt oder menschliche Beziehungen sucht.

### **Das globale Erleben des Säuglings**

Eine weitere Besonderheit der frühen Säuglingszeit ist die Fähigkeit zur globalen Wahrnehmung. Globales Erleben zeigt sich in Amodalität, einer Fähigkeit, ein und dieselbe Erfahrung über verschiedene Modalitäten (Sinnes-Kanäle) zu erfassen und ermöglicht die Fähigkeit zur kreuzmodalen Verknüpfung (Meltzoff und Borton, 1979).

Globales, amodales Erleben, bzw. die Fähigkeit zu Kreuzmodalität könnten wir auch als basale Wahrnehmung bezeichnen. Sie ist allen Säuglingen - überall in der ganzen Welt - mit in die Wiege gelegt. Alle Säuglinge erleben die Welt im Spiel dynamischer Kräfte, unterschiedliche Beziehungen werden in charakteristischen, dynamischen Intensitätskonturen im prozeduralen Gedächtnis gespeichert. Die "Process of Change Study Group, Boston" (Tronick, Stern, Bruschiweiler-Stern, Lyons-Ruth, Morgan, Nahum und Sande, 1998) fand hierfür den Begriff des "Implicit Relational Knowing", des "frühen impliziten Erfahrungswissens".

Implizites Wissen ist prozedural, non-verbal, nicht-symbolisch (!), vor- oder unbewußt (aber in Beziehungen erfahrbar), schwer in Worte zu fassen - aber dynamisch bewußt. Stern beschreibt es so: "du hast es immer gewußt, aber nie darüber nachgedacht" (1998). Es ist schnellen Wechseln unterworfen, wie es intuitivem Verhalten eigen ist und bestimmt eine grundlegende Art und Weise, wie wir in Beziehungen mit anderen umgehen. Auf dieser Ebene spielt sich affektives Verhalten ab und auf dieser Basis entstehen Wiederholungszwänge. Wie ein mitschwingendes Band begleitet uns dieses frühe Erfahrungs-Wissen und beeinflusst, *wie* wir etwas empfinden.

Die "Boston Group" ging der Frage nach, was in psychotherapeutischen Prozessen "wirkt". Dabei fand sie heraus, daß psychoanalytische Deutungen das "explizite Wissen" berühren, das Erkennen, und nicht die Ebene des "impliziten Wissens" erreichen. Ein wirklicher Wandel findet nur statt, wenn (auch) das implizite Wissen angerührt wird. Es ist wie eine Regulation zwischen Therapeut und Patient und erfordert eine authentische Antwort des Therapeuten. Damit wird die therapeutische Beziehung "real". Diese besonderen Momente, in denen dies geschieht, werden "now-moments" genannt – beide Partner "treffen sich". Auch in einer geglückten frühen Mutter-Kind-Beziehung entstehen diese Momente immer wieder und ebenso in Interaktionen mit anderen Betreuungspersonen. (Ein Beispiel für einen 'now-moment' ist die eingangs beschriebene Fall-Vignette). Beide Partner sind in der Lage, sich zu synchronisieren. Beebe beschreibt diese Erfahrungen von Gemeinsamkeit und Gegenseitigkeit, auf der selben Wellenlänge sein, als Schlüsselmomente von Interaktion. Und Stern betrachtet das Teilen von Affekten, vokale Gemeinsamkeit und 'das-sich-anstecken-lassen von Affekten' als Basis subjektiver Intimität.

### **Was sind Schrei-Babies?**

Schrei-Babies sind kaum oder nicht zu beruhigen. Sie sind sehr irritabel, unruhig und brauchen besonders viel Ansprache und Abwechslung. Sie befinden sich permanent auf einem hohen Erregungsniveau. Schrei-Störungen bringen die Eltern an den Rand ihrer Kräfte und konfrontieren sie oft mit existentiellen Versagensängsten.

Die Fähigkeit zur Selbst-Regulation bedeutet Flexibilität im Umgang mit inneren und äußeren Störungen. Diese Fähigkeit ist bei Schrei-Babies meist stark beeinträchtigt. Sie kommen einfach nicht zur Ruhe. Oft schlafen sie auch schlecht oder haben Probleme beim Trinken. Wenn sie größer sind, klagen die Mütter über ihre

anstrengenden Kinder. Momente des gemeinsamen lustvollen Spiels fehlen meist ganz.

Das Kind ist auf gelungene Interaktion angewiesen. Kann ein Erregungs- zustand moduliert werden, hat dies Auswirkungen auf die kindliche Befindlichkeit und ist nachweisbar durch messbare Änderungen der Herzfrequenz, Magensäuresekretion, Hauttemperatur usw. Das Kind wirkt ausgeglichen. Gelingt die 'Regulation durch eine Andere' nicht, bleibt das Kind in einem Zustand erhöhter Spannung. Diese Kinder können sich dann nicht am Körper der Mutter 'niederlassen' und das fühlt sich für beide, für Mutter und Kind, nicht 'wohl' an. Mütter beschreiben dieses quälende Gefühl oft mit "sich nicht treffen können."

Eine entgleiste Mutter-Kind-Interaktion entsteht häufig durch Mißverständ- nisse in den 'normalen' täglichen Abläufen. Kommt so ein Mißverständnis ab und zu zustande, ist es tolerierbar. Wenn aber die Kette von Mißverständnissen nie abreißt und nie eine Lösung entsteht (im Sinn von: 'ah, das war es jetzt', 'das fühlt sich gut an'), geraten beide, Mutter und Kind, in ein "Hamsterrad, in dem sich beide gegen- seitig anstupsen und aus dem niemand auskommt" (Zitat einer Mutter).

Charakteristisch ist, daß die Signale des Babies mißverstanden werden und die Qualität der Freude aneinander meist ganz fehlt .

Ursachen für eine fehlgelaufene Interaktion auf Seiten der Mütter sind u.a.: man- gelnde Wahrnehmungsfähigkeit auf dem Boden unbewußter Projektionen, Auswirkungen eigener impliziter Strukturen und mangelndes Vertrauen in die ei- genen intuitiven Fähigkeiten, die nach dem Prinzip des 'intuitive parenting' in jedem Menschen angelegt sind.

## Die Pilot-Studie

Das Ziel dieser Studie war, herauszufinden, ob eine spezielle musiktherapeutische Intervention die Beziehung zwischen Mutter und Kind in einer entgleisten Interak- tion verbessern könne. Diese Veränderung sollte sich in der Abnahme von Inten- sität und Dauer des kindlichen Schreiens zeigen. Ebenso sollte sich eine Veränderung im Trink- und Schlafverhalten zeigen. Die Annahme, daß Musikthera- pie hilfreich sein könne ging davon aus, daß aktive Musiktherapie (freie Improvisa- tion) und die frühe Beziehung von Mutter-und Kind ähnlichen Prinzipien folgen.:

- ununterbrochener, dynamischer Fluß
- sich gegenseitig beeinflussen
- teilen desselben Gefühlsraumes, entsprechend musikalischer Phrasen

- sich anpassen an schnelle Wechsel beim Improvisieren, die intuitiven Verhaltensweisen unterliegen
- gemeinsames Improvisieren im Sinn von Signale geben und beantwortet zu werden, wodurch ein Gefühl für Urheberchaft, etwas in der Welt bewirken zu können, entsteht.

Alle Babies, die an der Studie teilnahmen waren Schrei-Babies. Ältere Kinder hatten als Babies exzessiv geschrien. Zu Beginn der Therapie waren die Kinder zwischen 2 und 14 Monaten alt und bekamen zwischen 2 und 29 Sitzungen. Alle Kinder waren vorher kinderärztlich untersucht worden, um organische Störungen auszuschließen.

In einem triadischen Setting sind Mutter, Kind und Therapeut(in) gleichzeitig involviert. Während der Schilderung der Mutter über das tägliche Leben mit dem Baby versucht sich die Therapeutin ein Bild über die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung zu machen. Kriterien sind die folgenden:

- Wie nah ist das Miteinander-sein?
- Tauchen Mißverständnisse auf, mangelnde Resonanz?
- Was ist an Wärme, Spannung, Feindseligkeit, Hilflosigkeit zu spüren?

Das Kind hat in allen Sitzungen Priorität. Das bedeutet, wann immer das Kind sich rührt, sei es, daß es unruhig wird oder Kontakt möchte, sich meine Aufmerksamkeit dem Kind zuwendet. Dabei versuche ich immer, mit der Mutter in Kontakt zu bleiben, sie mit einzubeziehen. Ein Kind in einem Schrei-Anfall zu beruhigen, bedeutet, seinen inneren Zusatnd zu regulieren. In dieser Notfallsituation ist es entscheidend, ein Instrument zu wählen, das der Intensität des kindlichen Schreiens entspricht. Instrumente mit hoher Intensität (Rasseln, Ocean Drum) wurden eingesetzt und der Intensität des kindlichen Schreiens entsprechend gespielt. War das Baby dann aufmerksam, konnte der Rhythmus sich verlangsamen und über Stimme, Gestik und Mimik die Interaktion aufrecht erhalten werden.

Als "hilfreiche Dritte" übernimmt die Therapeutin, wozu die Mutter noch nicht in der Lage ist: Dem Kind durch Kontakt Orientierung zu geben, es im akuten Schrei-Anfall "in die Welt zurückzubringen", zu beruhigen und damit seinen inneren Zustand zu regulieren. Wie Beebe es ausdrückt: "helping by existing".

Wenn das Baby sich beruhigt hat, sind auch Trommeln oder das Monochord hilfreich. Das Monochord habe ich auch dann eingesetzt, wenn die Babies gestillt wurden. Mütter und auch Babies lieben es. Babies fangen an zu lachen, bewegen sich zum Klang und versuchen ab ca. 5 Monaten, mitzusingen und den richtigen Ton zu finden. Später lädt es dann zum Mitspielen, Drüberklettern usw. ein. Der

große Gong wurde erst ab dem Alter von ca. 6 Monaten angenommen. Dann erlebten einige Kinder aber höchstes Entzücken, wenn sie von ihren Müttern davor gehalten wurden und merkten, was sie mit ihren Händen und Füßen bewirken konnten.

Wenn die Kinder im Krabbel-Alter sind, spielt das Erforschen der Welt (des Raumes und der Instrumente) eine große Rolle. Kriterien der Beobachtung sind jetzt, wie lange und wie intensiv sich ein Kind seinen Erkundungen hingeben kann, ob es zum gemeinsamen Spiel auffordert, ob es sich leicht ablenken ließ, ob es sich niederlassen konnte.

In der Arbeit mit der Mutter waren die therapeutischen Schritte ressourcenorientiert. So wurde besprochen, wie es ihr mit dem Kind in der Woche ergangen war. Geglückte Interaktionen wurden hervorgehoben und bestätigt. Selbst kleinste Veränderungen wurden wahrgenommen und angesprochen. So schärfte sich die Wahrnehmung der Mutter für die Signale ihres Kindes, aber auch für ihr eigenes Erleben in unterschiedlichen und “neuen” Situationen. Angebote, den Atem wahrzunehmen, halfen den Teufelskreis von permanentem Stress zu durchbrechen und wurden von den Müttern oft in den Alltag integriert. Allein die Tatsache: “da ist etwas, das tut mir gut und ich kann es für mich wieder-holen” – war für viele Mütter eine grundlegend neue Erfahrung. Das Prinzip der Gegenseitigkeit und das Erleben von “ich kann etwas bewirken” vermittelte sich beim gemeinsamen Improvisieren und stärkte das Vertrauen in eigene intuitive Fähigkeiten. In themenbezogenen Improvisationen wurden auch Gefühle wie Wut, Enttäuschung usw., die sich z.B. auf den Partner bezogen, “ins Spiel” gebracht, oder Fragen nachgegangen, “*wie* klingt mein ‘Nein’, hat es verschiedene Gestalten oder ist es sehr “ein-seitig”?. Gezielte Entspannungsübungen und Phantasiereisen halfen einen Zugang zur eigenen Kraft, zum gestaltenden Potential zu finden. Die neuen Erfahrungen wurden auch verbal aufgearbeitet.

## Fallbeispiel

Ein Fallbeispiel soll einen Einblick in eine musiktherapeutische Behandlung von einem Schrei-Baby und seiner Mutter geben.

In einem Familienzentrum treffe ich Georg und seine Mutter zum ersten Mal. Er ist zu diesem Zeitpunkt 7 Wochen alt.

Seine Mutter, Frau N., hat ihn die ganze Zeit auf dem Arm, da er permanent unruhig ist. Er quengelt, biegt sich vom Körper der Mutter weg, oder fängt an zu schreien - es ist ein schrilles, unglückliches Schreien, das nicht enden will. Die Mut-

ter ist schweißgebadet und erzählt, daß das seit der Geburt so gehe. Manchmal schreit er so, daß er ganz blau wird; in diesen Situationen hätte sie schon öfter den Notarzt geholt, weil sie Angst hat, daß er stirbt. Sie kann das Kind einfach nicht beruhigen. Georg war auch ganz verkrampft auf die Welt gekommen - vielleicht hatte er gespürt, daß er unerwünscht war.

Frau N. gibt sich große Mühe. Sie besucht eine Still-Gruppe und eine Baby-Massage-Gruppe und ist sehr unglücklich, daß alles doch nicht hilft.

## 1. Stunde

In die erste Stunde bringt sie ihren Mann mit. Sie ist von atemloser Hektik, er wirkt verschlossen und etwas unbeholfen. Frau N. berichtet über grauenvolle Nächte und anstrengende Tage und sagt, daß sie selbst am Ende sei. Außerdem habe sie einen Blutdruck von über 160 mmHg, den müsse sie immer wieder kontrollieren... Sie selbst sei auch permanent aufgeregt und unruhig und wünsche sich, daß Georg so wird wie ihr Mann, so ruhig und ausgeglichen. Georgs Vater wirkt in dieser Stunde sehr unterstützend. Er nimmt das Kind, wenn es unruhig wird, und mit meiner klanglichen Unterstützung kann er es gut beruhigen.

Als Georg eindeutige Zeichen von Hunger zeigt, ist Frau N.'s Unsicherheit zu spüren. Sie weiß nicht, ob er jetzt wirklich Hunger hat, ist aber bereit, "es zu probieren". Zu ihrer großen Überraschung trinkt das Kind problemlos. In dieser Situation frage ich den Vater, ob er Monochord spielen möchte. Er läßt sich darauf ein und es entsteht eine Atmosphäre von Frieden im Raum. Ich gebe Frau N. eine Anregung, den Atem ruhig fließen zu lassen und frage sie dann, wie es ihr im Moment geht. Sie schaut auf: "Ich warte die ganze Zeit auf das nächste Schreien". - "Ach, dann können Sie diesen Moment gar nicht so genießen?" - "Nein, ich bin innerlich immer mit dem Schreien beschäftigt, wann es kommt, wie lange es dauert ...."

Dann liegt Georg bäuchlings auf den Knien seines Vaters. Frau N. spielt auf einem Xylophon, das zufällig direkt neben ihrem Kind steht und bemerkt, daß Georg voller Aufmerksamkeit zuhört. Es entwickelt sich ein intensiver Blickkontakt und sie fängt an, mit ihm zu sprechen. "Ah, gefällt dir das? Ja, das mag die Mama auch so gern..."

Obwohl mir die Position, in der sich Georg befindet, sehr anstrengend vorkommt, ist er doch die ganze Zeit über (mindestens 15 Minuten) wie vom Klang gebannt. Ab und zu lächelt er und läßt den Kopf sinken.

Am Ende der Stunde berichteten die Eltern, es hätte ihnen gut getan, auch Georg wäre anders gewesen. Er hätte zwar auch geschrien, aber nicht so schrill und endlos wie zu Hause.



## 2. Stunde

In dieser Stunde liegt das Kind entspannt auf einer Decke und lächelt seine Mutter an! Bis jetzt hatte ich Georg immer nur am Körper von Vater oder Mutter "klebend" erlebt, wo er sich nie wirklich hat niederlassen können. Auf meine Frage: "Was haben Sie denn mit Ihrem Kind gemacht, haben Sie es umgetauscht?" lacht Frau N. und meint, die Leiterin der Babymassage-Gruppe hätte das auch gesagt, denn die hätte Georg auch nie beruhigen können.

Was war geschehen? Frau N. hatte in der letzten Stunde bemerkt, daß Georg den Klang des Xylophons liebt, und so war sie mit ihm am nächsten Tag in ein Geschäft gegangen, und hatte eines gekauft. Jetzt spielt sie ihm mehrmals am Tag vor. Dann wird Georg ganz ruhig und ihr hoher Blutdruck geht dabei auf Normalwerte herunter.

In derselben Sitzung spielt Georgs Mutter Monochord. Er ist begeistert und "tanzt" zu den Klängen. Zum ersten Mal fängt er an zu "erzählen". Es entsteht ein sehr intensiver, freudiger Kontakt zwischen beiden.

*Kommentar:* Hier begegnen wir dem Prinzip der Gegenseitigkeit. Es ist eine gegenseitige Regulation: Das Baby zeigt zum ersten Mal Freude und Zufriedenheit, es hat aus seiner Isolation in die Welt zurückgefunden. Seine Mutter konnte sich aus Anspannung und Ängstlichkeit lösen und ihr Bluthochdruck geht auf normale Werte zurück.

Hier wird auch deutlich, daß geteilte Freude eine negative emotionale Spirale durchbrechen kann und ist damit auch ein Indikator für die Qualität einer Beziehung.

## 3. Stunde

Georg wirkt entspannter und schreit nicht mehr so lange und so oft. Doch immer wieder gibt es Mißverständnisse: So interpretiert Frau N. Georgs Schreien als Hunger (was auch stimmt), er kann aber nicht trinken und schreit weiter. Ich unterbreche sein Schreien mit dem Klang einer Rassel...das Kind nimmt Kontakt auf, entspannt sich, lächelt und macht ein "Bäuerchen". Dann fängt es wieder an zu quengeln, die Mutter meint jedoch "Hunger kannst du ja nicht haben, wir haben es doch gerade probiert". Dabei denkt sie nicht daran, daß jetzt wieder mehr "Platz" ist. Auf eine vorsichtige Nachfrage von mir legt sie das Kind nochmal an und ist überrascht, wie problemlos es trinkt.

*Kommentar:* Diese Situationen, in denen Fr. N. bestimmte Vorstellungen über ihr Kind hat, die nicht hinterfragt werden, tauchen immer wieder auf. Sie erscheinen wie ein "roter Faden der Mißverständnisse".

#### 4. Stunde

In diese Stunde kommt Frau N. ganz aufgeregt. Georg hätte wieder so geschrien, wie am Anfang der Therapie. Sie ist furchtbar enttäuscht, und ich habe den Eindruck, daß sie ganz vergessen hat, daß inzwischen vieles ganz anders geworden war. In dieser Situation nehme ich das Baby, um Frau N. zu entlasten. Aber auch bei mir ist es sehr unruhig. Da nimmt sich Frau N. eine Trommel und fängt an zu spielen... In der Dynamik ist ihr Spiel jedoch zu schwach und sie erreicht ihr Kind nicht. Dann greift sie zur Ocean-Drum und sofort wird das Kind auf meinem Schoß ruhig. Es entkrampft sich und nimmt Blickkontakt mit seiner Mutter auf. Es entsteht ein Dialog und beide lächeln sich an.

*Kommentar:* Ein Grund für diesen "Rückfall" mag gewesen sein, daß Georgs Vater auf einer Vortragsreise im fernen Osten war und die Mutter sich sehr alleine gelassen fühlte.

In der Stunde hat die Mutter intuitiv ein passendes Instrument gewählt und es war beeindruckend, wie unmittelbar Georg auf diesen Klang reagiert hat.

*Im weiteren Verlauf* empfindet Frau N. die Ausgeglichenheit ihres Mannes eher als "langweilig", auch läßt sie diesen mit dem Kind sehr alleine. Am liebsten ist ihm Georg, wenn dieser schläft. Er selbst schläft nachts mit Ohropax im Nebenzimmer. Er wirkt nicht mehr unterstützend.

#### 5. Stunde

Durch die Ferien entsteht eine längere Therapie-Pause. Frau N. strahlt. Georg ist jetzt 5 Monate alt. Es ist offensichtlich, daß sie ihr Baby jetzt sehr lieb hat. Sie spielt weiter Xylophone für Georg, auch abends. Ich habe jedoch den Eindruck, daß sie es abends vor allem einsetzt, um die Einschlafzeit hinauszuzögern. So muß sie ihn nachts nur einmal stillen.

*Kommentar:* Georg wirkt jetzt fast wie ein ganz "normales" Baby. Was für eine Fortführung der Therapie spricht, ist folgendes:

Im Vergleich zu den anderen Babies der Still-Gruppe kann Georg wenig mit sich alleine anfangen. Auch schläft er nur mit Mühe und sehr spät ein. (Frau N. versucht, das Einschlafen ihres Kindes hinauszuzögern und beeinflußt damit den Rhythmus von Georg). Beides läßt auf eine noch mangelhafte Selbstregulation schließen. Es wäre wichtig, daß Fr. N. nicht versucht, das Baby abzulenken, wenn es müde ist, sondern ihm hilft, sich selbst zu beruhigen, um in den Schlaf fallen zu können.

#### 6. Stunde

Frau N. fühlt sich von ihrem Mann im Stich gelassen. Ein Gespräch findet kaum statt. Sie könne ihm aber keinen Vorwurf machen, er sei ja immer so gewesen. Während sie erzählt, interessiert sich Georg für die Rasseln und spielt damit. Er

scheint sich inzwischen am Körper seiner Mutter wohl zu fühlen und sucht immer wieder Kontakt.

Frau N. wirkt depressiv und hat Schuldgefühle, daß es Georg so lange schlecht gegangen war. Ich spreche die Schuldgefühle an aber auch die Möglichkeit, daß sich eine Beziehung zu jeder Zeit verändern kann.

## 7. Stunde

Wie immer ist Georg die ganze Zeit über in der aufmerksamen Haltung "Kopf oben". Niemals legt er sich auf den Rücken, wie es andere Kinder in seinem Alter tun. Frau N. meint, auch zu Hause sei er so wie hier. Sie versucht, ihn in diese Rücken-Lage zu bringen - es hat keinen Sinn. Ich frage Frau N., wie es ihr inzwischen mit Entspannung gehe, ob sie etwas für sich tun könne. Im weiteren Verlauf des Gesprächs macht sie es sich ganz bequem und erinnert sich an das erste Lied, das wir zusammen für Georg gesummt hatten. Dabei war Georg zum ersten mal tagsüber eingeschlafen (2. Stunde). Sie beginnt, das Lied zu summen, ich stimme ein. Georg robbt weiter im Zimmer umher. Dann legt er sich plötzlich auf ein Fell, rollt sich ein und rollt so zum Monochord. Dort bleibt er auf dem Rücken liegen und zupft ab und zu an einer Saite. So begleitet er unser Lied.

Dann hat er "aufgetankt", und es entsteht der erste Trommel-Dialog zwischen Mutter und Kind.

*Kommentar:* Die "Sensation" in dieser Stunde war, daß Georg sich dazu bewegen ließ, etwas grundlegend Neues auszuprobieren: Sich auf dem Rücken niederzulassen, auszuruhen. Diese Verhaltensvariation zeigt er von nun an regelmäßig in den Stunden, und zwar auch, wenn er offensichtlich nicht müde war. Er nimmt sich dann eine Zimbel oder eine Rassel, irgend etwas Kleines, spielt damit, nimmt es in den Mund.... Dabei wirkt er sehr zufrieden und beschäftigt sich mit sich selbst, während ich mit seiner Mutter ihre Situation und die Familienproblematik besprechen kann.

## 8. Stunde - 12. Stunde

In diesen Stunden bin ich die bevorzugte Spielgefährtin Georgs, vielleicht weil er sicher sein kann, daß ich gerne auf seine musikalischen Angebote eingehe. Georg hat aber auch ein ausgesprochenes Bedürfnis, seine Mutter mit einzubeziehen, und sie spielt gerne mit. So bringt er ihr eine Rassel und dann mir, und wir drei spielen zusammen. Er liebt es auch, sich an ihrem Körper hoch zu hangeln, und sie kann es genießen.

Georg ist jetzt in der Lage, gut für sich zu sorgen. Er liegt dann auf dem Rücken, schaut sich um, lacht und krabbelt zu seiner Mutter oder zu mir. Dann holt er sich Musikinstrumente und spielt damit. Seine Mutter ist dabei entspannt, kann sich ihm

dabei auch spielerisch zuwenden, ihn halten und mit ihm sprechen, um dann wieder in das Gespräch mit mir zurückzukommen.

Beide scheinen sich jetzt wirklich wohl miteinander zu fühlen. Eine Veränderung ergibt sich zu Hause: Tagsüber spielt Frau N. das Xylophon, und am Abend ihr Mann.

Schwierige Themen können jetzt besprochen werden. Obwohl Frau N. schon seit längerem daran gedacht hatte, ihren Mann zu verlassen, spricht sie jetzt zum ersten mal darüber. Sie war in diese Beziehung "reingeschliddert": Sie wolle sich aber auch nicht mit ihm auseinandersetzen und kann sich nicht vorstellen, ihm zu sagen, was sie anders haben möchte.

### 13. Stunde

Nach einer Improvisation zu dritt spielt Frau N. weiter auf dem Bass-Xylophon. Georg krabbelt zu seiner Mutter und versucht, mit den Händen in ihrem Rhythmus zu patschen. Es gelingt nicht und er wirkt sehr unzufrieden. Er dreht sich dann zu mir, wippt, und es entsteht ein intensives, vokales Spiel, er ist begeistert. Dann dreht er sich wieder zu seiner Mutter, nimmt eine Rassel und es gelingt ihm, ihr Metrum aufzunehmen. Danach kann er gut für sich sein und spielt ungefähr 15 Minuten ganz alleine.

*Kommentar:* Dies ist ein eindrückliches Beispiel für Synchronisation, die er selbst herstellen wollte. Es war eindeutig, daß es *sein* Bedürfnis war, sich in das Metrum seiner Mutter einzuschwingen. Hier stellt sich die Frage, ob das kurze Intermezzo mit mir, was sich wohl gut angefühlt hat - es war ein 'sich treffen', 'auf der selben Wellenlänge sein' - ihn in die Lage versetzt hat, auf seine Mutter einzugehen. (Solche entwicklungsmaßige Quantensprünge sind oft nach geglückten Interaktionen zu beobachten). Der offensichtliche Erfolg seiner Bemühungen und nachfolgende Phase des alleine Spielens stützt die Annahme eines Bindungssystems, das, wenn es nicht aktiv ist, die Exploration der Welt und ein sich-Entfernen von der Mutter ermöglicht.

### 14. Stunde

Auf dem Arm seiner Mutter entdeckt Georg die Klangfülle des großen Gongs. Er ist begeistert, als er herausfindet, was er mit seinen Händchen und Füßchen alles bewirken kann. Ich teile seine Begeisterung: Wellen intensiver vokaler Gemeinsamkeit wechseln mit Klangsalven des Gongs.

### 15. Stunde

In dieser letzten Stunde schaut Frau N. auf den Prozess unserer Zeit zu dritt zurück. Sie ist sehr zufrieden. Sie hätte sich am Anfang nie vorstellen können, daß

sich ihre Beziehung zu ihrem Kind so verändern könne. Wir beschließen, in Kontakt zu bleiben.

### **Nach 6 Monaten**

In einem Telefongespräch erzählt Frau N., daß die Beziehung zu ihrem Mann jetzt viel besser sei, und daß sie beschlossen hätten, zusammen zu bleiben. Als Georg 2 Jahre alt ist, treffen wir uns noch einmal. Die Mutter erzählt, daß Georg sich zu vielem, was er sieht, ein eigenes Lied mache, wie z.B. "Mama, Mama, wiegen, wiegen...", wenn er ein Baby gesehen hat. Am Ende dieser Stunde richtet sich Frau N. auf einmal auf und sagte: "Jetzt kann ich mir zum ersten Mal vorstellen, schwanger zu werden und mich darüber zu freuen". Ein Jahr später wird seine Schwester geboren. Diesmal gibt es keinerlei Komplikationen, keine Schrei-, Schlaf- oder Fütterstörungen. Alles ist ganz leicht, und Frau N. erzählt, so glücklich sei sie noch nie in ihrem Leben gewesen. Sie hat aber immer wieder Schuldgefühle, daß sie mit Georg nie diese Leichtigkeit des "Miteinander-Seins" hatte.

## **5. Zusammenfassung und Diskussion**

Kriterien der Veränderung ergaben sich aus den Berichten der Mütter über den Verlauf der Woche, über ihr eigenes Befinden, darüber, wie sie ihr Kind empfinden und über die Reaktion der Umwelt auf ihr Kind. In der Therapie-Situation konnte ich den interaktionellen Aspekt beobachten, z.B. ob die Mißverständnisse zwischen Mutter und Kind abnehmen, ob sie mehr Freude aneinander haben und wie Trost gegeben und angenommen werden kann. Die Abnahme des Schreiens in Häufigkeit und Dauer wurde als Zeichen dafür bewertet, daß es beiden besser miteinander ging. In allen Fällen der behandelten Kinder nahm das Schreien nach wenigen Stunden ab, ebenso Schwierigkeiten mit dem Füttern oder Schlafen.

Alle Kinder reagierten unmittelbar auf Klang. Für die Mütter war es ein Weg, ihre Kinder im Umgang mit der Therapeutin anders zu erleben. Das intuitive Repertoire aller Mütter erweiterte sich: Sie wurden sicherer im Umgang mit ihren Kindern und die Interaktionen bekamen den Charakter von mehr Leichtigkeit.

Familien funktionieren wie ein Netzwerk: Ändert sich an irgend einer Stelle etwas, hat das Auswirkungen auf das gesamte System. Ein Vater, der ab und zu mit zu den Sitzungen gekommen war, meinte später, das Leben in der Familie hätte sich grundsätzlich verändert - die Atmosphäre, die Art und Weise, wie sie jetzt miteinander umgingen. Und auch die Ehe von Georgs Eltern (siehe Fall-Beispiel) hat sich - entgegen allen Erwartungen - stabilisiert und war nach Beendigung der Musiktherapie befriedigender als zuvor.

Grundlegend könnte man sagen, es werden Erfahrungen mit unterschiedlichsten Intensitäten gemacht. Unbekanntes verliert seine Schrecken und so können unterschiedliche Gefühls-Räume erschlossen und integriert werden. Qualitäten wie "auf der selben Wellenlänge sein", "wir haben uns getroffen", Teilen von Affekten und Gefühlen, "sich anstecken lassen" können, "ich kann etwas bewirken" und "ich bekomme Antwort" werden meist zum ersten Mal erlebt. Diese Momente von Glück, die im Jetzt geschehen ("now-moments"), haben zur Folge, daß das "miteinandersein" nicht mehr als nur anstrengend erlebt wird. Es fühlt sich gut an und das ist eine Voraussetzung für ein befriedigendes, soziales Miteinander.

Was trägt zum Gelingen einer Mutter-Kind-Therapie bei? Meiner Erfahrung nach sind es weder Anzahl oder Regelmäßigkeit der Therapie-Sitzungen. Was zählt, ist, daß die Qualität der "now-moments" überhaupt erreicht werden kann. Wenn diese Ebene einmal auftaucht, sind die Weichen für ein Gelingen gestellt. Bei der notwendigerweise verkürzten Fall-Darstellung war mir daher daran gelegen, die Bedeutung dieser Ebene hervorzuheben.

Eltern und ihre schwierigen Säuglinge stellen ein neues Klientel - auch für die Musiktherapie - dar. Die neue Situation ist für alle, Eltern und Baby, einzigartig. In der Mutter formiert sich mit der Geburt eines Kindes eine neue psychische Organisation, die Stern (1998) als "Mutterschafts-Konstellation" bezeichnet. Frauen, die Schwierigkeiten haben, sich in dieser Situation zurecht zu finden, wollen keine Therapie, brauchen aber Hilfe - daher muß das therapeutische Angebot daraufhin abgestimmt werden. In traditionellen Gesellschaften sind es erfahrene Frauen, die für Frauen, die ein Kind geboren haben, zur wichtigsten Person werden.

Wenn eine Therapeutin diese Rolle übernimmt, muß sie eine annehmende und unterstützende Haltung einnehmen, nur so kann die Mutter Zugang zu ihrem ureigenen mütterlichen Repertoire finden.

Musiktherapie ist gut geeignet, ein positives Holding herzustellen. Klang berührt Mutter und Kind unmittelbar - sie teilen den selben Empfindungs-Raum. Gemeinsames Improvisieren fördert eine tiefe Bezogenheit und der unterstützende Aspekt des gemeinsamen Tuns schafft Raum für die individuellen Schritte, die jede Mutter für sich herausfinden muß.

Die Arbeit mit Mutter und Kind erfordert ein weites therapeutisches Repertoire. Es findet ständig ein Ebenenwechsel statt: Babies erwarten direkte, spontane Reaktionen, es bleibt kein Raum für Reflektionen, Einschätzungen oder Konzepte. Gefragt ist das freie Spiel, sich anstecken lassen - reine Improvisation.

Streß, Angst und Panik beeinträchtigen den Säugling bei der Ausbildung seiner Fähigkeit zur kreuzmodalen Verknüpfung. So wird heute diskutiert, ob Lern- und Teilleistungsstörungen ihren Beginn in dieser Lebensphase haben und in einer schwierigen frühen Mutter-Kind-Beziehung begründet sind (Stern, 1985). In diesem

Zusammenhang sind auch die Einschätzungen von Robert Emde (1991, 1998a, 1998b) interessant: Seiner Meinung nach ist die Qualität der frühen Beziehungen dafür entscheidend, ob sich Empathie und ein ursprüngliches Gefühl für Moral - unabhängig von kulturellen Prägungen - ausbilden können. Selbst ein genetisches Design kann seiner Meinung nach durch geglückte frühe Interaktions-Erfahrungen in seiner Ausprägung beeinflusst werden.

Zusammenfassend kann man sagen: Die frühe Säuglingszeit folgt globalen, dynamischen Prinzipien. Das "Implizite frühe Erfahrungswissen" (oder "Beziehungswissen"), das in dieser Phase entsteht und durch seine Färbung alles spätere Erleben mitbestimmt, wird durch die Qualität des Miteinander geprägt. Gegenseitigkeit und Austausch, das Teilen von Affekten und Gefühlen, sind notwendig, soll sich ein anpassungsfähiges psychisches System entwickeln. Es geht nicht ohne eine andere Person. Diese Aspekte regulieren Beziehungen und sind ebenso spezifische Wirkfaktoren der Musiktherapie.

## Literatur

- Basch, M. (1994). Psychoanalysis and developmental processes. *Infant research and the changing practice of psychoanalysis*. Symposium der 'R.Spitz-Gesellschaft /Köhler-Stiftung' in Köln.
- Beebe, B. und Lachmann, F. M. (1988). The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self- and object-representations *Psychoanalytic Psychology*, 5(4), 305-337.
- Beebe, B., Jaffe J., Lachmann, F. M. (1992). A Dyadic Systems View of Communication in Relational Perspectives (S. 61-81). *Psychoanalysis*. Analytic Press.
- Beebe, B. (1994). Mother-Infant-Interaction. *Infant Research and The Changing Practice of Psychoanalysis*. Symposium der 'R.Spitz-Gesellschaft /Köhler-Stiftung', Köln.
- Emde, R. N., (1988). Development terminable and interminable: 1. Innate and motivational factors from infancy. *International Journal of Psychoanalysis*, 69, S. 23-42.
- Emde, R. N., Biringen, Z., Clyman, R.B., and Oppenheim, D. (1991). The moral self of infancy: affective core and procedural knowledge. *Developmental Review*, 11, S. 251-270.
- Emde, R. N. (1998, April). Infant emotions research. *Ressources*. Symposium Lindauer Psychotherapiewochen 1998, Lindau.

- Grossmann, K.E. (1994): Seminar Lindauer Psychotherapiewochen 1994, Lindau
- Meltzoff, A.N. and Borton, W. (1979). Intermodal matching by human neonates. *Nature*, 282, S. 403-404.
- Papoušek, H. und Papoušek, M. (1987). Intuitive parenting: A dialectic counter-part to the infant's integrative competence. In J. Osofsky (Ed.), *Handbook of Infant Development* (S. 669-720). New York: John Wiley & Sons.
- Process of Change Study Group, Boston (Tronick, E.Z., Stern, D.N., Bruschiweiler-Stern, N., Lyons-Ruth, K., Morgan, A.C., Nahum, J.P. and Sander, L. 1998). *Infant Mental Health Journal*, Vol. 19, Nr. 3, Fall 1998, Special Issue.
- Stern, Daniel N. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, Daniel.N. (1998). *Mutterschaftskonstellation*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, Daniel N. (1997). *The Development of the Self. The narrative*. Lindauer Psychotherapiewochen, Lindau.



**ULRIKE HAFFA-SCHMIDT**

**„ICH MÖCHTE NOCH SO GERNE 10 JAHRE LEBEN“ –  
MUSIKTHERAPIE MIT ONKOLOGISCHEN PATIENTEN**

**„I WOULD LOVE TO LIVE ANOTHER TEN YEARS“ –  
MUSIC THERAPY WITH ONCOLOGICAL PATIENTS**

Music therapy, as applied in the intensive medical, oncological field is still a new area of music-therapeutical treatment. In the psycho-therapeutical context, music therapy must pay much more attention to the physical condition of the patient and has to be adapted to the intensive medical setting. Using two case studies, the authoress develops her music-therapeutical concept, which is orientated strongly to the patient's needs: the desire for autonomy and improvement of the quality of life; existence, feeling and perception of oneself beyond diagnosis. Active and receptive music therapy in the therapy room and in the patient's room can support patients with life-threatening diseases in coping with the illness as well as with the long-term treatment and the side-effects. Important elements of the treatment are soft and harmonic sounds played on the lyre and monochord as well as the improvisation of melodies.

Musiktherapie im intensivmedizinischen, onkologischen Bereich ist ein noch junges Gebiet musiktherapeutischen Arbeitens. Im psychotherapeutischen Kontext muss sie sich hier viel mehr nach dem körperlichen Zustand richten und sich den intensivmedizinischen Spielregeln anpassen. Anhand von zwei Fallbeispielen entwickelt die Autorin ihr musiktherapeutisches Konzept, das sich sehr stark an den Bedürfnissen der Patienten orientiert: der Wunsch nach Autonomie, die Verbesserung von Lebensqualität, ein Existieren, Spüren und Wahrnehmen jenseits von Befunden. Aktive und Rezeptive Musiktherapie am Krankenbett und im Musiktherapieraum kann Patienten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen dabei unterstützen, mit den Belastungen von Krankheit, stationärer Behandlungsdauer und Nebenwirkungen umzugehen. Leise und harmonische Klänge auf Leier und Monochord und das Improvisieren von Melodien sind wichtige Bestandteile der musiktherapeutischen Behandlung.

Als ich mich entschloß, diesen Vortrag in Wien zu halten, habe ich mich gefragt, wie ich neben den Zuhörern aus aller Welt die Wienerinnen und Wiener unter Ihnen - die ja, wie Sie wissen, eine ganz spezielle Beziehung zum Sterben und dem Tod haben - für mein Thema interessieren kann.

---

Vortrag beim 2<sup>nd</sup> World Congress of the World Council for Psychotherapy – Subsymposium Music Therapy, Juli 1999, Wien (überarbeitete Fassung)

<sup>1</sup> Wegen besserer Lesbarkeit wird hier die männliche Form gewählt, die weibliche ist aber stets mitgemeint.

Während meiner Musiktherapieausbildung in Wien hatte ich Gelegenheit, viele Lieder zu Krisen, lebensbedrohlichen Situationen und zum Tod kennenzulernen (als Beispiel seien hier „Oh du lieber Augustin“, „Es lebe der Zentralfriedhof“, „Nestroys Komet“ genannt). Schon damals wunderte ich mich, mit welchem Zynismus, aber auch mit welcher Unverkramptheit in Wien mit diesem Thema umgegangen wird.

In gewisser Weise kann diese enttabuisierende Haltung durch Musiktherapie unterstützt werden. Doch weniger mit dem Tod und dem Sterben möchte ich mich in meinem Vortrag auseinandersetzen, vielmehr möchte ich Sie mit Musiktherapie im onkologischen Akutkrankenhaus bekanntmachen und Ihnen Menschen vorstellen, die ich während der Behandlung ihrer lebensbedrohlichen Erkrankung musiktherapeutisch begleite.

## **Zwei kurze Therapieausschnitte**

Auf *Frau Maier<sup>2</sup>*, eine 63-jährige Lehrerin, werde ich von der Stationsärztin angesprochen. Sie habe eine sehr schlechte Prognose: Ein abgegrenzter Tumor sei ihr von der Lunge operativ entfernt worden und habe bereits nach drei Monaten die alte Größe wieder erreicht. Es gehe ihr körperlich sehr schlecht; sie habe bis vor kurzem Sauerstoff gebraucht und werde hier jetzt palliativ versorgt. Es ginge ihr psychisch dementsprechend schlecht. Sie würde zwar in einigen Tagen nach Hause gehen, müsse aber zur Chemotherapie öfters in die Klinik kommen.

Ich gehe in ihr Zimmer und stelle mich und die Musiktherapie vor. Frau Maier wirkt sehr interessiert und wir vereinbaren einen Termin. Sie probiert in meinem Musiktherapieraum eher „brav“ die Instrumente aus, versucht kleine Melodien und sagt dann, daß sie eigentlich keine Lust habe zu spielen. Ob es nicht möglich sei, ihr etwas auf dem Klavier vorspielen? Ich melde ihr zurück, daß ich es gut fände, wenn sie sich nicht zum Spielen zwingen, daß ich aber gerne auf dem Monochord für sie spielen möchte. Ich beginne mit einer kurzen Körperwahrnehmungsübung und spiele dann ungefähr zehn Minuten. Schon während meines Spieles scheint sie tiefer in den Sessel einzusinken, einige lautere Seufzer zeigen mir ihre Entspannung. „Ich hätte Ihnen noch ewig zuhören können. Das war sehr schön“, sagt sie mir, nachdem sie die Augen wieder geöffnet hat. In der nächsten Therapiestunde möchte sie selber spielen. Sie wählt sich dazu die pentatonische Leier, ich begleite auf der Kalimba. Ihre leisen Töne und die improvisierten kurzen, zarten Melodien verstehe ich so, als

---

<sup>2</sup> Alle Namen der Patienten sind geändert

ob sie mir sagen wollte: „Ich fühle mich schwach, ich halte nicht viel aus, bitte tu mir nicht weh.“ Auf der Kalimba greife ich diese Signale auf und spiele mit wenigen Tönen eine gleichbleibende Grundlinie.

Zur dritten Stunde wartet sie bereits auf mich und will trotz noch größerer Schwäche unbedingt mitkommen und spielen. Die Pauke hat es ihr diesmal angetan. Ich unterstütze ihre vorsichtigen Paukenschläge mit kraftvollen Klavierakkorden: Diese Kraft scheint sie mit der Pauke aufzusaugen und begleitet mich mit einem festlich-energievollen Rhythmus mit großen Armbewegungen. Diese Musik wird nun in den nächsten Stunden zu „unserer Musik“: Die sich wiederholende bekannte Struktur, nämlich Pauke-Klavier mit einem festen Grundrhythmus ermöglicht eine neue Lebendigkeit. Blickkontakt, kurze Frage- und Antwortteile, dynamische Veränderungen und wechselnde Tempi gelingen ihr wie von selbst und lassen uns spielen wie ein lang aufeinander eingespieltes Duo.

Nach einer vierwöchigen Beurlaubung kommt sie zur weiteren Behandlung wieder auf Station. In der Therapie erzählt sie mir, wie gut es ihr gehe, sie fühle sich fast normal, sei einkaufen und spazieren gegangen, habe ihrem Mann im Haushalt geholfen und auch viel Besuch bekommen. Heute würde fröhliche Musik passen. Sie wählt sich hierfür das Glockenspiel, ich nehme die Gitarre. Ihre anfänglich kurzen Motive entwickelt sie zu immer komplexeren Melodieverläufen und längeren Spannungsbögen. Nach zehn Minuten fröhlicher und unbeschwerter Musik hören wir gemeinsam auf.

Wir vereinbaren weitere Termine für jene Tage, an denen sie ambulant in die Klinik kommen wird.

*Zu Frau Baumann, einer 34-jährigen Frau mit einer frisch diagnostizierten Leukämie, werde ich schon kurz nach der Diagnosestellung gerufen. Dieser zweite Fall ist etwas anders: Sie sei „total fertig“ und würde nur noch heulen. Das Pflegepersonal fühle sich hilflos.*

Als ich mich bei ihr mit der Musiktherapie vorstelle, wirkt sie nicht sonderlich begeistert, sagt aber, sie könne es ja mal versuchen, es würde ja wohl nichts schaden. Sie hat ein großes Bedürfnis, über ihre Situation zu sprechen: Sie könne sich überhaupt nicht beschäftigen, denn die Dinge, die sie ausgefüllt hätten, nämlich ihre Arbeit, der Haushalt, Einkaufen gehen, Zigarettenrauchen und das Zusammensein mit ihrem Mann und ihrer Schwester, könne sie hier nicht mehr tun. Ich habe Mühe, die Zeit einzuhalten, verspreche ihr aber, am Donnerstag für einen Musiktherapie-termin wiederzukommen.

Ich möchte nun nicht den Verlauf der einzelnen Stunden wiedergeben, sondern nur in großen Zügen beschreiben, was in der Therapie mit Frau Baumann geschieht. Zum Ausprobieren der Instrumente läßt sie sich selten motivieren, auch möchte sie

nicht mit in den Musiktherapieraum: Am liebsten ist es ihr, wenn ich zu ihrer Entspannung auf dem Monochord spiele, denn da könne sie so gut abschalten.

Hier kann sie sich spüren, vergißt ihre Erkrankung, fühlt sich leicht und unbeschwert. Frau Baumanns Krankheit verläuft kompliziert. Chemotherapie und eine Transplantation eigenen Knochenmarks, Fieber, Lungen-entzündung, zu langsam steigende Werte, Übelkeit und nach drei Monaten ein Rezidiv lassen wenig Hoffnung aufkommen. Sie weiß nicht, wie sie die anstehende Fremdspendertransplantation durchhalten kann. Sie verweigert die Zusammenarbeit, streitet mit Mann und Schwester, schimpft auf Ärzte und Pflegepersonal und behandelt auch mich so, als ob es eine Gnade wäre, daß ich mit ihr Musiktherapie machen darf. In den bislang 23 Therapiestunden à 30 Minuten im Zeitraum von 11 Monaten, in denen sie zwischendurch immer wieder zu Hause war, spielte ich 18-mal Monochord in ihrem Zimmer, 2-mal improvisierten wir in meinem Raum, 2-mal in ihrem Zimmer und bei einem Kontakt beriet ich sie über Entspannungsmusik, die sie über einen ausgeliehenen CD-Player anhören könnte um ihre Unzufriedenheit und ihren fehlenden Bezug zu sich selber zu überwinden.

Zu Frau Baumann muß ich in jeder Therapiestunde wieder neu Kontakt herstellen. Dies gelingt, indem ich ihr zuhöre und nach etwa der halben Zeit mit Körperentspannung und Monochordspiel beginne. Nahezu jedesmal bedankt sie sich bei mir, fühlt sich gestärkt und erholt und ihr persönlicher Spielraum hat sich erweitert: Sie freut sich, einmal nicht an die Krankheit gedacht zu haben, an gar nichts gedacht zu haben, unternimmt in ihrer Phantasie eine Reise oder ihr fällt ein, was sie mal wieder gerne essen würde.

Beide Patientinnen sind noch am Leben und bei mir in Behandlung.

## **Konzeptsuche**

Als ich vor sieben Jahren begann, Musiktherapie mit onkologischen Patienten während der Akutbehandlung zu machen, lähmte mich die Fülle an medizinischen und pflegerischen Tätigkeiten. Als „normal“ arbeitende Musiktherapeutin war ich es gewohnt, aktuelle Krisensituationen, das soziale Umfeld, Widerstände und Abwehrmechanismen der Patienten in meine Therapieplanung miteinzubeziehen. Jetzt lernte ich, hauptsächlich körperliche und intensivmedizinische Aspekte zu berücksichtigen. Eine Therapieplanung oder das Erstellen eines Arbeitsbündnisses erwies sich meistens als sinnlos, denn es wurde von aktuellen Maßnahmen oft über den Haufen geworfen. So sind z.B. die Länge des Klinikaufenthaltes, die kurzfristig angesetzten Untersuchungen und Visiten, der schnell wechselnde körperliche Zustand (z.B. Übelkeit, Fieber, schlechte Blutwerte, Sedierung wegen Punktionen,

hohe Morphiumdosen wegen Schmerzen) oder ein Stations- und Zimmerwechsel oft nicht kalkulierbar.

Erschwerend kommt noch hinzu, daß die Bezeichnung Musiktherapie bei vielen Patienten keine positiven Assoziationen auslöst. Therapie wird assoziiert mit Schmerzen, Übelkeit, Isolation, Verlust der Haare, usw. Sie fragen sich: „Brauche ich nun neben Chemotherapie, medikamentöser Therapie, Strahlentherapie, physikalischer Therapie auch noch Musiktherapie? Ist mit meiner Psyche jetzt wohl auch was nicht in Ordnung? Bin ich auch psychisch nicht okay?“

Diese vielen Faktoren zwangen mich, meine Vorstellungen in Bezug auf therapeutische Kontinuität und psychotherapeutischen Anspruch neu zu überdenken. War es überhaupt sinnvoll, in diesem intensivmedizinischen Rahmen Musiktherapie anzubieten? Welche Ziele sollte ich mit der Musiktherapie verfolgen und wie sie umsetzen?

Zu Beginn meiner Arbeit hatte ich versucht, Musiktherapie im Akutkrankenhaus zu integrieren und fühlte mich mit meinen Vorstellungen oft alleine. Dann aber überlegte ich mir: Was brauchen Patienten während der Behandlung und wie kann Musiktherapie dabei hilfreich sein?

Durch die beiden gebotenen Falldarstellungen werden auch Rahmenbedingungen und inhaltliche Aspekte der Musiktherapie in der Onkologie deutlich.

## **Rahmenbedingungen**

Meine Arbeitsbedingungen im Krankenhaus sind sehr gut: Es gibt einen Musiktherapie-Raum, eine gute Ausstattung, und die Integration in das psychoonkologische Team ist für deutsche Verhältnisse ungewöhnlich in diesem Bereich<sup>3</sup>.

Lernen mußte ich, das Setting sehr flexibel zu gestalten. Zu Beginn meines Arbeitstages schaue ich auf die Belegungspläne der Stationen: Welche meiner Patienten sind auf Station, wer ist entlassen, wiederaufgenommen, verlegt oder gestorben? Dann spreche ich mit dem behandelnden Arzt oder dem verantwortlichen Pflegepersonal über anstehende Untersuchungen, Verrichtungen, die Höhe der Blutwerte und ob der Patient zur Musiktherapie in den Raum mitkommen kann oder ob die Musiktherapie im Zimmer stattfinden muß. Erst dann

---

<sup>3</sup> An dieser Stelle möchte ich dem Verein „Hilfe für Krebskranke e.V.Nürnberg“ danken, der aufgrund der vielen Spenden die Musiktherapie an der Klinik für Onkologie, Hämatologie und Knochenmarkstransplantation (Chefarzt Prof. W.M. Gallmeier) des Klinikums Nürnberg seit 1991 ermöglicht.

gehe ich zum Patienten und vereinbare mit ihm, ob, wo und wann die Musiktherapie am heutigen Vormittag stattfinden kann. Findet die Musiktherapie im Patientenzimmer statt (das ist bei 70% der Fall), muß auch noch geklärt werden, ob wir aktiv oder rezeptiv arbeiten werden, und was ich für Instrumente mitbringen soll. Spontanes Einbeziehen neuer Zimmernachbarn und Angehöriger, die gerade zu Besuch sind, passiert häufig.

Als sinnvoll hat sich die Frequenz von zwei Therapiestunden à 30 Minuten pro Woche erwiesen.

Nur unter Einbeziehung aller äußerer Faktoren und unter Einbeziehung des Patienten selbst in diese Planung kann Musiktherapie in den Stationsrhythmus und in den Krankenhausalltag integriert werden. Nur so wird Musiktherapie zum hilfreichen Angebot und nicht zur Störung der medizinischen Behandlung und des Stationsablaufes. Nur so - indem der Patient an allen aktuellen Entscheidungsprozessen die Musiktherapie betreffend - beteiligt ist, kann ein Arbeitsbündnis entstehen. Wenn die Rahmenbedingungen unter denen die Therapie stattfindet, nicht mit allen Beteiligten geklärt sind, scheitert leider oft genug die Behandlung.

Diese Haltung ist auch bei meiner Vorstellung neuen Patienten gegenüber wichtig.

Eine Krebserkrankung ist per se noch keine Indikation für die Musiktherapie. Ich stelle mich vor als Teil des psychoonkologischen Teams, bestehend aus dem Psychoonkologen der Klinik, der psychosomatischen Oberärztin, einer Diplom-Psychologin, der Sozialpädagogin, dem Seelsorger und mir. Ich erkläre, daß wir hier an der Klinik einen ganzheitlichen Ansatz verfolgen, indem nicht nur der Körper behandelt wird, sondern wir begleitend dazu ein Angebot für die Seele machen. Außerdem erwähne ich die Länge des bevorstehenden Aufenthaltes und daß wir es als unsere Aufgabe betrachten, sie während ihres Krankenhausaufenthaltes zu unterstützen und bei möglichen Problemen frühzeitig zu helfen. Mir erscheint es wichtig, die allgemeinen Probleme einer so extremen Behandlung zu benennen und nicht auf Persönliches einzugehen, beziehungsweise die Patienten auf ihr Problem konkret anzusprechen. Jedem soll die Möglichkeit gegeben werden, die Musiktherapie so für sich zu nützen, wie es der jeweiligen psychischen und körperlichen Verfassung angemessen ist.

### **Inhaltliche Aspekte der Musiktherapie**

Patienten kommen mit eher diffusen Anliegen in die Musiktherapie. Angst vor dem Tod, Angst vor der Behandlung, inneres Chaos und innere Unruhe, ein Gefühl

von Verlorensein und Beziehungslosigkeit sind häufige Gründe. Musiktherapie halte ich in Bezug auf dieses Gefühlschaos als Methode der Wahl, kann sie doch in der aktiven und in der rezeptiven Musiktherapie die Patienten dabei unterstützen, das innere Chaos auf der Erlebnisebene zu strukturieren, ohne es zielgerichtet zu bearbeiten.

Luzzato und Gabriel (1998) haben für Kunsttherapie mit onkologischen Patienten sechs therapeutische Ebenen herausgearbeitet: *Catharsis, Creativity, Communication, Containment, Connections, Changing the image*. Diese sechs C's umspannen auch für die Musiktherapie die inhaltliche Arbeit mit onkologischen Patienten. Sie spiegeln einerseits die Anliegen der Patienten wieder, zeigen aber auch gleichzeitig, wie unterschiedlich die Musik - abhängig von der persönlichen Situation des Patienten - therapeutisch genutzt werden kann. Es ermöglicht jedesmal wieder aufs neue den Handlungsspielraum zu erweitern, anders als in einer Gesprächstherapie, bei der ein gemeinsamer Fokus gesucht wird.

Musiktherapie kann diesen Spielraum anbieten. Dieses Spielen und Improvisieren im Moment, das Spüren der eigenen Lebendigkeit trotz der lebensbedrohlichen Situation in der sich die Patienten befinden, das Überwinden eines Lähmungsgefühls, das Loslassen können in der Musik sehe ich als die wichtigsten Potentiale von Musiktherapie mit onkologischen Patienten.

## **Endlich Zeit haben**

Häufig ist der Patientenalltag durch Warten bestimmt: Warten auf das Essen, die Visite, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse oder Besuch. Die Zeit wird im Wahrsten Sinn des Wortes „tot geschlagen“. Und beim Warten kreisen die Gedanken: „Warum bin gerade ich erkrankt, wofür werde ich bestraft, was habe ich mir zu Schulden kommen lassen, werde ich wieder gesund, was passiert mit meinem Mann, meinen Kindern, wenn ich sterbe?“

In der Musiktherapie versuche ich, der Gegenwart Raum zu geben.

Musik wird als Regenerations- und Kraftquelle genutzt, die Improvisation als entlastendes Beziehungsangebot und persönliches Ausdrucksmittel wahrgenommen. Patienten berichten, wie wohltuend es ist, sich nicht nur in den Dimensionen krank - gesund erleben. Die Krankheit und die Behandlung zu verarbeiten, die eigene Autonomie zu stärken und Musik als Möglichkeit spirituellen Erlebens für sich zu nutzen sind weitere Schwerpunkte der Musiktherapie, die Patienten überwiegend äußerten.

## **Musiktherapeutische Formen und Techniken**

Ich arbeite mit Rezeptiver Musiktherapie, das heißt, daß ich selbst für den Patienten spiele. Dies können Musikmeditationen sein, Klangreisen mit monochromen Instrumenten, Improvisationen und das Spielen von Liedern und Kompositionen.

Aber auch Aktive Musiktherapie mit freiem Improvisieren auf leicht spielbaren Instrumenten ist mit nahezu allen Patienten möglich.

Hinzu kommen neue Bereiche, die ich erst hier kennengelernt habe:

Patienten erzählen mir von ihrer Sehnsucht, ein Instrument zu erlernen. Sie probieren meine Musikinstrumente mit mir gemeinsam aus und fragen mich, ob sie denn musikalisch seien, welches Instrument ich denn für geeignet halte und ob es sich in ihrer Situation überhaupt noch lohne, mit dem Unterricht anzufangen

Manche Patienten haben auch das Gefühl, daß Musik, die sie vor der Erkrankung gehört haben, nicht mehr für sie passe. Sie wollen von mir wissen, was für Musik in ihrem Fall geeignet sei. Häufig reißt mit der Diagnose Krebs der Faden ihrer musikalischen Biografie ab und ihr Anliegen ist es, den Faden wieder aufzunehmen und so - nicht nur symbolisch - ihr Leben weiterzuleben.

Ein weiterer neuer Bereich ist die musiktherapeutische Arbeit mit Sterbenden. Leider endet eine Musiktherapie immer wieder mit dem Tod des Patienten. Der Abschied vom Leben ist ein langsamer Rückzug, ein sich langsames Verschließen vor Kontakten und ein Pendeln zwischen Wachheit, Ansprechbarkeit und Entferntheit. Arbeit mit der Stimme, Musik auf Saiteninstrumenten, Körperkontakt oder Improvisationen mit Angehörigen am Krankenbett haben sich als stimmig erwiesen.

## **Die Lebensmelodie**

So wie es keine „Krebspersönlichkeit“ gibt, so gibt es keine typische Musiktherapie mit Krebspatienten.

Was Patienten aber häufig machen, ist, daß sie sich ein Melodieinstrument wählen und aus einzelnen Tönen Motive, Melodien und Melodieverläufe entwickeln und über diese improvisieren. Melodien sprechen, wie Hegi beschreibt, „durch ihren Ausdruck von Bewegungen in den Tonfolgen, durch die Linie der Intervallsprünge und durch die Betonungen der wichtigen, der eindringlichen Töne wie eine Sprache



der Haltung, der Meinung, die Überzeugung oder einfach eine Geschichte an.“ (1996, S. 179)

Sie lassen einem viele, aber immer strukturierte Gestaltungsmöglichkeiten: So können sie Gefühle und Stimmungen ausdrücken, man hat die Freiheit, sie zu verändern und kreativ mit ihnen umzugehen, sie bilden meist einen Spannungsbogen (Frage-Antwort, Aufwärts- und Abwärtsbewegung), können sich mehr Raum oder weniger Raum nehmen und lassen sich endlos in den verschiedensten Variationen wiederholen. So geben sie Stabilität und Sicherheit ohne einzuengen wie dies bei einem Trommelrhythmus leichter geschehen kann. Hat man einmal eine Melodie gefunden, die zu einem „paßt“, läßt sie sich endlos weiterspielen, ohne daß es einem langweilig wird. Auch David Aldridge beschrieb die Bedeutung der Melodien: „Aus der Literatur wissen wir, daß es wichtig für Brustkrebspatientinnen ist, ihre Gefühle auszudrücken. Wir wissen auch, daß Melodien in unserer heutigen Kultur eine Form ist, Gefühle auszudrücken. Wenn Ausdrücken wichtig für Brustkrebspatientinnen ist und Melodien eine wichtige Form ist, sich musikalisch auszudrücken, dann ist es sinnvoll, in der Musiktherapie bei Patientinnen das Melodiespiel zu fördern.“ (1999, S. 135)

Ich habe nicht die Erfahrung gemacht, das Melodiespiel meiner Patienten fördern zu müssen. Meine Erfahrung ist die, daß Patienten sich intuitiv zu Melodieinstrumenten hingezogen fühlen: Sei es im Nachspielen bekannter Melodien, wie dies auf der Veeh-Harfe leicht möglich ist, sei es im Erfinden von Liedern mit eigener Melodie und eigenem Text - und sei es in der Improvisation auf den unterschiedlichen Instrumenten.

Melodien scheinen der Ausdruck dafür zu sein, den Lebensfluß, die eigene „Lebensmelodie“ weiterführen zu wollen. An dieser Lebensmelodie teilhaben zu dürfen - dafür bin ich sehr dankbar.

## **Literatur**

- Aldridge, D. (1998). Life as jazz: hope, meaning, and music therapy in the treatment of life-threatening illness. *Advances in Mind-Body Medicine*, Bd. 14, S. 271-282.
- Aldridge, G. (1999). The Implications of Melodic Expression for Music Therapy with a Breast Cancer Patient. In Aldridge, D. (Hrsg.), *Music Therapy in Palliative Care* (S.135-153). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Delhey, M. (1997). Musiktherapie. In Aulbert, E., Zech, D. (Hrsg.), *Lehrbuch der Palliativmedizin* (S. 916-922). Stuttgart, New York: Schattauer.

- Haffa-Schmidt, U. (1999). Am Rande der High-Tech-Medizin. Existenzbedingungen für Musiktherapeuten. *Musiktherapeutische Umschau*, Bd. 20, Heft 4, (S. 317- 324).
- Hegi, F. (1986). *Improvisation und Musiktherapie*. Paderborn: Junfermann-Verlag
- Hegi, F. (1996). Komponenten. In Decker-Voigt, H.H., Knill,P.J., Weymann E. (Hrsg.), *Lexikon Musiktherapie* (S.173 - 183). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Kappauf, H., Gallmeier, W. M., (1995). *Nach der Diagnose Krebs - Leben ist eine Alternative*. Freiburg, Basel, Wien: Herder Verlag.
- Loos, K. (1996). Spielraum. In Decker-Voigt, H.H., Knill,P.J., Weymann E. (Hrsg.), *Lexikon Musiktherapie* (S.350 - 352). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Luzzato, P., Gabriel, B. (1998). Art Psychotherapy. In Holland J. (Hrsg.), *Psycho-Oncology* (S. 743-757). New York, Oxford: University Press
- Meerwein, F.(Hrsg.). (1991). *Einführung in die Psycho-Onkologie*. Bern, Göttingen, Toronto: Verlag Hans Huber.

CLAUS ROESKE

**BEHANDLUNG SCHWERER  
JUGENDPSYCHIATRISCHER STÖRUNGEN  
MUSIKTHERAPIE ZWISCHEN MYTHOS UND MÖGLICHKEIT**

**TREATMENT OF SEVERE CHILD PSYCHIATRIC DISEASES  
MUSIC THERAPY BETWEEN MYTH AND POSSIBILITY**

In this article the author analysis the connection between the label “severe” and the concept of “psychiatric diseases”. He examines on which different communication levels the impression can arise, that a treatment is “difficult”, and also, which effect this may have on the process of music-therapy. In a simple model of therapeutic dialogue will be made a differentiation between a “solutioncontext” and a “problemcontext”. Then follows an examination of specific musictherapeutical activities according to this model. The focus lies especially on the difference between a “solution-orientated trance” and a “problem-orientated trance”. Thesis concerning the solution-orientation of musictherapy will be presented and discussed in the end.

In diesem Beitrag beschäftigt sich der Autor zunächst mit der Verknüpfung des Etikettes „schwer“ mit dem Begriffssystem der psychiatrischen Störungen. Er untersucht, auf welchen unterschiedlichen Kommunikationsebenen der Eindruck entstehen kann, daß eine Behandlung „schwer“ sei, und welche Auswirkungen dies auf den Therapieprozess haben kann. In einem einfachen Modell des therapeutischen Dialoges wird zwischen Problem- und Lösungskontext unterschieden. Musiktherapeutische Interventionsmöglichkeiten werden vor dem Hintergrund der vorgestellten Modelle untersucht und durch Fallvignetten erläutert. Schwerpunkt ist hierbei die Unterscheidung zwischen Problem- und Lösungstrance und die Konstruktion eines musiktherapeutischen Behandlungsauftrages. Zum Schluß werden Thesen zur Lösungsorientierung von Musiktherapie vorgestellt und diskutiert.

## **Einleitung**

Das Interesse an der Behandlung schwerer Störungen dürfte für eine relativ junge Fachdisziplin wie die Musiktherapie besonders groß sein. Zum Teil konnte man sich über die Behandlung schwerer Fälle überhaupt erst eine Existenzberechtigung erarbeiten und begründen, daß eine Auseinandersetzung mit Musiktherapie notwendig und wichtig sei. Auf der einen Seite kann es wünschenswert sein, daß Musiktherapie Nischen besetzen kann, die von anderen Fachdisziplinen nicht bearbeitet werden können. Auf der anderen Seite birgt dieser Prozeß große berufspolitische und persönliche Risiken. Selbstkritisch müssen wir hier anmerken, daß es uns bisher noch nicht gelungen ist, Musiktherapie exklusiv mit einem bestimmten Störungsbild zu

---

Vortrag beim 2<sup>nd</sup> World Congress of the World Council for Psychotherapy - Subsymposion Music Therapy, Juli 1999, Wien (überarbeitete Fassung)

verknüpfen. Es bleibt fraglich, ob dies überhaupt gelingen kann und erstrebenswert wäre. Abgesehen von diesem eher übergeordneten Interesse der Musiktherapie an schweren Störungen werden wir im klinischen und ambulanten Alltag ständig mit ihnen konfrontiert.

Das Adjektiv „schwer“ begreife ich in diesem Zusammenhang als eine Etikettierung, deren Begrifflichkeit nicht unbedingt mit der exakten Terminologie zusammenhängen muß. Das heißt konkret, nicht alles, was wir als „schwer“ in der Behandlung eines Falles ansehen, muß in die Kategorie der „schweren Störungen“ passen.

Im Folgenden möchte ich in einer prozesshaften Analyse unterschiedliche Kommunikationsebenen markieren, auf denen der Begriff „schwer“ entstehen und mit der Behandlung eines Patienten verknüpft werden kann.

Zugrunde gelegt wird hierbei ein systemisches Verständnis von Musiktherapie. Systemisches Verständnis bedeutet hierbei nicht, daß Musiktherapie eine Systemtherapie wird, bei der z.B. die Familie oder der soziale Kontext mit Hilfe von musiktherapeutischen Methoden mitbehandelt werden. Vielmehr möchte ich, daß systemische Sichtweisen als relevante Einflußfaktoren erkannt werden und selbst in einer Einzeltherapie Bedeutung erlangen können (vgl. Weiss und Haertel-Weiss, 1995). Diese Einflußfaktoren habe ich zu Begrifflichkeiten zusammengefaßt, die hier aus Gründen der Übersichtlichkeit untereinander angeführt sind. Günstiger wäre es, die Faktoren in einem Kreis anzuordnen und eine gegenseitige Vernetzung durch Verbindungslinien deutlich zu machen, da eine Veränderung in einem Einflußfaktor unweigerlich die Veränderung in allen anderen Faktoren nach sich zieht.

### **Faktoren, die in einer Musiktherapie zum Etikett „schwer“ führen können:**

- *Sozialer Kontext*  
Eltern oder Bezugspersonen befürchten negative Auswirkungen bei Veränderung durch die Musiktherapie, die Veränderungen gehen in eine andere Richtung als erwartet  
Klient, Eltern oder Bezugspersonen haben unterschiedliche Problem- bzw. Lösungsdefinitionen  
Bestimmte Probleme dürfen nicht benannt werden (Tabu)
- *Überweisungskontext*  
Vorangegangene gescheiterte Behandlungsversuche  
Schilderungen von Hoffnungslosigkeit durch Kollegen  
Überzogene Erwartungen des Überweisers

Unterschiedliche Erwartungen des Klienten und seines sozialen Umfeldes

- *Diagnosestellung*  
Krankheitsbild gehört zu den schweren Störungen  
Wissenschaftlich erwiesene schlechte Prognose  
Zu viele diagnostische Daten
- *Kooperationsbereitschaft*  
Geringe Motivation etwas zu verändern  
Fremdmotivation
- *Innere Bilder des Therapeuten*  
Persönliche Erfahrungen, die mit dem Fall in Verbindung gebracht werden
- *Art der musikalischen Kommunikation*  
Fremdartige musikalische Sozialisation  
Ungewohnter Musikgeschmack  
Unflexibles Verhalten bei Improvisation
- *Ziele und Wünsche des Klienten*  
Überhöhte, unrealistische Ziele  
Kontextfremde Erwartungen (z.B. Musikunterricht)  
Schlechte Verbalisationsfähigkeit und dadurch bedingt unklare Ziele
- *Arbeitsplatzkontext*  
Schlechte Arbeitsbedingungen  
Geringe Wertschätzung und wenig Kommunikation im Team  
Andere Arbeitsaufträge

Die hier genannten Unterpunkte sind nur beispielhaft, sie können beliebig ergänzt werden. Wichtig in der Praxis ist es Entscheidungen zu treffen, auf welcher Ebene Störungen bzw. Probleme auftauchen. Je nachdem, wo ein Problem angesiedelt wird, folgen nach dieser Problemdefinition unterschiedliche methodische Schritte. In der Praxis obliegen auch nicht immer alle Ebenen dem Einflußbereich eines Musiktherapeuten. Besonders bei Punkt 1 und 2 dürfte es Berufsalltag der Musiktherapeuten sein, daß sie zur Klärung hier auftauchender Störungen den Austausch mit Kollegen suchen müssen. Trotzdem erscheint es mir wichtig, vermutete Störungen auf irgendeiner der Kommunikationsebenen in der Musiktherapie anzusprechen und diese auch in Gegenwart des Patienten angemessen wertschätzend zu benennen. Ausnahme hierbei sind die Punkte: „innere Bilder des Therapeuten“, soweit es sich um lebensgeschichtliche, unverarbeitete Problemzonen handelt, und natürlich der Punkt „Arbeitsplatzkontext“. Auch muß man sich immer bewußt machen, daß die direkten musiktherapeutischen Methoden zum Teil ungeeignet er-

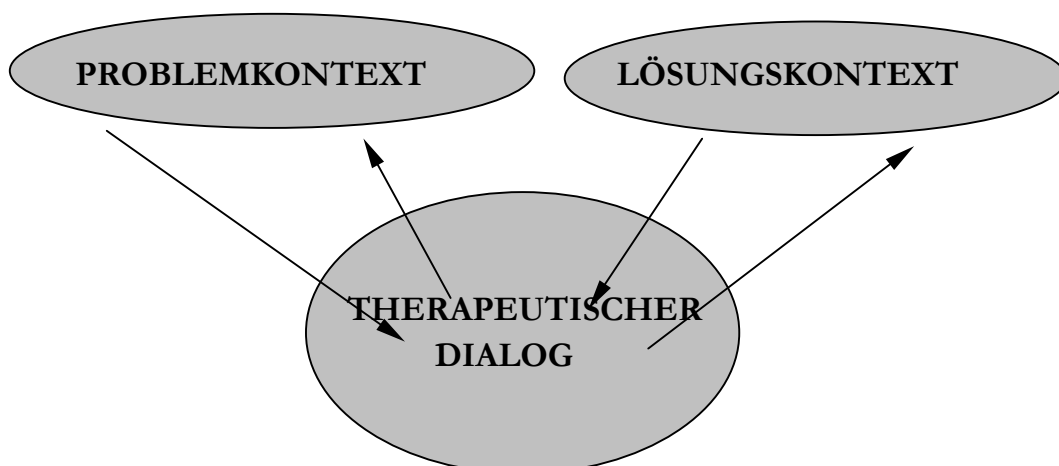
scheinen, bestimmte Punkte zu klären. Zum Beispiel kann eine Störung bei der Kooperationsbereitschaft oder Motivation des Klienten nicht unbedingt durch eine Vielzahl von interessanten, wohl überlegten Improvisationsvorschlägen ausgeglichen werden, sondern bedarf eines klärenden Gespräches über Motivation, innere Zielsetzung und Möglichkeiten der Musiktherapie.

### Fallbeispiel

Ein Patient kommt zur zweiten Sitzung der Musiktherapie. Gleich am Anfang der Sitzung sagt er mir, daß er überhaupt nicht wisse, wie ihm mit Musik bei der Lösung seiner Probleme geholfen werden könne. Es handelt sich um einen 16-jährigen Jugendlichen, der wegen aggressiver Verhaltensauffälligkeit und Einkotens in die Klinik gekommen ist. In der ersten Sitzung hatte er nur etwas von den aggressiven Verhaltensproblemen erzählt. Beim Vorschlag, eine Improvisation zu machen, wirkt er mürrisch. Wiederholt stellt er die Frage: „Und, was soll denn das bringen?“. Ich erzähle ihm schließlich, daß ich im Einweisungsbrief gelesen hätte, daß er auch wegen Einkotens hier sei. Ich frage ihn auch, ob er deshalb an der Wirksamkeit von Musiktherapie zweifle, weil er glaube, daß ich nicht sein eigentliches Problem kenne. Er wird rot, sagt aber, daß ich recht habe. Er hätte sich in der ersten Sitzung nicht getraut von seinem Problem zu erzählen, was ich sehr verständlich finde. Anschließend sprechen wir noch länger über Auswirkungen und Belastungen des Einkotens. In den folgenden Sitzungen wirkt der Patient deutlich motivierter. Er entdeckt freie Improvisationen als eine Möglichkeit Spaß, Lebensfreude und unbelasteten Kontakt zu erleben.

Im Folgenden möchte ich ein einfaches Modell des therapeutischen Dialoges vorstellen, bei dem besonders zwei unterschiedliche therapeutische Herangehensweisen fokussiert werden.

Abb. Modell des therapeutischen Dialoges



Das ganze Geschehen in einer Therapiesitzung, also auch das Musikmachen kann dem einen oder anderem Kontext zugeordnet werden. Ein Kontext beinhaltet alle ex- und impliziten Vereinbarungen zwischen den Partnern der therapeutischen Kommunikation. In der Systemtheorie spricht man auch von unterschiedlichen Sichtweisen. Je nachdem, in welchem Kontext eine Improvisation betrachtet wird, können völlig unterschiedliche Sinnzusammenhänge konstruiert werden. Von allen Partnern der Kommunikation kann dieser Prozeß aktiv gestaltet werden. Beide Kontexte haben ihre Charakteristika:

*Problemkontext*

- Fokussierung der Problemgeschichte des Klienten
- Untermauern der Diagnostik durch Beschreiben der Improvisationen
- Hervorheben von Defiziten, die in der Musik oder im musikalischen Verhalten auftauchen
- Kritisches, zweifelndes Hinterfragen
- Defizitäres Selbsterleben und Beschreiben von Improvisationen
- Eingeschränkte musikalische Kommunikation

*Lösungskontext*

- Fokussierung zukünftiger oder gegenwärtiger Lösungen
- Aufzeigen von Therapiezielen oder Visionen durch ressourcenorientierte Beschreibung der Musik
- Hervorheben von Kompetenzen und Fähigkeiten, die in der Musik oder im musikalischen Verhalten auftauchen
- Wertschätzendes Fragen
- Erleben von Lösung, Wohlbefinden, Entlastung oder Lust bei Improvisationen
- Flexible musikalische Kommunikation

Auf der Ebene der therapeutischen Methodik können wir auch von „problemzentriert“ und „lösungszentriert“ sprechen. Problemzentriert meint in diesem Zusammenhang, daß durch bestimmte therapeutische Interventionen und Methoden das Problembewußtsein des Klienten geschärft bzw. völlig neu definiert werden kann. Lösungszentriert oder auch gebräuchlicher „lösungsorientiert“ meint, daß die therapeutischen Interventionen eher auf das Hervorheben von bereits vorhanden oder zukünftig phantasierten Lösungen gerichtet sind, das heißt, die Ressourcen und Kompetenzen des Patienten eher hervorgehoben werden sollen (vgl. de Shazer, S. 1989). Problemzentriert ist von der Tendenz her eher in der Vergangenheit, lö-

sungszentriert ist von der Tendenz her eher in der Gegenwart und Zukunft angesiedelt. In einer idealtypischen Therapie kommt Kommunikation in beiden Bereichen vor. Der therapeutische Fokus sollte locker von dem einen in den anderen Kontext schwenken können. Bei sogenannten „schweren“ Therapien ist davon auszugehen, daß die Kommunikation zu stark im Problemkontext stattfindet. Es gibt nun unterschiedliche therapeutische Interventionen, die zu dem einen oder anderen Kontext passen und eher eine Problemzentriertheit oder eine Lösungszentriertheit anregen.

Für die Musiktherapie ist von besonderem Interesse, welchen Beitrag die therapeutische Intervention der freien Improvisation zu dem einen oder anderen Kontext leisten kann.

Freie Improvisation habe ich deshalb ausgewählt, weil es sich hierbei um die bedeutendste methodische Entwicklung der Musiktherapie handelt. Ich gehe dabei davon aus, daß eine freie Improvisation an sich nicht dem einen oder anderen Kontext zuzuordnen ist. Ob eine Improvisation lösungs- oder problemzentriert wird, hängt in entscheidendem Maße zunächst vom Patienten selbst und der Grundhaltung des Therapeuten ab, sowie von der Kommunikation, die vor und nach der Improvisation stattfindet.

## Fallbeispiel

Martin ist ein 12-jähriger Junge. Die psychiatrische Diagnose lautet auf eine nicht näher bezeichnete emotionale Störung des Kindesalters (nach ICD-10: F 93.9) einhergehend mit erheblicher Selbstwertstörung und Unselbständigkeit sowie Probleme mit Bezug auf die Erziehung durch Erziehungsunsicherheit der Eltern (nach ICD-10: Z 62.8). Der Aufnahmearbeit bei Martin sind erhebliche Versagens- und Konzentrationsmängel in der Schule, seine zunehmende Außenseiterposition, seine erhebliche Unruhe und Zappeligkeit sowie sein schlechtes Hören auf die Gebote der Eltern. Sehr beklagt wird von den Eltern die große Angst Martins, etwas verkehrt zu machen bzw. etwas Neues auszuprobieren. Vorgestellt wird Martin auch mit dem Verdacht des hyperkinetischen Syndroms. Erste Behandlungsversuche aufgrund seiner Verhaltensauffälligkeiten hat es bereits im Kindergartenalter gegeben. Die Eltern können von einer Vielzahl therapeutischer oder heilpädagogischer Maßnahmen berichten. Martin selbst berichtet von sich, daß er „von der Rolle“ sei, er meint hiermit, daß er sich „keine zehn Sekunden“ konzentrieren könne, daß er keine Freunde habe, sehr unruhig sei und fast besessen Computer spiele. Bei einem früheren Behandlungsversuch hatte Martin über einen längeren Zeitraum Ritalin eingenommen. Dieses Medikament wurde auf Initiative der Lehrerin und der Eltern aber wieder abgesetzt, weil diese keine deutliche Verhaltensverbesserung beobach-



ten konnten. Martin selbst berichtet, daß er unbedingt Ritalin haben wolle. Er glaubt zu Beginn der Therapie, daß er sich ohne dieses Medikament nicht konzentrieren noch auf irgendeine Weise stillsitzen könne.

Von der ersten Stunde an zeigt Martin, daß er sehr viel Spaß beim Improvisieren hat. Er freut sich bei freien Improvisationen und zeigt hierbei sehr viel Kreativität und Experimentierfreude.

Nach dem Zufallsprinzip nehme ich manche Sitzungen mit der Videokamera auf.

In einer dieser aufgezeichneten Sitzungen wählt Martin als Instrument das Schlagzeug; die Therapeuten spielen Klavier und Congas. Martin nimmt die Schlagzeugsticks sehr zögerlich in die Hand. Es scheint, als ob er sie nicht „anpacken“ möchte. Der Schwerkraft folgend fallen sie fast von alleine zurück auf die Trommeln. Er setzt dabei so gut wie keine eigene Energie ein. Unentschlossen dreht und wendet er die Sticks, spielt leise und ohne klaren Rhythmus. Körperlich wirkt er wie in sich zusammengesackt und nutzt den großen Radius des Schlagzeuges kaum aus. Im Verlauf der Improvisation ändert Martin seine Spielweise. Er nimmt die Sticks fester in seine Hände, packt sie richtig an. Dabei öffnet er seine Arme und macht weite und fließende Bewegungen. Er vertieft sich in sein Spiel, das nun auch pulsierender und organischer wirkt. Auf seinem Gesicht kann man deutlich Spielfreude und Konzentration erkennen. Dabei nutzt er die Spielmöglichkeiten instrumental und auch dynamisch stärker aus. Kurzzeitig verfällt Martin nochmals in seine erste Spielhaltung, wird dann aber schnell wieder lockerer um dann über zwanzig Minuten frei und losgelöst zu spielen. Die Therapeuten begleiten sein Spiel stützend hauptsächlich mit ostinaten Rhythmen.

Nach der Improvisation erzählen wir Martin, daß uns aufgefallen sei, wie lange er sich konzentrieren könne. Zu einem späteren Zeitpunkt schauen wir das Video gemeinsam mit ihm an.

In dieser kleinen Fallvignette kann natürlich nicht die gesamte Therapie aufgezeigt werden. Deshalb sei hier nur erwähnt, daß auch intensive Familiengespräche und Sozialtherapie stattgefunden haben und Martin zusätzlich in Gruppentherapie war. Dies alles bleibt in diesem Zusammenhang unerwähnt. Auch möchte ich hier keine komplette Falldarstellung der Musiktherapie geben, sondern aufzuzeigen, wie der lösungsorientierte Umgang mit einer freien Improvisation zu einem kleinen Fortschritt in der Therapie führen kann.

Bei der Improvisation waren bei Martin deutlich zwei unterschiedliche Bewußtseinszustände oder Trancen zu beobachten. Zunächst befand er sich in einem Zustand, den ich hier „Problemtrance“ nenne. Erkennbar war dies besonders durch seine Schlägelhaltung und die Art seines Musizierens. Im Verlauf der Improvisation wird sein Spiel immer freier, seine Körperhaltung ändert sich, sie wird offener. Die-

sen Zustand nenne ich „Lösungstrance“. Im Verlauf geht er nach kurzer Zeit nochmals in eine „Problemtrance“, um dann bis zum Ende der 20-minütigen Improvisation in der „Lösungstrance“ zu verweilen.

Es ist deutlich geworden, daß die Musik bzw. das musikalische Verhalten Martins nach verschiedenen Richtungen hin interpretiert werden könnte. Martins Improvisation stand für mich deutlich in dem Kontext seiner Aussage, daß er „von der Rolle“ sei. Martin selbst hielt sich also für verrückt und zwar hauptsächlich deshalb, weil er sich "keine 10 Sekunden" konzentrieren könne. Martin hat in der Improvisation den offensichtlichen Gegenbeweis zu seinem negativen Weltbild geliefert.

In diesem Zusammenhang war es sehr wichtig, daß er dieses Anderssein in der Musik erleben konnte. Spielerisch wechselte er zwischen den beiden Trancen. Er wäre sicherlich für eine Botschaft, die man ihm einfach nur erzählt hätte, nicht erreichbar gewesen. Ganz offensichtlich machte Martin in den Improvisationen die Erfahrung, daß er sich konzentrieren, vertiefen und längere Zeit bei einer Sache bleiben konnte. Er fühlte sich dabei wohl und war sicher vor vermeintlichen Bedrohungen und Ängsten.

Freie Improvisationen bzw. Musikmachen oder -hören können als ideales Medium zur lösungs- bzw. zukunftsorientierten Arbeit angesehen werden. Hierzu möchte ich an dieser Stelle vier Thesen vorstellen, die dies unterstreichen.

### **Thesen zur Lösungsorientierung von Musiktherapie**

- In einer passenden Musik ist neben dem Erlebnispotential des Verstandenwerdens bzw. des sich Verständlichmachens, immer auch ein zukünftiger, visionärer, tröstender oder lösender Aspekt enthalten.
- Die Lösung von Problemen ist immer mit psychovegetativen Erlebnissen verknüpft. Diese „Lösungserlebnisse“ können alleine durch das Hören oder Spielen passender Musik ausgelöst werden.
- Die Botschaft von Musik ist immer multidimensional und uneindeutig. Bewußt wahrnehmbar bzw. beschreibbar sind immer nur Teilaspekte. Im therapeutischen Dialog ist es effektiv und ethisch vertretbar, die lösenden, tröstenden oder heilenden Aspekte hervorzuheben.
- Der lösungsorientierte Umgang mit Musik ist den meisten Menschen in ihrem Alltag vertraut. Es ist allgemeines Kulturgut, daß Musik zur Regulation psychovegetativer Spannungen, zur Unterstützung von Ekstase bzw. von Trance oder als Trostspender genutzt wird.

In seinem Buch „Jakob der Lügner“ läßt Jurek Becker die Hauptfigur ein Märchen erzählen, das ich hier ausschnittsweise wiedergeben möchte. Eine Prinzessin ist krank geworden, der König läßt alle Experten rufen, damit ihr geholfen werden möge. Keiner der Experten kennt ihre Krankheit. Schließlich sagt die Prinzessin, daß sie unbedingt eine Wolke bräuchte um gesund zu werden. Wieder läßt der König die weisen Männer seines Landes zusammenkommen und verkündet: „Demjenigen von euch weisen Männern, der meiner Tochter eine Wolke vom Himmel holt, gebe ich soviel Gold und Silber, wie auf den größten Wagen im ganzen Land passen!“. Die weisen Männer machen sich sofort an die Arbeit, kommen aber zu keinem brauchbaren Ergebnis, entwickeln statt dessen nur skurrile, undurchführbare Ideen. Die Prinzessin ißt keinen Bissen mehr, sie wird immer dünner.

„...Eines schönen Tages hat der Gärtnerjunge, mit dem die Prinzessin manchmal draußen gespielt hat, als sie noch ein gesundes Mädchen war, in den Palast rein geschaut, ob in irgendeiner Vase Blumen fehlen. Und dabei hat er sie in ihrem Bett liegen sehen, unter der Decke aus Seide und bleich wie Schnee. Die ganzen letzten Tage schon hatte er sich den Kopf zerbrochen, warum sie nicht mehr in den Garten kam, aber den Grund dafür wußte er nicht. Und deswegen hat er sie gefragt: „Was ist los mit dir, Prinzeßchen? Warum kommst du nicht mehr raus in die Sonne?“ Und da hat sie auch ihm gesagt, daß sie krank ist und nicht eher gesund wird, bis ihr jemand eine Wolke bringt. Der Gärtnerjunge hat ein bißchen nachgedacht, dann hat er gerufen: „Aber das ist doch ganz einfach, Prinzesschen!“ – „So, das ist ganz einfach?“, hat die Prinzessin verwundert gefragt. „Alle Weisen im Land zerbrechen sich umsonst die Köpfe, und du behauptest, das ist ganz einfach?“ – „Ja“, hat der Gärtnerjunge gesagt, „du mußt mir nur verraten, woraus eine Wolke ist“. Da hätte die Prinzessin fast lachen gemußt, wenn sie nicht so schwach gewesen wäre, sie hat geantwortet: „Was stellst du auch für dumme Fragen! Jedes Kind weiß, daß Wolken aus Watte sind“ – „Aha, und sagst du mir noch, wie groß eine Wolke ist?“ – „Nicht einmal das weißt du?“ hat sie sich gewundert. „Eine Wolke ist so groß wie mein Kissen. Das kannst du selber sehen, wenn du bloß den Vorhang zur Seite schiebst und zum Himmel blickst....“ (Jurek Becker)

Es dürfte klar sein, wie das Märchen in Jurek Beckers Buch ausgegangen ist: Der Gärtnerjunge hat ein entsprechendes Stück Watte geholt und die Prinzessin wurde wieder gesund.

Jurek Becker ist mit diesem Märchen die idealtypische Darstellung einer lösungsorientierten Therapie gelungen. Der Gärtnerjunge kann der Prinzessin helfen, weil er neugierig und unvoreingenommen fragen kann, er kooperiert mit der Patientin. Statt mit ihr die Vergangenheit zu bearbeiten, bespricht er mit ihr zielgerichtet, welche Phantasien sie zu ihrer Heilung habe und kommt dabei zu einer überraschenden

Lösung. Das Märchen an dieser Stelle hat aber noch eine andere Bedeutung. Als Musiktherapeut hätte ich Ihnen an dieser Stelle am liebsten eine Musik vorgespielt, die Sie in Ihrer Aufmerksamkeit weggeführt hätte in eine andere Gedankenwelt. Da das unmöglich in einem geschriebenen Artikel geht, habe ich nach einer anderen literarischen Form gesucht, bei der ein ähnlicher Effekt zu erwarten ist. Vielleicht haben sie als Leser über dieses Märchen amüsiert gelächelt, vielleicht haben sie sich über so einen Blödsinn geärgert, oder Sie haben auf einer anderen Ebene über das Vorherige nachgedacht.

### **Abschliessende Gedanken**

Für diesen Beitrag wurde der Untertitel „Musiktherapie zwischen Mythos und Möglichkeit“ gewählt. Ich denke, daß Musiktherapie eine Möglichkeit ist, mit schweren Störungen im Jugendalter zu arbeiten. Die meisten Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind therapiemotiviert, weil sie ein Interesse haben, etwas an ihrem Leiden zu ändern. Sie können sich verbal ausdrücken und sind in der Lage, wenn man sich ihnen wohlwollend und wertschätzend nähert, Fragen angemessen zu beantworten. Auch in einer Musiktherapie besteht die Möglichkeit, neugierig nachzufragen und potentielle Störungen des Therapieprozesses, welche die Arbeit erschweren, offen und auf eine angemessene Weise mit den Patienten zu klären.

Es gibt meines Erachtens keinen Grund, Musiktherapie zu mystifizieren. Alles, was in der Therapie geschieht, sollte erklärbar sein. Eine Spezialisierung von Musiktherapie auf bestimmte Krankheitsbilder, wie z.B. Frühstörungen, Psychosen oder Mutismus halte ich nicht für sinnvoll, da dies zu einer unzulässigen Einengung musiktherapeutischer Handlungsmöglichkeiten führen würde. Allerdings wäre es genauso fatal, Patienten abzulehnen, die sich verbal nicht ausdrücken können. Selbstverständlich ist Musiktherapie eine Methode der Wahl, wenn die Verbalisationsfähigkeit gering oder gar nicht vorhanden ist. Dies sollte aber nicht die einzige Indikation sein. Neben defizitären Beschreibungen sollte immer auch die Frage berücksichtigt werden, ob das Medium Musik eine Ressource darstellt. Eine einfache Fragestellung, wie: „Was glaubst Du (Was glauben Sie), was könnte bei Deiner (Ihrer) Therapie hilfreich sein?“ eröffnet manchmal neue unerwartete Wege. Oben wurde auf den Unterschied zwischen Problem – und Lösungskontext im Therapieverlauf hingewiesen. Analog sollte für Musiktherapie eine problemzentrierte und eine lösungszentrierte Indikationsstellung erarbeitet werden. Im therapeutischen Alltag bedeutet dies bei der Behandlung „schwerer Störungen“, daß man sich zu Beginn

einer Therapie immer fragen sollte, ob Musik Machen oder Hören ein geeignetes Medium für diesen speziellen Menschen darstellt.

Die Auseinandersetzung mit systemischen bzw. lösungsorientierten Ansätzen in der Musiktherapie erscheint notwendig um sich auf das heilende und lösende Potential von Musik zu besinnen. Hierbei sollte keine neue Musiktherapie entstehen (vgl. Roeske, 1999, S.148 f.), sondern die besondere Möglichkeit dieser Psychotherapiemethode aus einem anderen Blickwinkel hervorgehoben werden. Die Auseinandersetzung mit tiefenpsychologischen bzw. analytischen Konzepten hat der Musiktherapie sicherlich geholfen eine seriöse Methode zu werden. Leider ist hierbei manchmal der Blick für das Einfache, Naheliegende verloren gegangen. Sich mit den heilenden und lösenden Kräften von Musik zu beschäftigen ist schließlich der Ursprung aller musiktherapeutischen Bemühungen.

## Literatur

Becker, J. (1982). Jakob der Lügner. Frankfurt: Suhrkamp.

De Shazer, S. (1989). Der Dreh. Heidelberg: Carl Auer Verlag.

Roeske, C. (1999). Martin. Behandlung eines Jugendlichen mit Zwängen unter Einbeziehung systemisch – lösungsorientierter Ansätze. In Haffa-Schmidt, U., v. Moreau, D., Wölfl, A. (Hrsg.), Musiktherapie mit psychisch kranken Jugendlichen (S. 137 - 149). Göttingen: Vandenhoeck.

Weiss, T. und Haertel-Weiss, G. (1995): Familientherapie ohne Familien. München: Kösel.

**ROLAND WÖLFLE**

**DIE MACHT DER MUSIK  
ÜBER DIE EINBEZIEHUNG MUSIKTHERAPEUTISCHER ELEMENTE  
IN DIE INDIVIDUALPSYCHOLOGISCHE GRUPPENARBEIT**

**THE POWER OF MUSIC – ABOUT THE INTEGRATION OF MUSIC THERAPEU-  
TICAL ELEMENTS INTO PSYCHOTHERAPY**

To combine elements of creativity and art with psychotherapy is regarded useful in the treatment of children and adolescents. But in individual psychological literature there is only little information about using creative media, especially music. The contributions of Norbert Linke can be considered as the only connection to the present time. Having analysed relevant literature this report tries to confirm, that music therapeutical elements can well be integrated into an individualpsychologically orientated group setting. The first steps create a good approach to conflicts of roles and relationships, to the specific „lifestyle“ and to early childhood experiences, which can be analysed verbally afterwards. From Adlerian point of view the participants are able to feel their „creative power“, they can be „encouraged“ by successful new experiences and last but not least group improvisations can realise „common sense“ in many different ways.

Die Einbeziehung kreativer und künstlerischer Elemente in die Psychotherapie hat in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen einen hohen Stellenwert. In der individualpsychologischen Literatur finden sich heutzutage jedoch nur äußerst spärlich Arbeiten über den Einsatz kreativer Medien bei Erwachsenen. Die Beiträge von Norbert Linke erscheinen als die einzige Verbindung zur Gegenwart. Nach einer Analyse einschlägiger Literatur wird im Rahmen der gegenständlichen Arbeit aufzuzeigen versucht, dass sich musiktherapeutische Elemente gut in eine individualpsychologisch orientierte Gruppenarbeit integrieren lassen. Die ersten Schritte können einen guten Zugang zu Beziehungs- und Rollenkonflikten, zum individuellen „Lebensstil“ und zu frühkindlichen Erfahrungen schaffen, die anschließend verbal und analytisch aufgearbeitet werden. Aus adlerianischer Sicht können die Gruppenteilnehmer auf vielfältige Art ihre „schöpferische Kraft“ spüren, durch Erfolgserlebnisse „ermutigt“ werden und durch Gruppenimprovisationen „Gemeinschaftsgefühl“ erleben.

**Historische Bemerkungen – Freud, Adler, Jung**

Sigmund Freud, Alfred Adler und Carl Gustav Jung hatten recht unterschiedliche Zugänge und Einstellungen zu Musik und deren Anwendungen im psychotherapeutischen, psychosozialen und pädagogischen Feld. Über Freud schreibt Smeijsters, dass er Schwierigkeiten hatte, die Musik in Begriffen der Psychoanalyse zu fassen und nicht fähig war, aus der Musik Symbolisierungen von unbewussten Prozessen abzuleiten (1991, S. 16). An anderer Stelle verweist er darauf, dass Freud katharti-

---

Vortrag beim 2<sup>nd</sup> World Congress of the World Council for Psychotherapy – Subsymposion Music Therapy, Juli 1999, Wien (überarbeitete Fassung)

sche Behandlungsweisen als die Methode, um das Unterbewusste „auf eine gewalttätige Art und Weise“ bewusst zu machen, beschreibt (1991, S. 43). Als Person gilt Freud als unmusikalisch, Freud-Biograph Ernest Jones erwähnt eine „aversion to music“ (zit. nach Linke, 1981, S. 22). Er hielt sich auch selbst für unmusikalisch („I have no ears for music“), lehnte sich gegen das Klavierspiel seiner jüngeren Schwester auf und ließ keines seiner Kinder ein Instrument erlernen (ebd. S. 23).

Über C.G. Jung gibt es zu dieser Thematik unterschiedliche Zitate, die zumindest teilweise als abwertend verstanden werden können: So zitiert Linke Jung (1935), wonach u.a. Musiker „oft überhaupt nicht denken können, da sie ihr Gehirn niemals bewusst einsetzen“ (ebd. S. 22). Jung soll aber im Gegensatz zu Freud zumindest eine ambivalente Einstellung zu Musik gehabt haben und er hätte sich u.a. deshalb nicht systematisch mit Musik befasst, weil ihn dies „erschöpfte und irritierte“ (Bunt, 1998, S. 44). In seiner praktischen Arbeit animierte er Patientinnen und Patienten häufig zu schöpferisch-kreativer Darstellung ihrer Träume und Phantasien. Über Musik sagte er auch, sie enthalte „so tiefes archetypisches Material, und die Ausübenden nehmen dies nicht wahr!“ und Musik müsse „ein wesentlicher Bestandteil einer jeden Analyse sein“. Sie gelangt zu tiefem archetypischen Material, zu dem wir in unserer analytischen Arbeit mit Patienten nur selten gelangen“ (Jensen, 1982, zit. nach Bunt, 1998, S. 47).

Adler scheint im Gegensatz zu Freud und Jung einen viel offeneren und positiven Zugang zu Musik gehabt haben. Er sang gerne, z.B. Schubertlieder, engagierte sich für Musikunterricht, sammelte zahlreiche Musikpädagogen um sich, bezog sich häufig auf Komponisten, verwendete in seinen psychologischen Schriften Musikbegriffe („Leitmotiv“, „Grundton“, „Melodie“), verglich Individualpsychologen mit musikalischen Menschen (Training von Wahrnehmung und Einfühlung) und grenzte seine Lehre von „unmusikalischen“ Wissenschaften ab (zit. nach Linke, 1981, 1983 und 1985). Nach Adler ist der wichtigste Bestandteil einer Therapie, das neurotische System und den Lebensplan des Patienten aufzudecken. Einsicht und Verständnis dafür „erwirbt man am besten durch die künstlerische Versenkung, durch intuitive Einfühlung in das Wesen des Patienten“ (Adler, 1994, S. 58).

### **Veröffentlichungen zu Musik, Musikpädagogik und verwandten Gebieten in der Individualpsychologie**

In der Individualpsychologie verdanken wir den Literaturstudien Norbert Linkes (1981, 1983 und 1985) einen Überblick über die vielschichtigen Arbeiten zu dieser Thematik. Alfred Adler (1870 – 1937) war 1911 der erste Dissident der Psychoanalyse und gründete mit seinen Mitarbeitern einen eigenen Verein, der seit 1913 Ver-

ein für (vergleichende) Individualpsychologie heißt. Der Name hat vor allem zwei Wurzeln. Zum einen wird in einem ganzheitlichen Menschenbild die Unteilbarkeit des Menschen (lat. „in-dividere“ – „nicht teilen“) dokumentiert, zum anderen betont Adler, dass jeder Mensch seinen eigenen individuellen Weg geht und dass das Heil des einen für einen anderen durchaus ein Unglück sein kann.

Seit 1914 erschien die „Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie“. Schon in der ersten Ausgabe finden sich zwei Artikel zum Thema Musik, etwa von Erwin Wexberg: „Musikalische Symbole als Ausdrucksbewegungen des Hörers“. Bis 1937 haben sich über 50 Autoren mit Musik und verwandten Themen beschäftigt. Ein roter Faden im Werk Alfred Adlers sind die drei Lebensaufgaben „Liebe, Arbeit und Gemeinschaft“. Gegen Ende seines Lebens stellte er die „Stellung zur Kunst“ als vierte Lebensaufgabe zur Diskussion.

Mehrere Individualpsychologen haben sich in Wissenschaft, Theorie und Praxis zu Musik und v.a. zu Musikpädagogik einen Namen gemacht, vor allem Leonhard Deutsch (1888 – 1952) und Heinrich Jacoby (1889 – 1964).

Leonhard Deutsch war Musikerzieher in Wien, der 1930 seine „Individualpsychologisch begründete Musikdidaktik“ vorstellte. Er bemühte sich darum, eine Methode zu entwickeln, die es nicht nur den Talentierten und Begabten ermöglichen sollte, ein Instrument zu erlernen. Förderung und Ausbildung von Musikalität sollte ein allgemeines Ziel sein. Jeder könne musizieren, amateurhaftes Spiel sei die Vorstufe zu jeglichem intensiven Musikverständnis. Musik gilt als eine „ideale Betätigung“, dient zur Charakterbildung und hat somit eine wichtige soziale Funktion (Linke, 1981, S. 92).

Heinrich Jacoby war ebenfalls Musikerzieher und Schulmusiker. 1922 erschien sein Aufsatz „Grundlagen einer schöpferischen Musikerziehung“. Er schrieb dem Erleben und den gefühlsmäßigen Orientierungspunkten einen hohen Stellenwert zu. Vermeintlich Unmusikalische würden Klänge genauso unmittelbar wie „Musikalische“ erleben. Musik ermögliche eine spontane Gefühlswahrnehmung, ein intensives „Miterleben“ und unterstütze die Fähigkeit, in sich hineinhorchen zu können. Musik dürfe nicht immer nur als Kunst aufgefasst werden. Musik solle zur „Befreiung schöpferischer Kräfte“ dienen (Linke, 1981, S. 103 ff.).

Nach all diesen regen wissenschaftlichen und pädagogischen Aktivitäten in der Vorkriegszeit ebte das Interesse von Individualpsychologen an Gegenständen Musik, Musiktheorie oder Musikpädagogik ab, in der „Zeitschrift für Individualpsychologie“, die seit 1976 erscheint, ist keine Arbeit zu diesen Themen erschienen, abgesehen von Norbert Linke „Musik in der Individualpsychologie“ (1983). Nachdem einerseits in den letzten Jahren vereinzelt Musiktherapeuten oder Musiktherapeutinnen zusätzlich individualpsychologische Psychotherapieausbildungen absolviert oder damit begonnen haben, andererseits ausgebildete Psychotherapeuten und Psycho-



therapeutinnen zunehmend nonverbale und kreative Methoden wie musiktherapeutische Techniken in ihre Arbeit integrieren, mag es gelingen, an alte Traditionen wieder anzuschließen. Trotzdem gilt nach wie vor das Wort Norbert Linkes, wonach „die individualpsychologische Musiktherapie noch der Erschließung harrt“ (Linke, 1985).

Von den neueren Publikationen individualpsychologischer Herkunft möchte ich vor allem auf Dorothea Oberegelsbacher (1997) verweisen, die musiktherapeutisches Improvisieren als eine *via regia* für analytisch orientiertes Arbeiten bezeichnet und Bezüge zur Individualpsychologie herstellt.

## Grundzüge der Individualpsychologie

Die Individualpsychologie ist eine tiefenpsychologische Schule und richtet ihre Aufmerksamkeit auf unbewusste Strategien in der Bewältigung der Lebensaufgaben. Das Verhältnis zur Psychoanalyse war durch die feindselige Abgrenzung und Ausgrenzung in der Vorkriegszeit sehr getrübt, heute ist dies nicht mehr so, da beiden Schulen bewusst ist, dass es viel mehr Gemeinsames als Trennendes gibt. Auch in der Individualpsychologie haben frühkindlich erworbene Muster der Beziehungen zum Selbst und zu den Objekten einen hohen Stellenwert, in der individualpsychologischen Analyse kommen die Konzepte von Übertragung und Gegenübertragung und viele technische Aspekte ebenso zur Anwendung wie in der Psychoanalyse.

Wofür steht nun aber die Individualpsychologie? Adler betrachtete seine Schule vor allem als eine soziale Bewegung, die viel mehr Anliegen hat als die Psychotherapie, nämlich auch Schulpädagogik, Erziehungsberatung oder Sozialpolitik mit basisdemokratischen Ansätzen. Für Adler ist entscheidend, dass alle Menschen - Gesunde und Kranke - in ihrer Kindheit gegenüber Erwachsenen oder anderen Kindern (Geschwister) regelmäßig Kränkungen, Benachteiligungen oder Unterdrückung erfahren („Minderwertigkeitskomplex“) und Zeit ihres Lebens versuchen, diese Minusgefühle in eine Plusituation zu verwandeln, und zwar im Sinne von geglückter Kompensation „auf der sozial nützlichen Seite des Lebens“ mit gutem und gesundem Selbstwertgefühl, oder im Sinne von Überlegenheitsgefühlen und offenem oder verdeckten Machtstreben durch auffälliges Verhalten, Anpassungsstörungen, neurotische Symptome, dissoziales Verhalten, Sucht und andere psychische Störungen. Adler betonte, dass auch soziale Aspekte zu einem Minderwertigkeitsgefühl führen können, wobei er insbesondere auch die gesellschaftliche Benachteiligung von Mädchen und Frauen heftig kritisierte. Für Adler ist die Bewegung des Individuums „von unten nach oben“ das Kriterium der Entwicklung, den eingeschlagenen Weg bezeichnet er als „Lebensstil“, den zu verstehen eine vordringliche Aufgabe ist.

Verhalten ist immer zweckgerichtet, sodass nicht mit „warum“, gefragt wird, sondern mit „wozu (dient es)?“ Für die Absicherung des Selbstwertgefühls sind nicht objektive, sondern subjektive Aspekte bedeutsam. Die Dinge sind nicht so, wie es der Realität entspricht, sondern vielmehr so, wie jemand glaubt, dass sie sind. Somit entspringt jegliches Verhalten der Meinung, die die Betroffenen über sich und die Welt haben. Wahrnehmungen und Erfahrungen werden so eingefärbt und interpretiert, dass sie mit diesem persönlichen Weltbild in Einklang gebracht werden können („tendenziöse Apperzeption“). Symptome und Verhaltensstörungen sollen kompensatorisch dazu dienen, dass andere aufmerksam werden oder sie sollen ein Gefühl von Bedeutung, Überlegenheit oder Macht vermitteln. Zum Krankheitsgewinn gehört es auch, andere zu beschäftigen, vielleicht sogar zu beherrschen oder einen Lebensweg zu beschreiten, der vor Konflikten und der Gefahr von Niederlagen schützt. Dies geschieht teils bewusst, teils unbewusst: „Der Mensch weiß mehr, als er versteht“ (Adler, 1987, S. 22). Solchen und anderen pathologischen Entwicklungen stellt Adler das Ziel des „Gemeinschaftsgefühls“ gegenüber, ein Gesellschaftsmodell mit gegenseitiger Verantwortung, Mitbestimmung, Respekt und Kooperation. In diese Richtung sollen sich sämtliche therapeutischen Interventionen orientieren.

### **Zur Übersetzung individualpsychologischer Grundannahmen im musikalischen Ausdruck – Konzept einer Gruppentherapie**

Für das therapeutische Konzept standen im Vorfeld der Gruppentherapie folgende Überlegungen: Zunächst sollte versucht werden, aus spontanen oder geleiteten Einzel- und Gruppenimprovisationen auf die teils bewusst – teils unterbewusst intonierten und dadurch akustisch wahrnehmbaren Substrate der Individualpsychologie zu achten. Im Reflexionsprozess nach jeder Sequenz sollten die musikalisch-akustischen und emotionalen Wahrnehmungen verbalisiert werden. Dabei sollten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre freien Assoziationen zur Verfügung stellen, um für den Gruppenprozess auch eigene Anteile beizusteuern. Auf gruppenbezogene Querverbindungen im Feld von Übertragung und Gegenübertragung sollte geachtet werden, um anhand dieser Muster Rückschlüsse auf lebensstiltypische Interaktionen ziehen zu können. Neben den Improvisationen sollten auch rezeptive musiktherapeutische Elemente ihren Platz haben, insbesondere im Sinne von klanggeleiteten Entspannungsübungen und Phantasiereisen, um auch auf diese Weise unterbewusstes Material freisetzen zu können.

Durch die vielfältigen Beiträge aus Selbst- und Fremdwahrnehmung sollte den Betroffenen schließlich ein differenziertes Gesamtbild zur Verfügung gestellt wer-

den, um die aktuellen Beziehungs- und Konfliktfelder ganzheitlich und mehrdimensional erfassen und in ihrer Bedeutung für das eigene Verhalten verstehen zu können. Durch derartige Erkenntnisprozesse sollte es gelingen, den tieferen Sinn und Nutzen seines Handelns zu verstehen, im Sinne des individuellen Lebensstils zu erfassen, die Meinungen über sich und andere zu relativieren und alternative Verhaltensweisen auszuprobieren und einzutrainieren. Last but not least sollte die Gruppe als ein Ort gemeinschaftlichen Lebens und emotionalen Erlebens erfahren werden, insbesondere auch im Sinne der Freude über die eigene schöpferische Kraft und über bisher unbekannt gestalterische Fähigkeiten. Das improvisative Spiel der Einzelnen sollte durch die verschiedenen Beiträge zu einem einheitlichen Ganzen heranwachsen und sich schließlich als eigenständiges, unverwechselbares „Werk“ der Gruppe manifestieren. Auf diese Art und Weise sollte der abstrakte Begriff des Gemeinschaftsgefühls mit vielen seiner Facetten konkret erlebbar gemacht werden: „Psychotherapie ist eine Übung in Kooperation“ (Adler, zit. nach Ansbacher und Ansbacher, 1982, S. 317).

### **Einbettung der therapeutischen Kleingruppe in die stationäre Behandlung von Alkoholkranken**

Das Krankenhaus Stiftung Maria Ebene ist eines der fünf österreichischen Fachkrankenhäuser für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Standort ist das Bundesland Vorarlberg, ein Drittel der Patientinnen und Patienten stammen aus anderen österreichischen Bundesländern, Südtirol und dem benachbarten Ausland. Der überwiegende Teil der Klientel stammt aus ländlichen Regionen oder Kleinstädten. Es gibt 50 Therapieplätze, davon ein Viertel für Frauen. Die stationäre Therapie dauert üblicherweise acht Wochen und beinhaltet sowohl Entgiftung als auch Entwöhnung. Als psychiatrisches Krankenhaus wird es nervenfachärztlich geleitet. Das therapeutische Team ist multiprofessionell, besteht aus Ärztinnen und Ärzten, Pflegepersonen, Psychologinnen und Psychologen, Kreativtherapeutinnen sowie einer Sozialarbeiterin und einem Sozialarbeiter. Die Patientinnen und Patienten werden in Kernteams von fünfzehn bis zwanzig Personen aufgeteilt, die jeweils gleichzeitig zur Aufnahme kommen und die acht Wochen Therapiezeit gemeinsam verbringen („Kerngruppe“). Über fünf der acht Wochen werden diese Kerngruppen in psychotherapeutische Kleingruppen unterteilt, die aus sieben bis zehn Personen bestehen. Kleingruppen finden durchschnittlich drei Mal pro Woche zu 90 Minuten statt. Ein Kleingruppenzyklus umfasst somit 22,5 Stunden. Diese Gruppentherapie ist in ein Bündel von anderen therapeutischen Interventionen eingebettet, die einerseits medizinischer Natur sind (medikamentöse Entgiftung, Behandlungen von Begleit- und

Folgestörungen, physikalische Therapie, Akupunktur etc.), andererseits handelt es sich um psychotherapeutische Maßnahmen, Entspannungsverfahren, psychosoziale Interventionen (Angehörigenarbeit, Soziotherapie) sowie kreativtherapeutisches Arbeiten in den Werkstätten. Für Koordination und Planung ist ein Bezugstherapeut oder eine Bezugstherapeutin zuständig, wobei ausnahmslos eine abgeschlossene oder eine fortgeschrittene psychotherapeutische Ausbildung besteht.

Zum therapeutischen Setting gehörte in den im Folgenden beschriebenen Kleingruppen die Leitung durch einen Therapeuten und eine Kotherapeutin, die beide am Gruppengeschehen aktiv und beobachtend teilnahmen und somit den Prozess auch mitgestalteten. Dies entspricht der individualpsychologischen Auffassung, dass individualpsychologische Therapeuten – sofern sie nicht in einem analytischen Kontext arbeiten – aktiv vorgehen können, um sich als partnerschaftlich handelnde Personen anzubieten und um den therapeutischen Beziehungen Modellcharakter zu verleihen. Daraus ergeben sich Beziehungserfahrungen, die zwar im Therapieraum entstehen, deren authentischer und wirklichkeitsnaher Charakter sich hingegen gut in den Realraum übertragen lässt. Wenn ein Therapieziel „Gemeinschaftsgefühl“ heißen und Therapeuten Modellcharakter haben sollen, ist es in adlerianischem Sinne konsequent, sich der Ebene der Patientinnen und Patienten anzunähern und sich gleichwertig und gleichrangig in die Gruppengemeinschaft zu integrieren, um nicht eine randständig-beobachtende Position einzunehmen, die als Ausdruck eines Überlegenheitsgefühls gedeutet werden kann. Diese Einstellung beinhaltet die Botschaft: „Ich bin einer/eine wie ihr!“ und erleichtert es, eine Haltung einzunehmen, die es ermöglicht, „mit den Augen des Patienten zu sehen und mit den Ohren des Patienten zu hören“ (Adler, zit. nach Ansbacher und Ansbacher 1982, S. 317).

### **Zum Rahmen der Musiktherapie**

Für die musiktherapeutischen Elemente stehen zirka vierzig Instrumente zu Verfügung. Das Set setzt sich aus perkussiven Instrumenten, Kalimbas, Marimbas, Saiteninstrumenten, Flöten, Pfeifen, Schellen oder Glocken etc zusammen, aber auch aus Geräten, die dazu dienen, Geräusche zu erzeugen oder aus Instrumenten für Kinder. Für klanggeleitete Entspannungsübungen und Traumreisen steht unter anderem ein Monochord zur Verfügung.

Eine Teilnahme an einer therapeutischen Kleingruppe ist für alle Patientinnen und Patienten verpflichtend, wobei eine Auswahl entweder zwischen einer reinen Gesprächsgruppe oder der Gruppe, in die musiktherapeutische Elemente integriert werden, bestand.

Der Gruppenleiter ist hinsichtlich beruflicher Qualifikation Facharzt für Psychiatrie und Neurologie sowie individualpsychologischer Analytiker und somit Psychotherapeut nach dem Psychotherapiegesetz. Eine abgeschlossene musiktherapeutische Ausbildung besteht nicht, vielmehr wurden komplementär Seminare und Kurse besucht. Ein zusätzlicher Bezug zu nonverbalen Techniken besteht durch eine intensive Weiterbildung in einem körpertherapeutischen Verfahren. Die Cotherapeutin ist als Kreativtherapeutin angestellt und zudem im Bereich der Soziotherapie tätig.

## **Sequenzen und Fallvignetten aus der praktischen Arbeit**

In der Eröffnungsphase der Gruppentherapie bekommen alle Patientinnen und Patienten den Auftrag, sich ein Instrument auszusuchen, welches zu ihnen passt, um sich damit akustisch vorzustellen. Während dieser Vorstellung sollen sich die anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer zurücklehnen und auf eigene Gefühle und innere Bilder achten, welche sie dem Protagonisten zur Verfügung stellen. Dieser soll dann berichten, wie er die Beiträge der anderen aufgenommen hat und wie er sein eigenes Spiel interpretieren würde. In einem gemeinsamen Reflexionsprozess soll versucht werden, einen Fokus zu formulieren, an welchem im fortlaufenden Prozess weitergearbeitet werden soll. Die ersten fünf Fallvignetten, die exemplarisch ausgewählt wurden, beginnen mit der Eröffnungssequenz, die letzten beiden mit späteren Phasen. Dabei handelt es sich um zwei verschiedene Patientengruppen.

### **1. Zugang zu Trauer – Trost und Ermutigung durch die Gruppe**

Herr W. spielt bei seiner Vorstellung mit einem Schellenkranz, mit welchem er zunächst zaghaft, aber dann sehr konsequent einen einförmigen Rhythmus spielt: über lange Zeit sehr monoton und mechanisch, dann eine Unterbrechung, ein zaghafter neuerlicher Beginn, ein abgehacktes und schepperndes Spiel, das wiederum sehr lange dauert – nahezu schmerzhaft in seiner schrill-durchdringenden Monotonie. Schließlich verhallt das Schellengeräusch und die Gruppe verharrt lange in schweigsamer Betroffenheit. Herr R., 43 Jahre, um den es im Folgenden gehen wird, ist als angenommenes Kind in einer Bergbauernfamilie aufgewachsen und assoziiert eine Schafherde, die durch einen Gewittersturm gejagt wird. Die Schafe geraten in Angst und Panik an einen Abgrund, die meisten stürzen ab, was ihn selbst entsetzt und schockiert. Trost geben ihm die gelegentlich zu hörenden Klänge eines Windspiels, welches eine Mitpatientin auf ihren Knien hielt: „Es ist noch ein bisschen Leben da“. Es zeigt sich, dass Herr R. Gefühle von Trauer und Schmerz schlecht ertragen kann und Alkohol eingesetzt hat, um derartige Gefühle zu unterdrücken.

Durch das Spiel des Mitpatienten konnte er sich jedoch einer derartigen Atmosphäre nicht entziehen. Daraus resultieren Affekte von Wut und Ärger, die er vorwiegend auf den Gruppenleiter und auf die Methode, die er sehr entwertete, projiziert. Diese negative Übertragungskonstellation kann im Laufe des Prozesses bearbeitet werden und es zeigt sich, dass er aktuell die Gefühle von Angst und Verzweiflung, die durch eine Brustkrebserkrankung seiner Gattin entstanden waren, stark verdrängt hatte und bisher nicht in der Lage war, sich diesen zu stellen. Dies war auch eine wesentliche Funktion des Alkoholkonsums. Eine Folge dieser Abwehr war u.a. eine Distanzierung von Seiten der Gattin, die ihrerseits die Verleugnung ihrer Krankheit durch ihren Gatten nur schlecht ertrug. Im Gruppenprozess gelang es Herrn R., sich mit dieser schweren Thematik auseinander zu setzen. Dabei wurde er von den Mitpatientinnen und Mitpatienten sehr unterstützt. In einer späteren Gruppenstunde entwickelte sich die Idee, dass jeder und jede etwas spielen sollte, was Herrn R. trösten und ihm helfen könnte. Es war dies ein tiefgehender Moment, der Herrn R. sehr nahe ging, und er war gerührt und dankbar. Es gelang ihm, ein neues Verhältnis zu seiner Gattin herzustellen und mit ihr über ihre gemeinsamen Ängste und Nöte zu sprechen. Gegen Ende der Therapie hatte sie einen Operationstermin und gemäß der lokalen Verhältnisse hat sie eine gute Prognose. Hilfreich auf dem Weg, sich mit der inneren Not auseinander zu setzen und das Leid anzunehmen, war eine Sequenz mit einer Kalimba, die er sehr unsicher und ratlos spielte. Mehrere Gruppenmitglieder assoziierten einen Mann, der in einem Zimmer umhertappt, ohne einen Ausgang und einen Ausweg zu finden. Er konnte auch Aggression auf seine Gattin zulassen, als ein Mitpatient für sein Spiel ein Kinderinstrument auswählte. Er bezeichnet es als „Schnatterhammer“ und assoziierte es mit einer schimpfenden und unzufriedenen Frau. Mit dem Gefühl der verlorenen Familienharmonie und der Frage, ob er sich wieder werde einfügen können, beschäftigte er sich im Rahmen einer Tiefenentspannung mit dem Monochord. Bei der Improvisation zum Thema: „Wie können wir Herrn R. helfen?“, kamen ganz unterschiedliche Impulse. Zum einen wurde versucht, ihn aufzumuntern und mitzureißen, andere spielten ganz verhalten und leise, die Thematik „Tod und Sterben“ war deutlich zu spüren, etwa durch die Art und Weise, wie das Spiel mit einer Kokosrassel mit dem Schwenken eines Weihwasserkessels assoziiert wurde. Bei dieser Übung war Herr R. tief bewegt, ein kathartischer Effekt trat ein, er weinte und war danach erleichtert. Während er anfangs die Musiktherapie sehr abwertete („Krämerladen“), empfand er sie abschließend als hilfreich und wertvoll.

## **2. Machtdemonstrationen bei narzisstischer Persönlichkeitsstörung**

Herr F., 49 Jahre, Lkw-Fahrer, geschieden, Aggressionsdurchbrüche, vorbestraft (Körperverletzung), aufgewachsen in einer Alkoholikerfamilie, war in den 70er-

Jahren ein erfolgreicher Tanzmusiker. In der Vorstellungsrunde entscheidet er sich für Congas und trommelt einen Marschrhythmus, wobei einige Mitpatienten einsteigen und „mitmarschieren“, aber nur bis zu einem gewissen Punkt. Es findet ein Kampf um das Tempo statt, woraufhin ihn auch die anderen verlassen. Er spielt dann alleine und fühlt sich einsam. Er assoziiert spontan Trinksituationen, die es ihm erleichtert haben, diese dominante Rolle zu spielen, z.B. im Fasching, bei Feuerwehrfesten etc. Bearbeiten lassen sich auch Rebellion und ein Protestverhalten, etwa bei einer Gruppenimprovisation „Wintermusik“, wenn er eine Ocean-Drum auswählt, um damit ausgerechnet Meeresrauschen und Südseestimmung zu simulieren. Die Mitpatienten fühlen sich irritiert und provoziert. Eine ähnliche Situation wiederholt sich, als er an einer ruhigen Stelle einer Gruppenimprovisation einen aggressiven „Paukenschlag“ setzt, woraufhin alle erschrecken und aufhören. Aspekte der Machtausübung im Sinne von Überlegenheitsdemonstrationen und Beherrschung anderer können Herrn F. gespiegelt werden, ebenso wie seine offensichtliche Ignoranz und Arroganz. In einer vertrauten und stützenden Gruppensituation reagiert er zunächst überrascht und kann in einem zweiten Schritt diese Deutung auch annehmen. In einer späteren Übung spielt er leise auf einem Xylophon und kann sich in ein gemeinsames Ganzes besser einfügen. Sein narzisstisches Größen selbst kommt allerdings in einer späteren Entspannungsübung mit dem Monochord wieder zum Ausdruck: „Es ist eine weite und schöne grüne Landschaft, wie das Schlaraffenland, und alles gehört mir!“ Herrn F. kann durch diese Imagination sein Bedürfnis nach passiver oraler Versorgung gedeutet werden, was in seiner Suchtentwicklung eine wesentliche Rolle spielte. Am Abschluss des Gruppenprozesses stellt er fest, dass Integration angenehm sein kann. Er müsse nicht immer eine Führungsposition einnehmen und sich nicht ständig verantwortlich fühlen. Er könne den Dingen auch einmal ihren Lauf lassen und sich entspannt zurücklehnen. Im weiteren Gruppenprozess nahm er sich öfters zurück oder versuchte, seine Beiträge auf das Gruppengeschehen abzustimmen.

### 3. „Brav“ und „schlimm“

In einer anderen musiktherapeutischen Gruppe wählt eine überangepasste, sanftmütig erscheinenden Patientin, 45 Jahre, ein Kinderxylophon und spielt „Sah ein Knab' ein Röslein steh'n“. In der gemeinsamen Reflexion wird der Gegensatz zwischen der einschmeichelnden Melodie und dem teilweise brutalen Inhalt angesprochen. Plötzlich verändert sich die Patientin gegenüber ihrer sonst fast lieblichen Fassade: „Ich kann beißen, kratzen und spucken!“ Der Patientin gelang es, im Rahmen des weiteren Gruppenverlaufs auf musikalische Art und Weise einen besseren Zugang zu ihrer aggressiven Seite und zu Affekten wie Wut und Ärger zu finden,

was ihr sonst nur unter Alkohol gelungen war - dann aber unkontrolliert und destruktiv. Als nächsten Schritt konnte sie eine bessere Balance zwischen den Polen „liebes Mädchen“ sowie „aggressive Furie“ finden, wobei ihr der Zweck, den Alkohol in diesem Zusammenhang gespielt hatte, gut verdeutlicht werden konnte.

#### **4. Aufmerksamkeit durch Trotz und Rebellion, „männlicher Protest“**

Herr W., 21 Jahre, ist mit einer Familiensituation konfrontiert, in welcher nach seiner Auffassung sein 6-jähriger Stiefbruder bevorzugt wird. Aufgrund eines Kryptorchismus (Entwicklungsstörung des Hodens) bestehen ein Kleinwuchs und ein femininer Behaarungstyp. Er hat mehrere Behandlungen mit männlichen Geschlechtshormonen hinter sich. Alkohol hat u.a. dazu gedient, im Rahmen seiner Identitätsproblematik Verhaltensweisen auszuleben, die er als besonders männlich empfand. Dieses Verhalten wird von Adler auch als „männlicher Protest“ beschrieben. Das schon erwähnte Spiel mit dem „Schnatterhammer“ mobilisierte sehr rasch die Wut des Patienten auf seinen kleinen Bruder. Er selbst nahm dann ein Kinderxylophon, welches er förmlich traktierte, indem er laut und unkoordiniert spielte, auch neben die Metallplättchen aufs Holz schlug etc. Anhand dieses Spiels ließ sich gut verdeutlichen, wie Herr W. selbst durch lautes und störendes Verhalten die Familienmitglieder auf sich aufmerksam macht und die Zuwendung von seinem Bruder ablenkt. So wie er das aggressive Spiel auf dem Xylophon genoss, machte es ihm zu Hause auch Spaß „Radau“ zu machen. Hier hatte Alkohol eine wichtige, enthemmende Funktion, wenn er etwa in angetrunkenem Zustand mitten in der Nacht über eine halbe Stunde sein Moped vor dem Schlafzimmer der Eltern laufen ließ. In der Gruppe und insbesondere im Rahmen der Improvisationen gelang es ihm, von diesen provokativen Strategien abzusehen und zeigte eine Seite, in der er sich sehr gefühlsvoll auf andere einstellen konnte, insbesondere in Form von dialogischem und komplementärem Spiel. Von der Gruppe bekam er viele positive Feedbacks.

#### **5. Von allen geliebt werden wollen**

Herr G., 47 Jahre, bedient sich in der Vorstellungsrunde einer Marimba, die er sehr rhythmisch und staccatoartig spielt. Assoziationen aus der Gruppe sind: Baustelle, Fleiß, Dachstuhl, viele Leute nageln, dienstbarer Geist, der immer hin- und herhuscht. Die Mitpatienten, die seinen Beruf nicht kannten, sind überrascht, als er mitteilt, tatsächlich Zimmermann zu sein. Durch die Beiträge der Gruppenteilnehmer kommt Herr G. sehr rasch auf seinen Grundkonflikt: Er wolle es allen recht machen, was ihn überfordere und ihn in Stress bringe. Alkohol diene zur Erleichterung und zur Entspannung. Sein schlechtes Selbstwertgefühl versuche er durch Fleiß und Gefälligkeit zu kompensieren. Den zunehmenden inneren Druck und die



Verzweiflung kann er in einer späteren Übung („Ich und meine Sucht“) gut thematisieren. Er verwendet eine Conga und eine tibetanische Schelle, die er abwechselnd spielt. Die Intervalle werden immer kürzer und lauter. Die Trommel steht für den inneren und äußeren Druck, die Schelle für Alkohol, wobei die Exzesse immer schwerer und häufiger wurden. Im weiteren Prozess wird er sich darüber klar, dass er mehr auf sich und seine Bedürfnisse achten muss und nicht nur danach trachten soll, sich möglichst optimal an die Bedürfnisse anderer anzupassen. Im Übungsfeld der musikalischen Improvisation gelingt es ihm, sich gegenüber dem schon erwähnten sehr dominanten Herrn F. durchzusetzen. Als dieser in einer spontan entstandenen Rhythmusimprovisation mit seinem schon bekannten finalen Paukenschlag ein Ende machen möchte – gerade als das Spiel sehr lustvoll ist und vielen offensichtlich Spaß macht – spielt Herr G. weiter und kann zumindest einige gewinnen, es mit ihm gleichzutun. Die Rivalität zwischen diesen beiden Männern kann dann offen diskutiert werden und sie finden einen Kompromiss: „Jeder soll einmal den Ton angeben“.

## 6. Ängste, Unsicherheit und Entsetzen über sich selbst

Frau H., 42 Jahre, Opfer sexuellen Missbrauchs und erfüllt von Gewalterfahrungen in der Kindheit, war mit einem um 20 Jahre älteren Mann verheiratet, der ebenfalls gewalttätig war und vor neun Jahren verstorben ist. Sie betrachtet die Therapie als eine Übergangszeit, ohne konkrete Zukunftsperspektiven zu haben. Sie möchte zuerst einmal alkoholabstinent werden, um dann für neue Entwicklungen frei zu sein. Ihr wichtigstes Ziel für den stationären Aufenthalt ist, sich in ihrer Alkoholkrankheit besser zu verstehen. Ein erster entscheidender Moment ist für sie schon die anfängliche Vorstellung, in welcher sie die Ocean-Drum verwendet. Es ist ein langes, wellenhaftes, aufwallendes und abebbendes Rauschen. Durch die Assoziationen der anderen wird ihr deutlich, wie sie Alkohol als Fluchtmittel eingesetzt hat, um „abtauchen“ zu können. Gleichzeitig ist sie den Kräften der Strömung wehrlos ausgesetzt und droht, in den Gewalten des Meeres zu ertrinken: „Ich verschwinde unter der Oberfläche, sinke in die Tiefe, ich werde von einer Alkoholwelle überschwappt, von einem ganzen Hektoliter, ich kann nicht entkommen, ich werde immer wieder zurückgezogen“. In der Folge spürt sie, wie sie dadurch gelähmt war, dass sie noch nie mit jemanden darüber gesprochen hat, dass sie von ihrem Gatten misshandelt wurde und wie es Erleichterung schafft, dies auch jetzt noch – neun Jahre nach dessen Tod – zu tun. Eine zweite entscheidende Situation, die ihr geholfen hat, sich ganzheitlich besser zu verstehen, war die Übung „ gespielter Rausch“. Während die meisten Gruppenteilnehmerinnen und –teilnehmer sich zu einer ekstatisch-exzessiven Klimax aufschaukelten und dies sehr lustvoll erlebten, war Frau H. ganz verstört und erschüttert. Sie war erschreckt, da sie die Atmosphäre als sehr

aggressiv erlebte. Dies eröffnete u.a. die Möglichkeit, einen der adlerianischen Grundbegriffe zu erörtern, nämlich den der „tendenziösen Apperzeption“, wonach ein und das selbe Geschehen von verschiedenen Personen ganz unterschiedlich erlebt werden kann – in Übereinstimmung mit dem individuellen Lebensstil. Im Gegensatz zu den meisten anderen Akteuren erlebte sie die Situation als bedrohlich, gleichzeitig war sie auch betroffen darüber, dass sie in Zuständen der Berausung selbst auch so war. Auch wenn sie im Gruppenprozess keine konkreten Lösungsmöglichkeiten erarbeiten konnte, gewann sie an Selbstvertrauen und war sich hinsichtlich der Motivation zu Alkoholabstinenz viel sicherer.

### **7. Freude und „flow“ durch gemeinsame Improvisation**

Im gemeinschaftlichen Improvisieren können Momente entstehen, die als freudvoll erlebt werden, in welchen sich die Lust am Spiel und an Kreativität offenbart, die von Glücksgefühlen durchströmt sind und die schließlich ein Gefühl von Zufriedenheit und Erfüllung hinterlassen. Herr W., 42 Jahre, gebürtig von einer englischen Kanalinsel und aus partnerschaftlichen Gründen nach Vorarlberg gekommen, ist von hünenhafter Gestalt, trägt wallendes, hüftlanges Haar und präsentiert sich durchdrungen vom Geist von Hardrock-Bands der 70er-Jahre. Eine Galionsfigur ist der Sänger Ozzy Osbourne, der gemeinsam mit seiner Band Black Sabbath für spezielle Bühnenshows bekannt war, die nach Ritualen von schwarzen Messen inszeniert wurden und der anlässlich von derartigen Konzerten auch einmal einer Fledermaus den Kopf abgebissen haben soll. Heute ist Ozzy Osbourne ein kranker Mann, schwerst gezeichnet durch Drogenkonsum und Alkoholexzesse. So erscheint Herr W. in der heutigen Zeit völlig deplatziert. Er lebt nach einer Scheidung isoliert in einer Arbeiterwohnung seiner Baufirma. Er ist zwar schon mit 17 Jahren nach Österreich gekommen, kann aber kaum deutsch. Er wirkt äußerst unbeholfen und seine mächtige Erscheinung kontrastiert eindrucklich mit seiner Unsicherheit und Hilflosigkeit. Er hat Schwierigkeiten, ein Instrument auch nur auszuwählen, geschweige denn ist er in der Lage, irgendetwas zu spielen – zumindest während der ersten Stunden. Im Rahmen einer Übung über Aggression gelingt es ihm erstmalig, sich der Gruppe verbal mitzuteilen. Er hätte schon als Jugendlicher massiv mit aggressiven Impulsen zu kämpfen gehabt, er hätte auch schon mit den Fäusten Mauern durchschlagen. Alkohol hätte dazu gedient, sich zu beruhigen und derartige Affektdurchbrüche zu verhindern. Er hätte sich immer davor gefürchtet, einmal jemanden umzubringen. Diese Themen sind stark schambesetzt. Er ist erleichtert, nachdem es ihm gelingt, sich in der Gruppe offen zu äußern und er findet allgemein Anteilnahme und Unterstützung. Er hat zu diesem Zeitpunkt eine Conga auf den Knien und teilt mit, dass er es sehr bedauere, keinen Rhythmus spielen zu können. Er wird dann gefragt, ob er sich nicht Unterstützung holen wolle. Er wählt eine

Mitpatientin aus, die ebenfalls Probleme hatte, einen gemeinsamen Rhythmus zu finden. Nach einiger Zeit des Probierens gelingt es dann beiden, sich zu finden, noch dazu in einem Triolen-Rhythmus, der die ganze Gruppe mitreißt, sodass einige spontan mitspielen. Das Gelingen dieses Unterfangens ist ein bewegender Moment, in der anschließenden Reflexion werden strömende Glücksgefühle beschrieben – ein typischer „flow“ (nach Csikszentmihalyi, 1998).

### **Gruppenthemen und ein abschließender Gedanke**

Die Themen der musiktherapeutischen Elemente wurden auf folgende Arten erarbeitet: erstens aus dem Konzept vorgegeben, z. B. Vorstellungsrunde oder Entspannungsübung, zweitens aus der Gruppendynamik, aber vom Gruppenleiter und der Coleiterin vorbereitet, drittens wurden sie spontan aus dem Gruppengeschehen entwickelt. Derartige Themen waren beispielsweise:

- Darstellung von Zwiespältigkeit
- „Wintermusik“
- gespielter Rausch
- „Einer gibt den Ton an und die anderen spielen mit“
- tröstende und ermutigende Musik bei Trauer – gespielt für einen Betroffenen
- Intonierung eines Rückfalls

Gerade letzteres Thema löst aus verschiedenen Gründen bei einzelnen Gruppenteilnehmerinnen und –teilnehmern Befremden und Überforderung aus. Eine Patientin teilt mit, sie könne gar nichts spielen, da sie sich einen Rückfall nicht vorstellen könne und hundertprozentig trocken bleiben werde. Dies erscheint als eine offensichtliche Verleugnung und Verweigerung gegenüber einer durchaus realistischen Eventualität. Darauf reagiert die Gruppe äußerst verwundert und irritiert und es entsteht eine lebhafte und kontroversielle Diskussion. Der schon erwähnte narzisstisch strukturierte Herr F. wiederum kann ebenfalls nicht spielen. Bei ihm ist es allerdings so, dass er einen Rückfall als hässlich erlebe und sich nicht vorstellen könne, nicht so schön zu spielen, dass es anderen nicht gefalle. In der sich daran anschließenden Reflexion gelingt es ihm, sich aus der Rolle des Entertainers zu lösen und zu erkennen, dass es in der Musiktherapie um etwas anderes geht: „Dann wäre es also wie wenn ich gedankenverloren irgendetwas nehme und damit spiele, wie ein Kind? So ganz aus dem Herz und nicht aus dem Hirn? So ganz aus dem Gefühl und ohne zu lügen?“

## Einige Konsequenzen aus der praktischen Arbeit

Mit diesen exemplarischen Beispielen aus Gruppentherapien im Rahmen einer stationären Suchtkrankenbehandlung wurde versucht, darzustellen, dass es gut möglich ist, einen tiefenpsychologisch-individualpsychologischen Ansatz mit musiktherapeutischen Elementen zu verbinden. Dabei war auf eindrucksvolle Weise ein konstruktiver Entwicklungsprozess feststellbar, sowohl bezogen auf die Gruppe als Ganzes als auch auf die einzelnen Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Die Zielsetzungen, einen besseren Zugang zu unterbewussten Vorgängen und zu verdrängten Konflikten zu finden, ließ sich sehr rasch erreichen. So konnten auch schon früh Grundkonflikte und individualpsychologische Deutungen formuliert werden, wodurch der Lebensstil mit seinen kompensatorischen Mechanismen gut verständlich gemacht werden konnte. In diese Reflexionen ließ sich auch die zweckgerichtete Bedeutung des Konsums von Alkohol und anderer psychotroper Substanzen erörtern. Im Vergleich mit rein verbalen Gruppentherapien war deutlich mehr Emotionalität spürbar, auch das gemeinsame Erlebnis im Rahmen der Improvisationen ging sehr tief. Dabei wurden sehr vielschichtige Emotionen manifest, von Schmerz und Verzweiflung bis zu Glück und Ekstase – auch ohne Alkohol und somit eine wertvolle Erfahrung. Erreicht wurde mit Sicherheit auch eine weitere Zielsetzung, nämlich die Aufmerksamkeit auf die anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer auszuweiten, deren Bedürfnisse zu erspüren, etwas zu geben und zu bekommen sowie zu experimentieren und zu probieren, um schließlich ganz im Sinne Alfred Adlers die Gemeinschaft als einen positiven Wert und als ein erstrebenswertes Ziel zu erkennen.

## Literatur

- Adler, A. (1984). *Der Sinn des Lebens*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Adler, A. (1994). *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Ansbacher, H., Ansbacher, R. (1982). *Die Individualpsychologie Alfred Adlers*. München: Reinhardt.
- Bunt, L. (1998). *Musiktherapie*. Weinheim: Beltz.
- Csikszentmihalyi M. (1998). *Flow. Das Geheimnis des Glücks*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Oberegelsbacher, D. (1997). *Musiktherapeutisches Improvisieren als Mittel der Verdeutlichung in der Psychotherapie*. In Fitzthum, E., Oberegelsbacher D., Storz, D. (Hrsg.), *Wiener Beiträge zur Musiktherapie*. (S. 42 – 66). Wien: Edition Präsens.

- Linke, N. (1981). Musik in der „sozialen Schule“. Wilhelmshaven: Heinrichshofen.
- Linke, N. (1983). Musik in der Individualpsychologie. Zeitschrift für Individualpsychologie, 8. Jg., S. 204 – 209.
- Linke, N. (1985). Musik. In Brunner, R., Kausen R., Titze, M. (Hrsg.) Wörterbuch der Individualpsychologie. München, Basel: Reinhardt.
- Smeijsters, H. (1991). Musiktherapie als Psychotherapie. Stuttgart: Fischer.

**ANGABEN ZU DEN AUTORINNEN**

**JOS DE BACKER, PROF.**

Musikstudium in Leuven (Belgien), Musiktherapiestudium in Wien (Österreich). Professor für Musiktherapie an der Hochschule für Wissenschaft und Kunst, Campus Lemmensinstitut (Leuven) und Leiter des Studienganges für Musiktherapie. Abteilungsleiter der Abteilung Musiktherapie an der Universität Kortenbergh, hier: Arbeit mit jungen psychotischen Patienten; ebenso Arbeit in freier Praxis. Vorsitzender der „Foundation Music and Therapy“. Präsident der Europäischen Musiktherapie-Gesellschaft (EMTC). Zur Zeit Forschungsarbeit im Rahmen des 'International PhD Programs in Music Therapy' an der Universität Aalborg, Dänemark.

Adresse: Eugeen De Bocklaan 27, B-2900 Schoten, Tel. und Fax: 0032-36445193, e-mail: jos.debacker@planetinternet.be

**HANS-HELMUT DECKER-VOIGT, PROF. PH.D., M.A.**

geb.1945 in Celle, Prof. Ph.D. (Dr.phil.) M.A., Psychologe, Musiktherapeut, Ausdruckstherapeut, Schriftsteller, seit 1990 Lehrstuhlinhaber für Musiktherapie und Direktor des Instituts für Musiktherapie der Hochschule für Musik und Theater Hamburg, seit 1998 Präsident der Akademie der Herbert von Karajan-Stiftung Berlin, Fachbuchautor zum Thema der Wechselbeziehung zwischen musikalischer Sozialisation und Persönlichkeitsentwicklung, Essayist, Erzähler und Kolumnist, Gründungsmitglied des Verbandes deutscher Schriftsteller (VS) 1971 mit Übersetzungen in das Japanische, Chinesische, Englische, Ungarische u.a. Gastprofessuren in USA, Japan, Taiwan, Ungarn.

Adresse: Harvestehuder Weg 12, D-2000 Hamburg 13, Tel.: 040/44195-554, Fax: 040/44195-666, e-mail: decker-voigt@rrz.uni-hamburg.de

**GABRIELE ENGERT-TIMMERMANN**

Diplom-Musikerin (Pianistin), Atemtherapeutin (AFA), Heilpraktikerin; Klavierstudium an der Hochschule für Musik in München; Examen in Klavier und Musikpädagogik; Unterrichtstätigkeit (Klavier, musikalische Früherziehung); seit 1988 Beschäftigung mit dem Didgeridu (Leitung von Bau- und Spielkursen); Aufführungen klassischer und experimenteller Musik; Selbsterfahrung mit Musiktherapie und bioenergetischer Analyse; Atemtherapie-Ausbildung bei Herta Richter (München); Lehrbeauftragte der „Berufsbegleitenden Weiterbildung Musiktherapie“ am Freien Musikzentrum München; freie Tätigkeit als Musikpädagogin und Atemtherapeutin.

Adresse: Oberwieserweg 5, D-82405 Wessobrunn, Tel. & Fax: 0049-8809-427, e-mail: g.timmermann@gmx.de

**ELENA FITZTHUM**

Musiktherapeutin (Wiener Ausbildung), Psychotherapeutin (Integrative Gestalttherapie, ÖAGG), Supervisorin (ÖBVP). Lehrtherapeutin für Einzel-Lehrtherapie an der Universität für Musik und Darstellende Kunst, Wien und dem FPI. Arbeit in freier psychotherapeutischer Praxis. Seit 1977 ununterbrochene Tätigkeit als Musiktherapeutin. Ar-

beitsschwerpunkte: Identitätsstörungen, Depressionen und Psychosomatosen, sowie Qualität und Qualitätssicherung psycho- und musiktherapeutischer Ausbildungen. Mitbegründerin des Wiener Instituts für Musiktherapie.

Adresse: Psychotherapeutische Praxis, A-1040 Wien, Schleifmühlgasse 7/19,

Tel.: 0043-1-5874664, Fax: 0043-1-5121059, e-mail: fitzthum@mdw.ac.at

**ISABELLE FROHNE-HAGEMANN, DR. PHIL.**

Integrative Musiktherapeutin (BVM), Fachbereichleiterin der postgradualen Weiterbildung in „Integrativer Musiktherapie“ und Lehrtherapeutin an der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit und Kreativitätsförderung (in der Trägerschaft des Fritz Perls Instituts), Weiterbildung in GIM (Guided Imagery and Music); Mitbegründerin des „Institutes für Musik, Imagination und Therapie“ (IMIT) in Berlin (e-mail: imit@aol.com); Lehrmusiktherapeutin an verschiedenen Hochschulen; approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, (Lehr)supervisorin (FPI), Heilpraktikerin, seit 1973 musiktherapeutische Tätigkeit mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in Institutionen und in freier Praxis, ferner Lehrmusiktherapie und Supervision für Studierende der Musiktherapie. Rege Lehr- und Kurstätigkeit im In- und Ausland. Zahlreiche Publikationen zur Musiktherapie.

Adresse: Rathenower Str. 29, D-12305 Berlin, Tel. & Fax: 0049-30-7436719

e-mail: ifrohne@aol.com

**PETER GATHMANN, UNIV. PROF. DR.MED**

Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Leitender Oberarzt der Psychosomatischen Station der Universitätsklinik für Psychiatrie Wien, Habilitation 1987, Univ.Prof. ebendort, Psychotherapeut, Lehranalytiker im Österreichischen Verein für Individualpsychologie und Lehrbeauftragter in der Musiktherapie-Ausbildung der Universität für Musik und darstellende Kunst Wien 1979 – 1999. Wissenschaftliche und populäre Publikationen.

Adresse: Leschetitzkygasse 50, A 1180 Wien; Tel.: 0043-1-4797957, Fax: 0043-1-40400-3560, <http://psy-som-server.com>; e-mail: peter.gathmann@univie.ac.at

**BARBARA GINDL, DR. PHIL.**

Psychologin, Psychotherapeutin SPV/VOPT (Schweizer Psychotherapieverband /Vereinigung Ostschweizer Psychotherapeuten), Musiktherapeutin SFMT (Schweizerischer Fachverband für Musiktherapie), Lehrmusiktherapeutin. Musiktherapieausbildung (Hochschule f. Musik u. darstellende Kunst Wien), Studium der Psychologie, Psychopathologie, Ethnologie (Universität Zürich). Weiterbildung und Lehranalysen in Analytischer Psychologie (C. G. Jung), Musik- und Körperpsychotherapie, Bioenergetischer Analyse und Therapie. Weiterbildung in Holotropem Atmen (Stanislaw Grof), Psychoenergetik (Peter Schellenbaum). Musik- und psychotherapeutische Tätigkeit in der Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie und mit lernbehinderten Jugendlichen. Seit 1994 eigene Praxis in Wil/Schweiz.

Adresse: Hofbergstrasse 6, CH-9500 Wil, Tel.: 0043/71/9111132,

e-mail: gindlb@swissonline.ch

**ULRIKE HAFFA-SCHMIDT**

Musiktherapeutin BVM (Berufsverband der Musiktherapeuten), Wiener Ausbildung und Heilpraktikerin. 1982-1992 Musiktherapeutin an der Kinder- und Jugendpsychiatrie Nürnberg. Mitherausgeberin des Buches "Musiktherapie mit psychisch kranken Jugendlichen" (1999). Seit 1991 Musiktherapeutin an der Klinik für Onkologie, Hämatologie und Knochenmarkstransplantation Nürnberg und seit 1994 Musiktherapeutin in freier Praxis.

Adresse: Nordring 178, D-90409 Nürnberg, Tel.: 0049-911-352747,  
e-mail: HaffaSchmidt@aol.com

**REGINA HALMER-STEIN**

Musiktherapeutin (Wiener Ausbildung), Psychotherapeutin (ÖBVP), 1983-1992: Musiktherapeutin im Psychiatrischen Krankenhaus Wien, 1992-1994: Musiktherapeutin in den Kindersozialdiensten und der Sonderschule in Klosterneuburg, 1995-1998 Musik- und Psychotherapie im Ambulatorium für Entwicklungsdiagnostik, seit 1999 in freier Praxis insbesondere mit Kindern und Behinderten tätig. Gründungsmitglied des Österreichischen Berufsverbandes der MusiktherapeutInnen und langjährig in berufspolitischen Bereichen aktiv, unter anderem als Austrian Coordinator in der Europäischen Musiktherapie-Gesellschaft (EMTC) und in der Arbeitsgruppe Musiktherapie der European Association for Psychotherapy (EAP).

Praxisadresse: Embelgasse 27, A-1050 Wien, Tel.: 0043-1-5485818, privat: Redtenbacher-gasse 78/16, A-1160 Wien, e-mail: regina.halmer@innonet.at

**SILKE JOCHIMS**

Musiktherapiestudium am Roehampton Institute of Higher Education in London (1982 – 1983), Dipl. Musiktherapeutin (BVM, APMT, EAP), Psychotherapie (HPG). Seit 1984 als klinische Musiktherapeutin in folgenden Arbeitsgebieten tätig: 1984 – 1988: medizinische Rehabilitation neurologischer Erkrankungen, Psychosomatik und Psychotherapie; 1990 – 1992: Psychosomatik und Psychotherapie; 1992 – 1995: Kinder- und Jugendpsychiatrie; seit 1995: Früh- und Langzeitphase bei Wach-Koma-Patienten. Freie Praxis. Seit 1997 Koordinatorin des „Arbeitskreises Musiktherapie“ in der European Association for Psychotherapy EAP.

Adresse: Claudiusring 4 i, D 23566 Lübeck, Tel./Fax: 0049-451-6110238 (p),  
e-mail: jochims-musik@gmx.de

**INGE KRITZER**

Musiktherapeutin, Dipl.-Sozialarbeiterin, Musikpädagogin, seit 1981 Lehrbeauftragte an der Universitäts-Gesamt-Hochschule Siegen (Lehrmusiktherapeutin, Supervisorin, (DGSV)). Seit 1998 Ausbildungsleiterin der musikalisch-therapeutischen Zusatzausbildung an der Universität Siegen in Kooperation mit Freien Trägern.

Adresse: Quellenweg 10, D- 57074 Siegen, Tel.: 0049-0271-64157, Fax: 6609512,



e-mail: Kritwo@aol.com

**GISELA LENZ**

Musiktherapeutin (Deutscher Berufsverband der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten), Atemtherapeutin, tätig in freier Praxis und als Lehrmusiktherapeutin in der Berufsbegleitenden Weiterbildung Musiktherapie am Freien Musikzentrum München. Musiktherapeutische Arbeitsschwerpunkte: Patienten mit neurotischen und Borderline-Störungen, Selbsterfahrung am Klavier, Mütter mit schwierigen Kleinkindern, Arbeit und Forschung zu frühen Interaktionsstörungen bei Schrei-Babies.

Adresse: Ismaningerstr. 108, D-81675 München, Tel.: 0049-89-98 47 13, Fax: 0049-40-360311 3402, e-mail: gmlenz@aol.com

**MARCO F. NAARDEN**

Musiktherapeut. Seit 1979 tätig in der „Dr. Henri van der Hoeven Klinik“ in den Niederlanden mit forensisch psychiatrischen Patienten. Seit 1982 als Präventions-therapeut in der ambulanten Abteilung „De Waag“ mit Straftätern. Dozent an der Forensisch-Psychiatrischen Ausbildungs-Anstalt „Forum Educatief“. Public Relations-Mitarbeiter der „Dr. Henri van der Hoeven Stichting“. Mitglied der Berufsfeld-Kommission der Hochschule für Creative Therapie Amersfoort. Mitglied der Berufsfeld-Kommission des Conservatoriums Rotterdam. Vorträge bei internationalen Kongressen in Europa, Kanada und Amerika.

Adresse: Dr. Henri van der Hoeven Kliniek, P.O.box 174, N-3500 AD Utrecht, Niederlande, Tel.: 0031-30-2758275, Fax: 0031-30-2758200, e-mail: naarden@wxs.nl

**DOROTHEA OBEREGELSBACHER, DR. PHIL.**

Musiktherapeutin (Wiener Ausbildung), Psychologin, Psychotherapeutin (Analytikerin im Österr. Verein f. Individualpsychologie). Musiktherapeutisch tätig seit 1981 u.a. bei geistiger Behinderung, in Rehabilitation und Psychosomatik. Psychotherapeutin in eigener Praxis seit 1993. Lehrtätigkeit an staatlichen und privaten Musiktherapie-Ausbildungen: Musikuniversität Wien seit 1989; University of Bristol (U.K.)/MusicSpaceItaly Bologna seit 2001, Centro Educazione Permanente Assisi seit 1992; Centro Studi e Formazione Bozen seit 2000. Wissenschaftliche Schwerpunkte: musiktherapeutische Theoriebildung, Forschung und Öffentlichkeitsarbeit in diversen Verbänden (ÖBM, EAP, WLP) sowie im Wiener Institut für Musiktherapie (Gründungsmitglied). Mitveranstaltung von Symposien, internationale Vorträge und Publikationen, u.a. im „Wörterbuch der Psychotherapie“ (2000), das Buch „Il Potere di Euterpe. Musicoterapia nell'ambito scolastico e con l'handicap“ (2002).

Praxisadresse: Tendlergasse 6/5, A-1090 Wien, Tel.: 0043-1-7991390, e-mail: oberegelsbacher@mdw.ac.at

**CLAUS ROESKE**

Dipl. Musiktherapeut, Studium in Heidelberg. Familientherapeut, Ausbildung bei der

Internationalen Gesellschaft für systemische Therapie in Heidelberg. Approbierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Berufserfahrung in: Erziehungsberatung, Kinder- und Jugendheimen, Erwachsenenpsychiatrie, arbeitet zur Zeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Klinikum Lippe- Detmold. Mitglied im Arbeitskreis für systemische und hypnotherapeutische Konzepte in der Musiktherapie. Zur Zeit in Ausbildung zum Supervisor an der Akademie Münster.

Adresse: Siegfriedstr. 12, D 32756 Detmold, Tel.: 0049-5231-34262 od. 724452, e-mail: claus.roeske@t-online.de

### **LILIT SIMONIAN**

Geb. 1968. Psychologin, Musikwissenschaftlerin und Komponistin. Wissenschaftliche Arbeitsschwerpunkte: Zahlreiche Publikationen in den Gebieten Musikwissenschaft, Psychologie und Musiktherapie, Vortragstätigkeit bei nationalen und internationalen Kongressen; Seit 1999 Dissertation zum Thema ‚Archetypen in der Musik‘; seit 2001 Dissertation zum Thema ‚Winterfestmusik des armenischen Volkes‘. Praktische Arbeitsschwerpunkte: 1997 – 1998 Gründung des Ausbildungszentrums für Musiktherapie in Theorie und Praxis am Konservatorium Erewan. Seit 1999 musiktherapeutische Arbeit am integrativen Kindergarten Erewan, 1999 – 2000 an der Republikanischen Kinder-Rehabilitationsklinik, seit 2001 an der Klinik für traditionelle Medizin.

Adresse: Erwand-Kochardstr. 5-13, 375070 Eriwan, Armenien,  
e-mail: atamazyan@usaid.gov

### **DOROTHEE STORZ**

Musiktherapeutin, Psychotherapeutin, Musikpädagogin. Musikstudium in Hannover, Musiktherapiestudium in Wien. Seit 1980 musiktherapeutisch tätig. Schwerpunkte: Arbeit mit Menschen mit Psychosen, Borderline-Störungen, schweren Persönlichkeitsstörungen. Seit 1982 Lehrtätigkeit an der Universität für Musik und Darstellende Kunst, Wien; Seminartätigkeit, Mitbegründerin des Österreichischen Berufsverbandes der MusiktherapeutInnen, Mitbegründerin des Wiener Instituts für Musiktherapie. Publikationen, u.a. im Wörterbuch der Psychotherapie (2000).

Adresse: Kettenbrückeng. 17/10, A-1050 Wien, Tel.& Fax: 0043-1-4869953, e-mail: storz@mdw.ac.at

### **HILDEMARIE STREICH, DR. PHIL.**

geb. 1921, Tiefenpsychologin, Musiktherapeutin und Musikwissenschaftlerin. Seit 1960 psychotherapeutisch und musiktherapeutisch tätig in eigener Praxis. Abgeschlossenes Studium der Schulmusik und Psychologie, musiktherapeutische Ausbildung bei dem Holländischen Musik- und Atemtherapeuten Cornelis Veening (1895-1976), Promotion in Musikwissenschaft und Psychologie (Hauptfach Tiefenpsychologie und diagnostische Psychologie). Eine abgeschlossene Jungsche lehr- und kontrollanalytische Ausbildung bei Frau Dr. K. Bügler und Herrn Dr. G. R. Heyer. Forschungsarbeiten zu „Musik und Psyche“ und „Vorkommen und Bedeutung musikalischer Motive im Traumgeschehen“. Zahlreiche Vorträge und Vorlesungen (Deutschland, England, Frankreich,

Luxemburg, Österreich) u.a. an C.-G.-Jung-Instituten der Schweiz, in Los Angeles und an den Eranos-Tagungen in Ascona. Tätigkeit in musiktherapeutischen Gremien: 1970 – 1981 im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Musiktherapie“ (DGMT), im Deutschen Berufsverband der Musiktherapeuten (DBVMT). 1979 – 1986 Redaktionsarbeit in der Zeitschrift Musiktherapeutische Umschau. Veröffentlichungen zu Forschungsarbeiten unter dem Namen H. Streich sowie Musik-Publikationen unter Hildemarie Peter. (vollständige Publikationsliste bei der Verfasserin).

Adresse: Preussenallee 38, D-14052 Berlin, Tel.: 0049-030-304 72 97

**TONIUS TIMMERMANN, DR.**

Diplompädagoge, Musiktherapeut (BVM), Psychotherapeut (HPG); Studium der Pädagogik mit Schwerpunkten Psychologie, Sozialarbeit, Musik; Ausbildung zum Musiktherapeuten in Wien; Fortbildung in Atemtherapie bei Herta Richter. Tätigkeit in Kliniken: Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Musikanthropologische und musiktherapeutische Forschung, Promotion zum Dr. rer. biol. hum. an der Universität Ulm, Medizinische Fakultät, Abteilung Psychotherapie (Prof. H. Kächele). Lehrbeauftragter der Universität München, der Universität für Musik und darstellende Kunst Wien, der „Berufsbegleitenden Ausbildung Musiktherapie“ (BAM) in Zürich; Leitung der „Berufsbegleitenden Weiterbildung Musiktherapie“ des Instituts für Musiktherapie am Freien Musikzentrum München. Freie Praxis in München und Wessobrunn. Buchautor. Adresse: Oberwieserweg 5, D-82405 Wessobrunn, Tel. & Fax: 0049-8809-427, e-mail: t.timmermann@gmx.de

**JAN VAN CAMP, PROF.**

Professor für Psychotherapie an der Hochschule für Wissenschaft und Kunst, Campus Lemmensinstitut (Leuven, Belgien) und Leiter des Studienganges für Musiktherapie. Psychotherapeut am Universitätszentrum St. Jozef, der Universität Kortenberg. Professor und Supervisor im Rahmen der Postgradualen Ausbildung für psychoanalytische Psychotherapie an der Katholischen Universität Leuven.

Adresse: Willem De Croylaan 27 bus 20, B-3001 Heverlee, Tel: 0032-2-7580723, e-mail: Jan.vancamp@med.kuleuven.ac.be

**ROLAND WÖLFLE, DR. MED**

Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Lehr- und Kontrollanalytiker im Österreichischen Verein für Individualpsychologie, Gruppenanalytiker, Stellvertretender Chefarzt am Krankenhaus Stiftung Maria Ebene, Frastanz. Arbeitsschwerpunkte: stationäre und ambulante psychiatrische sowie suchtherapeutische Patientenarbeit, tiefenpsychologische Einzel- und Gruppenpsychotherapie mit individualpsychologischem Schwerpunkt, teilweise unter Einbeziehung musiktherapeutischer Methoden.


Adresse: Krankenhaus Maria Ebene, A - 6820 Frastanz, Tel.: 05522/72747, Fax: DW – 60, e-mail: roland.woelfle@mariaebene.at

Fitzthum, Elena / Oberegelsbacher, Dorothea / Storz, Dorothee (Hg.)

## Wiener Beiträge zur Musiktherapie: Weltkongresse Wien Hamburg 1996

ISBN 3-7069-0020-3, Brosch., 23 x 16cm, 300 Seiten, öS 396,-/EUR 28,78/DM 56,30

Inhalt: Erika MÜLLER / Franz KEHL: Musiktherapie in Österreich, – ein Überblick aus der Sicht des Berufsverbandes (ÖBM) – Alexander PIRCHL: Musiktherapie in der Schweiz, eine kritische Betrachtung – Frauke SCHWAIBLMAIR: Musiktherapie in Deutschland – Dorothea OBeregelsbacher: Musiktherapeutisches Improvisieren als Mittel der Verdeutlichung in der Psychotherapie – Monika RENZ: Zwischen Urangst und Urvertrauen - Therapie früherer Störungen über Musik-, Symbol- und spirituelle Erfahrungen – Barbara GABRIEL / Siegfried BÖHM-ÖPPINGER: Unausgesprochen wirksam - Musiktherapie während und nach psychotischen Krisen innerhalb und außerhalb der Psychiatrie – Dorothee STORZ: Musiktherapeutische Methoden und Problemstellungen im Rahmen psychotherapeutischer Teamarbeit in einem psychiatrischen Krankenhaus – Ute GLENTZER: Wo war ich denn nur stehn geblieben? Musiktherapie für Menschen nach einem Schädel-Hirn-Trauma – Silke JOCHIMS: Emotionale Krankheitsverarbeitungsprozesse in der Frühphase erworbener zerebraler Läsionen – Inge BRACKE: Musiktherapie im Rahmen der Kinderonkologie – Hanna FAK / Brigitte SCHMIDTMAYR: Musiktherapie ohne Musik? Grenzen des Mediums Musik in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen – Elena FITZTHUM: Einzel-Lehrmusiktherapie im institutionellen Rahmen – Carlies LEITZINGER-MECHTLER: Problemstellungen bei Einzel-Lehrmusiktherapie in einer grundständigen staatlichen Ausbildung – Francesco PALMIROTTA: Erfahrungen in psychosomatischer Musiktherapie bei einigen pädiatrischen Erkrankungen – Gerhard K. TUCEK: Ausgewählte Teilaspekte der Altorientalischen Musiktherapie

Edition  Praesens

A-1170 Wien, Umlaufgasse 3  
<http://www.praesens.at/>

Österreichischer Berufsverband der MusiktherapeutInnen e.V. (Hg.):

Wiener Beiträge zur Musiktherapie, Band 2:  
Symposium „Bilder einer Landschaft“, Wien 1997

Projektteam: Hanna Fak, Heidi Huber, Johanna Wimmer-Illner

2000, ISBN 3-7069-0065-3, Brosch., 23 x 16cm, 236 Seiten, öS 396,-/EUR 28,78/DM 56,30

Inhalt: *Prolog*: Gertraud JOHAM: Zur Entwicklung der Wiener Musiktherapie – *Aus Berufsfeldern der musiktherapeutischen Landschaft*: Marion HENDLING: Musiktherapie bei belasteten schwangeren Frauen. Ein Projekt – Dorothea OBEREGELSBACHER / Andrea TOPITZ: Wege aus der Regression. Von der geglückten musiktherapeutischen und psychiatrischen Behandlung einer schizophrenen Frau – Alexander PIRCHL: Zwischen Prävention und Musiktherapie. Musiktherapie in der Schule – Elisabeth SEITZ: Irrwege und Auswege in der Gruppen-Musiktherapie mit frühgestörten jungen Erwachsenen – Hanna FAK: „Du Tante...“ Zum Rollenverständnis als Musiktherapeutin in der Kindertherapie – Regina HALMERSTEIN / Ulrike VALLASTER-PENZ: Musiktherapie in der Aus- und Fortbildung von Nicht-MusiktherapeutInnen – Elisabeth MARINGER: Musiktherapeutische Möglichkeiten bei Kindern mit aggressivem Verhalten; eine Ideenbörse – *Weiterführende Wege einer Theoriebildung der Musiktherapie*: Elisabeth BOCK: Dialog mit dem Körper – Barbara GINDL: Der Leib als „Resonanzkörper“ in der musiktherapeutischen Behandlung von frühgestörten und psychosomatisch kranken Menschen – Stella. MAYR: Lösungsorientierte Klangaufstellung; Ursprung, Setting, Durchführung, Anwendungsbereiche – Marianne MÜLLER: Der Prozess in der freien Musikimprovisation in der Gruppe – Sofia RUSSINOVA: Musikalisch-symbolische Ausdrucksweisen zum Thema „Seelische Schmerzen“ (Ergebnisse einer Untersuchung) – Johanna WIMMER-ILLNER: Möglichkeiten und Grenzen musiktherapeutischer Forschungsansätze am Beispiel einer kombinierten Prozeß-Erfolgsstudie sowie des phänomenologischen Ansatzes.