

E. FITZTHUM D. OBEREGELSBACHER D. STORZ (Hrsg.)

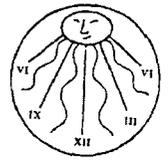
WIENER BEITRÄGE ZUR MUSIKTHERAPIE

WELTKONGRESSE WIEN HAMBURG 1996

Edition



Praesens



Wiener Beiträge zur Musiktherapie

Weltkongresse Wien Hamburg 1996

herausgegeben von

Elena Fitzthum
Dorothea Oberegelsbacher
Dorothee Storz

Edition Praesens
Wien 1997

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

**Wiener Beiträge zur Musiktherapie : Weltkongresse
Wien - Hamburg 1996 / E. Fitzthum ... - Wien: Ed.**

Praesens 1997

(Wiener Beiträge zur Musiktherapie ; Bd. 1)

ISBN 3-7069-0020-3)

Umschlaggestaltung: Edward Kranz

Gedruckt mit Förderung des
Bundesministeriums für Wissen-
schaft und Verkehr in Wien

Alle Rechte vorbehalten

© 1997 Edition Praesens
A-1170 Wien, Umlaufgasse 3

Inhalt

Vorwort.....	7
--------------	---

Zur beruflichen Situation im deutschsprachigen Raum

MÜLLER, E. / KEHL, F.: Musiktherapie in Österreich, ein Überblick aus der Sicht des Berufsverbandes (ÖBM).....	9
---	---

PIRCHL, A.: Musiktherapie in der Schweiz, eine kritische Betrachtung.....	22
--	----

SCHWAIBLMAIR, F.: Musiktherapie in Deutschland.....	31
---	----

Psychotherapeutisch orientierte Musiktherapie

OBeregelsbacher, D.: Musiktherapeutisches Improvisieren als Mittel der Verdeutlichung in der Psychotherapie.....	42
---	----

RENZ, M.: Urangst – Urvertrauen– Frühstörungen	67
--	----

GABRIEL, B. / BÖHM-ÖPPINGER, S.: Unausgesprochen wirksam – Musiktherapie während und nach psychotischen Krisen innerhalb und außerhalb der Psychiatrie	84
--	----

STORZ, D.: Musiktherapie im Rahmen psychotherapeutischer Teamarbeit in einem psychiatrischen Krankenhaus	101
---	-----

GLENTZER, U.: Wo war ich denn nur stehn geblieben? Musiktherapie für Menschen nach einem Schädel-Hirn-Trauma ..	123
--	-----

JOCHIMS, S.: Emotionale Krankheitsverarbeitungsprozesse in der Frühphase erworbener zerebraler Läsionen	138
--	-----

BRACKE, I.: Musiktherapie im Rahmen der Kinderonkologie.....	166
--	-----

FAK, H. / SCHMIDTMAYR, B.: Musiktherapie ohne Musik?
Grenzen des Mediums Musik in der Therapie mit Kindern
und Jugendlichen..... 183

Zur Ausbildung

FITZTHUM, E.: Einzel-Lehrmusiktherapie im institutionellen
Rahmen 193

LEITZINGER-MECHTLER, C.: Problemstellungen bei Einzel-
Lehrmusiktherapie in einer grundständigen staatlichen
Ausbildung 217

Andere Ansätze

PALMIROTTA, F.: Erfahrungen mit psychosomatischer
Musiktherapie bei einigen pädiatrischen Erkrankungen..... 224

TUCEK, G. K.: Ausgewählte Teilaspekte der Altorientalischen
Musiktherapie 235

Anhang

Angaben zu den AutorInnen 273

Abkürzungen 279

Vorwort

Im Jahr 1996 fanden zwei für die Musiktherapie bedeutende Weltkongresse statt: The 1st Congress of the World Council for Psychotherapy – Wien und The 2nd International Congress of the World Federation of Music Therapy – Hamburg.

Die positive Resonanz und der Wunsch, viele gehaltvolle Vorträge einem breiteren Publikum zugänglich zu machen, regten uns zu diesem Buch an. Gleichzeitig wird damit eine Lücke geschlossen zwischen jahrzehntelang existierender musiktherapeutischer Erfahrung in Österreich und verhältnismäßig wenig Veröffentlichungen zu praxisnahen Themen.

Das österreichische Psychotherapiegesetz von 1991 sowie erwähnte Weltkongresse haben eine neue Dynamik in die österreichische Musiktherapielandschaft gebracht. Die Musiktherapie in Österreich, welche seit dem Tod von Alfred Schmözl ihren wohl berühmtesten Botschafter verloren hat, befindet sich seit einigen Jahren im Umbruch. Sie lernt sich neu begreifen und sieht sich heute im Zusammenhang mit psychotherapeutischer Berufspolitik und psychotherapeutischen Entwicklungen. Dieser Umstand ermöglicht innerhalb der therapeutischen Berufsfelder einen fruchtbaren Dialog, der längst grenzüberschreitend geworden ist. Beispiel dieser neuen Vernetzung ist das European Certificate of Psychotherapy ECP, welches 1997 in Rom bei der 7. Generalversammlung der European Association of Psychotherapy EAP verabschiedet wurde. Die Zeit der Existenz von Musiktherapie als ärztlicher Hilfsberuf ist vorbei. Heute zeichnet sich ihre Gestalt auch als psychotherapeutisches Verfahren ab. Dieser Identitätswandel bedurfte langwieriger Vorbereitungen und konnte nicht von heute auf morgen vollzogen werden. Das große Erbe, am Ort der ältesten musiktherapeutischen Ausbildung Europas zu sein, verpflichtet uns in besonderer Weise – wie wir meinen – zur Wahrung und Weiterentwicklung von Qualität. Wir denken dabei mit Wertschätzung an viele KollegInnen, die alle ihren Beitrag zu dieser Entwicklung geleistet haben.

Jahrelanger Umgang mit verschiedensten therapeutischen Stilen und Grundorientierungen sowie mit den unterschiedlichsten klinischen Praxisfeldern haben zu einer Interdisziplinarität geführt, die

charakterisiert ist durch Toleranz, Integrationsfähigkeit und durch den Mut zu ständiger Erneuerung.

Identität kann auf Eigendefinition nicht verzichten. Es ist uns wichtig, daß in diesem Buch ausschließlich musiktherapeutisch qualifizierte und praktizierende MusiktherapeutInnen zu Wort kommen. Daneben gewähren die Gastbeiträge „Altorientalische Musiktherapie“ und „Psychosomatische Musiktherapie“ einen Einblick in fremde Musiktherapie-Landschaften.

Bislang wird die österreichische Musiktherapie hauptsächlich durch zwei Institutionen vertreten: durch den Österreichischen Berufsverband der MusiktherapeutInnen und die Hochschule für Musik und Darstellende Kunst, Wien. Wir hielten es für angebracht, das „Wiener Institut für Musiktherapie“ (WIM) zu gründen. Wir hoffen, damit die Musiktherapie in ihrer Eigenständigkeit zu beleben und die begonnene Annäherung an die Psychotherapie zu fördern.

Dieses Buch ist ein Lebenszeichen.

Wien, August 1997

Elena Fitzthum
Dorothea Oberegelsbacher
Dorothee Storz

Wir danken unseren KollegInnen im Österreichischen Berufsverband der MusiktherapeutInnen für ihr wohlwollendes Interesse an diesem Buch.

Musiktherapie in Österreich, ein Überblick aus der Sicht des Berufsverbandes (ÖBM)

Music Therapy in Austria — An Overview as seen by the Professional Association (ÖBM)

The article gives an overview of the condition of music therapy in Austria. This is mainly influenced by the Viennese training in music therapy at the Vienna University of Music and Performing Arts; this developed form of relational and process-oriented music therapy has a depth-psychological and humanistic background. The professional association is the Austrian Professional Association of Music Therapists (ÖBM). Information is given as to training, research, job description, job politics and range of work in Austria.

Der Artikel gibt einen Überblick über die Situation der Musiktherapie in Österreich. Diese ist im wesentlichen geprägt durch die in der Wiener Musiktherapieausbildung an der Hochschule für Musik und darstellende Kunst entwickelte Form von beziehungs- und prozeßorientierter Musiktherapie mit tiefenpsychologischem und humanistischem Hintergrund. Als Berufsvertretung fungiert der ÖBM, der Österreichische Berufsverband der MusiktherapeutInnen. Es wird über Ausbildung, Forschung, Berufsbild, Berufspolitik und Arbeitsbereiche der Musiktherapie in Österreich informiert.

Einleitung

Die Situation der Musiktherapie in Österreich ist im Wesentlichen durch die Entwicklung der seit über 35 Jahren bestehenden Hochschulausbildung in Wien geprägt: die meisten in Österreich tätigen MusiktherapeutInnen sind AbsolventInnen des „Lehrgangs/Kurzstudiums Musiktherapie“ an der Hochschule für Musik und darstellende Kunst in Wien. Der Arbeitsansatz der „Wiener Schule der Musiktherapie“ hat zudem auch im Ausland weitere Verbreitung

gefunden, da viele AbsolventInnen aus dem Ausland (z.B. Deutschland, Schweiz, Belgien, aber auch Japan, Island, USA u.a.) nach Abschluß ihrer Musiktherapieausbildung in Wien wieder in ihre Heimat zurückgekehrt sind und dort z.T. auch neue Ausbildungen aufgebaut haben oder als DozentInnen tätig sind.

Im Jahr 1984 erfolgte die Gründung des ÖBM, des Österreichischen Berufsverbandes der MusiktherapeutInnen, der die Aufgabe hat, die berufspolitischen Interessen der in Österreich tätigen MusiktherapeutInnen zu vertreten. Die Aufnahme in den Berufsverband erfolgt nach bestimmten Aufnahmekriterien, die ein hohes Niveau in der Qualität der Ausbildung seiner Mitglieder garantieren.

Der ÖBM vertritt nur MusiktherapeutInnen, deren Arbeitsweise dem Berufsbild einer beziehungs- und prozeßorientierten Musiktherapie mit tiefenpsychologischem und/oder humanistischem Hintergrund entspricht. Die nachfolgenden Ausführungen zu Ausbildung, Forschung, Berufsbild, Berufspolitik und Arbeitsbereichen beziehen sich auf diese Form von Musiktherapie.

Ausbildung

Die Geschichte der Musiktherapie in Österreich beginnt im Jahr 1958, als in Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Musikern die „Österreichische Gesellschaft für Musikheilkunde“ gegründet wurde. Verschiedene namhafte Experten in Psychiatrie, Psychopathologie und Musik waren in dieser Gesellschaft vertreten, z.B. Prof. Dr. Rett (Neuropädiatrie), Prof. Dr. Hoff (Universitätsklinik für Neurologie und Psychiatrie), Prof. H. Sittner (Direktor der damaligen Musikakademie) und Prof. E. Koffer-Ullrich (Violinistin).

Im Jahr 1959 entstand aus dieser Zusammenarbeit der „Sonderlehrgang für Musikheilkunde“ an der damaligen Akademie für Musik und darstellende Kunst in Wien. Leiterin dieses Lehrgangs war Prof. E. Koffer-Ullrich.

Im Jahr 1970 übernahm Prof. Alfred Schmözl die Leitung der nunmehr als „Lehrgang für Musiktherapie“ geführten Ausbildung.

In den folgenden 2 Jahrzehnten wurde das Ausbildungscurriculum sowohl im theoretischen als auch im praktischen Bereich mehr und mehr erweitert. Ein wichtiger Schwerpunkt war die interdis-

zipliniäre Zusammenarbeit mit Experten in Medizin, Psychologie und Psychotherapie, z.B. an der Universität Wien, den Universitätskliniken oder anderen Einrichtungen der medizinischen und psychosozialen Versorgung. Klinische Praktika waren in den Bereichen Neuropädiatrie, Psychosomatik und Psychiatrie (Akut-, Langzeit-, Geronto-, Behinderten- und Sozialpsychiatrie) eingerichtet.

Von Prof. Schmölz entwickelte Techniken der Musiktherapie (z.B. Einstimmung, freie Improvisation mit verbaler Aufarbeitung, instrumentales Partnerspiel) fanden hauptsächlich in der musiktherapeutischen Arbeit innerhalb der Psychosomatik und Psychiatrie ihre Anwendung.

Dem Bereich der Selbsterfahrung wurde ein immer größerer Stellenwert eingeräumt. Die Studierenden hatten innerhalb regelmäßiger musiktherapeutischer Gruppensitzungen die Möglichkeit, musiktherapeutische Arbeit aus der Sicht des Patienten zu erfahren und gleichzeitig an ihrer eigenen Persönlichkeitsentwicklung zu arbeiten.

Im Jahr 1992 erfolgte die Umwandlung des Lehrgangs in das „Kurzstudium Musiktherapie“. Der neue Studienplan bietet nun den Studierenden eine erweiterte Auswahl an klinischen Praktika mit begleitender Supervision (Akut-, Langzeit-, Geronto-, Behinderten- und Sozialpsychiatrie, Psychosomatik, Kinder- und Jugendneuropsychiatrie, Sonder- und Heilpädagogik, Kinderpsychosomatik) sowie während der gesamten Ausbildungsdauer kontinuierliche Einzel- und Gruppen-Lehrmusiktherapie.

Derzeit sind alle MusiktherapeutInnen, die als Lehrbeauftragte tätig sind, auch eingetragene PsychotherapeutInnen bzw. PsychologInnen. Dadurch lernen die Studierenden eine Vielfalt von theoretischen Konzepten und Arbeitsansätzen in der musiktherapeutischen Arbeit kennen.

Zugangsvoraussetzungen für das Kurzstudium sind Matura sowie das Bestehen einer Aufnahmeprüfung, bei der die „Begabung und physische Eignung für Musiktherapeutik“ sowie die „Befähigung ..., Musik im Rahmen musiktherapeutischer Arbeit einsetzen zu können“ festgestellt werden (Studienplan für das Kurzstudium Musiktherapie an der Hochschule für Musik und darstellende Kunst in Wien). Pro Jahrgang werden etwa 10 TeilnehmerInnen aufgenommen. Es handelt sich bei dieser Ausbildung um ein dreijähriges Voll-

zeitstudium, das mit dem Titel „akademisch geprüfter Musiktherapeut“ abgeschlossen wird. Einige weitere Ausbildungsinitiativen sind im Anhang angeführt.

Die Musiktherapieausbildung an der Musikhochschule in Wien wurde im Rahmen des Psychotherapiegesetzes als Quellenberuf eingetragen, d.h. als MusiktherapeutIn ist es möglich, ein psychotherapeutisches Propädeutikum und Fachspezifikum zu absolvieren. Der derzeitige Lehrplan des Kurzstudiums entspricht sogar fast vollständig den Anforderungen eines Propädeutikums.

In den letzten Jahren absolvieren daher viele MusiktherapeutInnen nach Abschluß ihres Studiums bzw. auch nach längerer Berufstätigkeit eine Psychotherapieausbildung. Im Zuge der Übergangsregelungen zum Psychotherapiegesetz wurden auch viele MusiktherapeutInnen als eingetragene PsychotherapeutInnen anerkannt.

Forschung

Erste Beiträge zur Musiktherapieforschung stammen von den PionierInnen der Österreichischen Musiktherapie im Bereich Geriatrie (Weinhengst, 1972), Rett-Syndrom (Wesecky, 1987), Alkoholismus (Formann-Radl, 1969; Formann-Radl & Krispin-Exner, 1973) und Vegetative Tonuslage (Weihs, 1954).

Eine Arbeit von Gathmann, Brunekreeft, Wiedemann und Schmözl aus dem Jahr 1988 befaßt sich mit dem Problem der Analyse, Codierung und Metaanalyse musiktherapeutischer Kommunikation bei psychosomatisch Erkrankten.

Im Rahmen der Abschlußarbeiten des Lehrganges und des Kurzstudiums Musiktherapie wurden und werden immer wieder forschungsrelevante Themen erörtert, wobei die Frage der Wissenschaftlichkeit von Musiktherapie in den letzten Jahren einen immer höheren Stellenwert erhält.

Auch wissenschaftliche Arbeiten von MusiktherapeutInnen der Wiener Schule aus anderen Studienrichtungen befassen sich mit dem Themenbereich Musiktherapie (Kallenbach-Ernst, 1995, „Kann Musiktherapie für die Sonder- und Heilpädagogik von Bedeutung sein? Mit einem speziellen Vergleich der erziehungsphilosophischen

Grundlegung der Heilpädagogik von D.J.Löwisch und der Orff-Musiktherapie.“).

Evaluierungsforschung findet sich in den Arbeiten von Oberegelsbacher („Wirkung von Gruppen-Musiktherapie auf soziale Fähigkeiten bei Frauen mit geistiger Behinderung“, 1993) und Wimmer-Ilner („Spezifische Wirkfaktoren einer prozeßorientierten Einzelmusiktherapie mit einem lernbehinderten / verhaltensauffälligen Kind aus einzelfallmethodischer Sicht“, 1996).

Berufsbild

Das Berufsbild, wie es vom Österreichischen Berufsverband der MusiktherapeutInnen vertreten wird, verdankt seine Entstehung und Entwicklung dem Austausch und der Zusammenarbeit berufstätiger MusiktherapeutInnen, die ihre Musiktherapieausbildung an der Hochschule für Musik und darstellende Kunst in Wien absolviert haben.

Im Rahmen des ÖBM entstand auf der Grundlage einer durchgeführten Umfrage eine Broschüre mit dem Titel „Berufsbild Musiktherapie“ (Bosek, Fak und Wimmer-Ilner, 1996).

Kernpunkt des Berufsbildes Musiktherapie ist die Arbeit in und mit der therapeutischen Beziehung zwischen KlientIn und TherapeutIn in Einzel- oder Gruppenmusiktherapie. Dabei steht mit dem Medium Musik „ein Ausdrucksmittel zur Verfügung, um Inhalte direkt, nicht sprachlich gebunden, mitzuteilen, ohne sie einer reflektierenden oder korrigierenden Instanz aussetzen zu müssen. Im therapeutischen Kontext bietet das die Möglichkeit, in einem vor- bzw. außersprachlichen Spielraum zu arbeiten. ... Musik überschreitet Grenzen, indem sie als Mittlerin (Medium) zwischen zwei Spielern ein gemeinsames Drittes entstehen läßt. Wesentlich an der Musik in der Therapie sind Aktivität und emotionale Beteiligung, nicht die Orientierung an Resultaten (seien es musikalische Produkte oder erwartete musikpsychologische Wirkungen bestimmter Tonarten oder Werke)“. In diesem Sinne ist Musiktherapie „vor allem dort indiziert, wo Sprache nicht oder nur beschränkt zur Verfügung steht, wo Sprache hauptsächlich zur Abwehr von Gefühlen verwendet wird bzw. bei Störungen aus der vorsprachlichen Zeit, die über

ein nonverbales Medium am besten erreichbar sind“ (ÖBM, Berufsbild Musiktherapie, 1996)

Das in der Musiktherapie verwendete Instrumentarium besteht sowohl aus europäischen als auch aus außereuropäischen Instrumenten, die weder musikalische noch technische Vorkenntnisse der PatientInnen / KlientInnen erforderlich machen (z.B. Stabspiele, Trommeln, Gongs, Saiteninstrumente, Blasinstrumente etc.). Ebenso können Klavier, Gitarre, Stimme, ausgewählte Geräusch- und Klangerzeuger sowie Tonträger zum Einsatz kommen.

Musiktherapeutische Techniken wie freie und thematische Improvisation, instrumentales Partnerspiel, musikalisches Rollenspiel, strukturierte musikalische Spiele und Übungen, Musikrezeption etc. werden immer im Rahmen eines prozeßhaften Geschehens gesehen und angewendet. Die verbale Aufarbeitung und Reflexion des musikalischen Geschehens ist je nach Klientel oder Situation im therapeutischen Prozeß von großer Bedeutung, um das Erlebte bewußtmachen und integrieren zu können.

Berufspolitik

Der ÖBM, der Österreichische Berufsverband der MusiktherapeutInnen, hat die Funktion einer politischen Interessensvertretung der in Österreich berufstätigen MusiktherapeutInnen.

Seine wichtigsten Aufgaben und Ziele sind:

- Erreichung gesetzlicher Grundlagen zum Schutz des Berufsbildes „Musiktherapie“ und der Berufsbezeichnung „Musiktherapeut /Musiktherapeutin“
- Aufklärung der Öffentlichkeit über Arbeitsweise, Wirksamkeit, Einsatzgebiete und noch zu erschließende Möglichkeiten der Musiktherapie (in den Medien, auf Kongressen usw.)
- Konsumentenschutz und -service (Erfassung der MusiktherapeutInnen mit staatlich anerkannter Ausbildung, Liste der freiberuflich tätigen MusiktherapeutInnen)
- Bereitstellen von Informationsmaterial (Berufsbildbroschüre, Praktikumsstellen, Seminare, Institutionsadressen usw.)
- Kontakt zu anderen musiktherapeutischen Verbänden im In- und Ausland (z.B. European Music Therapy Committee –

EMTC, World Federation of Music Therapy - WFMT) sowie zu anderen verwandten Verbänden (z.B. Bundesverband für Psychotherapie, Behindertenverbände etc.)

- Förderung von fachlichem Austausch und Weiterbildung (Fortbildungsseminare, Kongresse, Fachtagungen etc.).

Arbeitsbereiche

Musiktherapie wird sowohl in Institutionen als auch in freier Praxis angeboten. Eine Umfrage des ÖBM im Jänner 1995 ergab folgende Statistik über die zu diesem Zeitpunkt besetzten Musiktherapie-Stellen an Institutionen (Dienst- und Werkverträge)

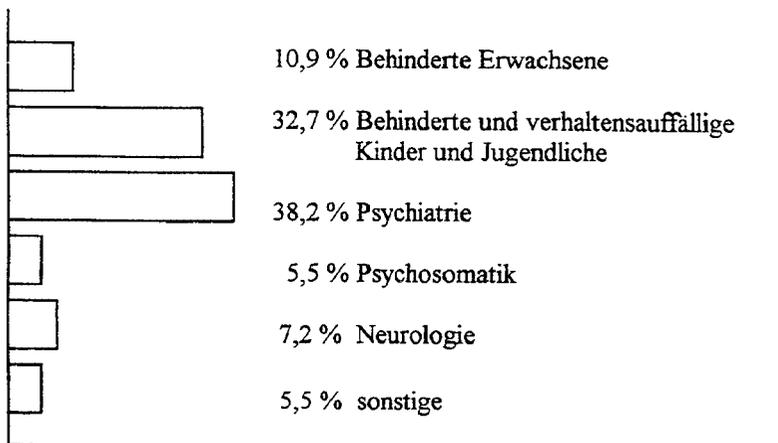


Abb. 1: Arbeitsstellen der MusiktherapeutInnen in Österreich

Diese Graphik zeigt nur die Anzahl der Arbeitsplätze, es wird nicht berücksichtigt, ob eine MusiktherapeutIn an mehr als einer Arbeitsstelle tätig ist und in welchem Stundenausmaß sie diese Tätigkeit ausübt.

Nach unseren Schätzungen sind derzeit etwa 20% aller MusiktherapeutInnen zusätzlich zu Dienst- oder Werkvertrag an einer Institution auch in freier Praxis tätig. Uns ist nur eine MusiktherapeutIn bekannt, die ausschließlich in der eigenen Praxis arbeitet. Über 80% aller Musiktherapiestellen befinden sich in den Bundesländern Wien und Niederösterreich, was sicherlich darin begründet ist, daß der

Ursprung der österreichischen Musiktherapie in Wien liegt. Am drittbesten versorgt ist Oberösterreich, gefolgt von Vorarlberg.

Im folgenden werden die derzeit häufigsten Arbeitsbereiche von MusiktherapeutInnen in Österreich im Detail aufgeführt (ÖBM, 1996):

1. Musiktherapie mit behinderten Menschen

Klientel: Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit geistiger, körperlicher, Sinnes- oder Mehrfachbehinderung (z.B. Autismus, Spasmus, Hörschäden etc.)

Institutionen: geschützte Werkstätten und therapeutische Tagesheimstätten, Behindertenheime und -wohngemeinschaften, Sonderkindergärten und -schulen, neuropsychiatrische Stationen und Ambulanzen, spezialisierte Ambulatorien

Aufgaben und Ziele der Musiktherapie: Stärkung von Selbstwertgefühl und Selbstbewußtsein, Förderung von Sensibilität, Konfliktfähigkeit, Durchsetzungsvermögen, Frustrationstoleranz und sozialer Kompetenz im Allgemeinen, Hilfestellung bei der Entwicklung von Identität, Förderung von Ausdrucksfähigkeit und Kreativität.

2. Musiktherapie mit verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen

Klientel: Kinder und Jugendliche, die psychosomatisch reagieren oder erkrankt sind, in ihrer emotionalen, intellektuellen und/oder sozialen Entwicklung beeinträchtigt sind, sozial unangepasstes oder nicht akzeptiertes Verhalten zeigen

Institutionen: Heilpädagogische Stationen und Ambulanzen, (Neuro-) Pädiatrische Abteilungen, Psychiatrische und Psychosomatische Kinderabteilungen, Entwicklungsdiagnostische und -therapeutische Ambulatorien, Kinderheime / Wohngemeinschaften

Aufgaben und Ziele der Musiktherapie: Auflösung von Entwicklungsblockaden und Kontaktstörungen, Bereitstellen eines sanktionsfreien Spiel- und Begegnungsraumes, Erarbeiten nicht-pathologischer Verhaltensweisen, Bearbeiten von emotionalen Defiziten und trau-

matischen Erlebnissen, Förderung und Unterstützung gesunder Entwicklungsprozesse.

In der musiktherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ist es sehr wichtig, das Umfeld von Familie / Erziehungsinstitution zu berücksichtigen. Oft sind begleitende Beratungsgespräche indiziert.

3. Musiktherapie mit PatientInnen der Psychiatrie (Akut-, Langzeit-, Geronto- und Sozialpsychiatrie)

Klientel: Menschen mit schwerer Persönlichkeitsstörung, schizophrener Erkrankung, affektiver Störung (manisch-depressiver Formenkreis), chronisch psychotische Menschen, Menschen mit neurotischen Störungen

Institutionen: Psychiatrische Krankenhäuser, Stationen und Ambulanzen, Sozialpsychiatrische Einrichtungen, (Übergangs-) Wohnheime für psychisch Kranke

Aufgaben und Ziele der Musiktherapie: Abbau von Angst, Stärkung der Ich-Funktionen (z.B. Bewußtheit der eigenen Identität, Unterscheidung von Phantasie und Wirklichkeit, Abgrenzungsfähigkeit...), Hilfestellung zur Orientierung in der Realität, Förderung von Selbst- und Fremdwahrnehmung

Aktivierung in den Bereichen Vitalität, Affektivität und Emotionalität, Unterstützung von Wahrnehmung und Ausdruck der eigenen Emotionen, Aufbau und Differenzierung von Kontakt- und Beziehungsfähigkeit, Förderung und Erhaltung gesunder Persönlichkeitsanteile, Rehabilitation und Rückfallprophylaxe,

In Langzeit- und Gerontopsychiatrie: Förderung von Eigenverantwortung, um dem Hospitalismus entgegenzuwirken.

4. Musiktherapie mit PatientInnen der Neurorehabilitation

Klientel: Menschen mit Schädel-Hirn-Trauma (insbesondere Organischem Psychosyndrom) und/oder neurologischen Hirnveränderungen

Institutionen: Neurologische Krankenhäuser und Stationen, Rehabilitationszentren

Aufgaben und Ziele der Musiktherapie: Aktivierung der Gehirntätigkeit, Förderung der Gedächtnisleistungen, Erinnerungsvermögen, Konzentrationsfähigkeit und Orientierung, Stärkung der vorhandenen geistigen und körperlichen Fähigkeiten zur Kompensation von Ausfällen, Begleitung und Hilfestellung bei der emotionalen Bewältigung des Traumas / der veränderten Lebenssituation, Anschließen an die Zeit vor dem Trauma / vor der Erkrankung, Unterstützung bei der Entwicklung einer neuen Identität.

Das möglichst frühe Einsetzen der musiktherapeutischen Behandlung ist ein wichtiges Kriterium für den Behandlungserfolg.

5. Musiktherapie mit neurotisch und psychosomatisch erkrankten Menschen

Klientel: Menschen mit neurotischer bzw. psychosomatischer Störung oder Erkrankung

Institutionen: Psychosomatische Stationen und Ambulanzen, Psychotherapeutisch orientierte allgemeinmedizinische Einrichtungen

Aufgaben und Ziele der Musiktherapie: Entwickeln von neuen Ausdrucksmöglichkeiten für Gefühle, Bedürfnisse und psychische Konflikte als Alternative zu somatischen Reaktionsmustern, Bewußtmachen und Bearbeiten von Konflikten, Aktivierung der Erlebnisfähigkeit, Bearbeiten von emotionalen Defiziten, Erweiterung der Kompetenz im Bereich der Beziehungsgestaltung.

6. Musiktherapie in anderen Bereichen

Onkologie: Derzeit arbeitet eine Musiktherapeutin an einem Kinderkrankenhaus mit krebskranken Kindern und Jugendlichen. Ansatzpunkt dieser Arbeit ist die hohe psychische Belastung der PatientInnen, die sich oft in Phasen der Sprachlosigkeit und Regression ausdrückt. Musiktherapie hat hier die Aufgabe zu stützen und zu begleiten, Sprachlosigkeit zu überwinden oder Botschaften nonverbal auszudrücken und der durch die Behandlung bedingten Isolation entgegenzuwirken. Ein wichtiger Aspekt ist die rezeptive Musikthe-

rapie, die Vertrauen, Zuwendung und Trost vermittelt, aber auch physische Entspannung (z.B. bei Schmerzen) bedeuten kann.

Zentrale Themen sind hier die mit der Krankheit verbundene Trauer, Wut und Angst sowie die Konfrontation mit den Themen Abschied und Sterben.

Suchttherapie: Musiktherapie mit Suchtkranken (Alkohol und Drogen) wird derzeit an einer Drogenberatungsstelle angeboten. Im Vordergrund der musiktherapeutischen Arbeit steht das Entdecken und Stärken der eigenen Kräfte. Ziele der Musiktherapie sind der Aufbau des Selbstwertgefühls, die Förderung von eigenverantwortlichem Handeln, von Genußfähigkeit, Kreativität und Kommunikationsfähigkeit.

Ausblick

Musiktherapie ist ein Beruf, der sicher noch viele Perspektiven für die Zukunft in sich birgt. Durch die besondere Eignung des Mediums Musik für die therapeutische Arbeit im non- oder präverbalen Bereich bietet Musiktherapie gerade in der therapeutischen Betreuung von Frühstörungen, geistigen Behinderungen, psychosomatischen Erkrankungen usw. einzigartige Möglichkeiten.

In den letzten Jahren tendieren MusiktherapeutInnen immer mehr dazu, Musiktherapie auch in freier Praxis anzubieten. Dies zeigt, daß auch außerhalb der verschiedenen Institutionen eine Nachfrage nach musiktherapeutischer Betreuung besteht. Die Angebote im Bereich der Selbsterfahrung stoßen auf immer größeres Interesse, vor allem bei Menschen, die mit Hilfe des Mediums Musik ihre kreativen Ausdrucksmöglichkeiten erweitern und an ihrer persönlichen Entwicklung arbeiten wollen.

Um die Musiktherapie in Österreich in den etablierten Arbeitsbereichen auszubauen bzw. neue Bereiche zu erschließen, wird es immer von entscheidender Bedeutung sein, daß MusiktherapeutInnen ihre Arbeit in der Öffentlichkeit vorstellen und über die Effektivität, Qualität und Vielfalt von Musiktherapie informieren.

Anhang: Weitere Musiktherapie-Ausbildungen in Österreich

- Von 1982 bis 1986 gab es in Salzburg eine zweijährige staatliche Musiktherapie-Ausbildung, die jedoch wieder eingestellt wurde: „Allgemeiner Hochschullehrgang für Musiktherapie in der Rehabilitation psychisch Behinderter“ (Leitung: Dr. Curic).
- Ein auf das islamische Gesundheitswesen gründendes Verständnis von Musiktherapie wird seit 1989 in Schloß Rosenau im Waldviertel/NÖ gelehrt. Die private „Schule für Altorientalische Musik- und Kunsttherapie“ (Leitung: Dir. G. K. Tucek) dauert 6 Jahre und ist berufs begleitend.

Literatur

- Bosek G., Fak H., Wimmer-Illner, J. (1996). Berufsbild Musiktherapie. Broschüre. Österreichischer Berufsverband der MusiktherapeutInnen.
- Formann-Radl, I. (1969). Auswertung über den Effekt des Musikerlebens bei Alkoholkranken. In: Krispin-Exner, K. (Hrsg.), Theorie und Praxis der Therapie bei Alkoholabhängigkeit. Wien: Holinek.
- Formann-Radl, I. & Krispin-Exner, K. (1973). Vergleichende Studie über den Effekt des Musikerlebens bei alkoholkranken Frauen und Männern. In: Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie. Band 4/1973. S. 150-156.
- Gathmann, P., Brunekreeft, A., Wiedemann, F., Schmölz, A. (1988). Kann musiktherapeutische Kommunikation „gemessen“ und nachvollziehbar gemacht werden? Zum Problem der Analyse, Codierung und Metaanalyse musiktherapeutischer Kommunikation bei psychosomatisch Erkrankten. Musiktherapeutische Umschau. Band 9/1988. S. 199-213.
- Grimm, S., Klampfl, P., Schmidt, V. (1995). Arbeitsbereiche der MusiktherapeutInnen in: Österreichischer Berufsverband der MusiktherapeutInnen: Sondernummer des Mitteilungsblattes.
- Halmer-Stein, R., Schmölz, A., Oberegelsbacher, D., Gathmann, P. (1993). Music Therapy in Austria. In Maranto, C. D. (Hrsg.), Music Therapy: International Perspectives. Pipersville/ Pennsylvania: Jeffrey Books.

- Kallenbach-Ernst, A. (1995). Kann Musiktherapie für die Sonder- und Heilpädagogik von Bedeutung sein? Mit einem speziellen Vergleich der erziehungsphilosophischen Grundlegung der Heilpädagogik von D. J. Löwisch und der Orff-Musiktherapie. Diplomarbeit an der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien, Studienrichtung Pädagogik.
- Oberegelsbacher, D. (1992). Zur Wiener Schule der Musiktherapie – Versuch einer historischen Bestandsaufnahme und Ausblicke. In: Zeitschrift des Österreichischen Berufsverbandes der Musiktherapeuten, Nr. 3/1992. S. 8-13.
- Oberegelsbacher, D. (1993). Wirkung von Gruppen-Musiktherapie auf soziale Fähigkeiten bei Frauen mit geistiger Behinderung. Dissertation an der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien, Studienrichtung Psychologie.
- Schmölz, A. (1987). Die Wiener Schule der Musiktherapie. In: Musiktherapeutische Umschau, Nr. 3/1987. S. 242-258.
- Storz, D. (1992). Kommentar zum neuen Studienplan – Der neue Studienplan für das Kurzstudium Musiktherapie an der Hochschule für Musik und darstellende Kunst in Wien. In: Zeitschrift des Österreichischen Berufsverbandes der Musiktherapeuten, Nr. 3/1992. S. 23-27.
- Weih, H. (1954). Die Beeinflussung der Vegetativen Tonuslage durch komplexe akustische Reizfolgen. In Folia Phoniatria 1954. S. 19-34.
- Weinhengst, G. (1972). Praktische Anwendungsmöglichkeiten für den Musiktherapeuten mit schwerstbehinderten Patienten. Unveröffentlichte Forschungsarbeit im Auftrag des Dr. Adolf Schärf-Fonds, Wien. S. 1-21.
- Wesecky, A. (1973). Möglichkeiten und Grenzen einer intellektuellen Förderung und prophylaktischen Behandlung hirngeschädigter Kinder. Unveröffentlichte Forschungsarbeit des Ludwig Boltzmann-Institutes, Wien.
- Wimmer-Illner, J. (1996). Spezifische Wirkfaktoren einer prozeßorientierten Einzelmusiktherapie mit einem lernbehinderten / verhaltensauffälligen Kind aus einzelfallmethodischer Sicht. Diplomarbeit an der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien, Studienrichtung Psychologie.

ALEXANDER PIRCHL

Musiktherapie in der Schweiz, eine kritische Betrachtung

Music Therapy in Switzerland – a critical Examination

Politics and the problem of languages in Switzerland in general are examined. These influence the job-political situation in Switzerland. The job of music therapist has not yet been recognized, but nevertheless only music therapists may use the title of „Music Therapist SFMT“, which indicate the high forms of application demanded by the professional association. As the terms of employment are still a matter of discretion of the individual institutions, there are many non-qualified music therapists. The professional association and the training counter these facts by working in public and calling on the various committees. Trainings are very different as to the number of lessons of the subjects. Music therapy in Switzerland is very young.

Es wird die Politik und das Sprachproblem in der Schweiz generell betrachtet. Diese nehmen Einfluß auf das berufspolitische Geschehen in der Schweiz. Der Beruf Musiktherapie ist noch nicht anerkannt, wohl aber dürfen nur die Musiktherapeuten den Titel „Musiktherapeut SFMT“ tragen, welche die hohen Aufnahmebedingungen des Fachverbandes erbringen. Da Anstellungsbedingungen nach wie vor im Ermessen der einzelnen Institutionen liegen, gibt es auch viele nicht qualifizierte Musiktherapeuten. Der Fachverband und die Ausbildungen wirken dieser Tatsache mit Öffentlichkeitsarbeit und Verhandlungen bei den entsprechenden Gremien entgegen. Die Ausbildungen sind sehr unterschiedlich in der Stundenanzahl der Fächer. Die Musiktherapie in der Schweiz ist sehr jung.

Einführung

Die Musiktherapie ist in der Schweiz noch ein sehr junges Gefüge und stark geprägt durch die Regierungsstrukturen der direkten Demokratie und die vier sehr unterschiedlichen Landessprachen. Am Anfang dieses Kapitels werden einige Aspekte der Schweizerischen Politik generell erläutert. Dadurch werden berufspolitische Entwicklungen und Ausbildungsstrukturen verständlicher.

Das „Neuland“ Musiktherapie in der Schweiz wird nicht nur von fundierten, sondern auch von laienhaften Musiktherapeuten (s. Anm.)

betreten. Chancen und Gefahren für den Ruf und die Verbreitung der Musiktherapie liegen somit sehr nahe beieinander. Die Betrachtung ist kritisch. Es darf aber nicht vergessen werden, daß die Schweizer Szene innerhalb kurzer Zeit einen ansehnlichen Standard erreichen musste, um mit der über Jahrzehnte entwickelten Musiktherapie der Nachbarländer Deutschland und Österreich mithalten zu können.

Vom Schweizer Bund zum Berufsfeld Musiktherapie

In der Schweiz gibt es 26 Kantone, welche alle ein Stück Autonomie besitzen. Es wird also nicht alles vom Mutter Staat vereinheitlicht. Es gilt grundsätzlich, dass in der Schweiz das meiste von Kanton zu Kanton verschieden ist. Dadurch entsteht eine bunte Vielfaltigkeit, welche nicht einfach zu durchschauen, in der aber vieles möglich ist.

Der größte Anteil der Schweizer Bewohner ist entweder französisch- oder deutschsprachig aufgewachsen. Diese Unterteilung in französische und deutsche, respektive in Ost- und Westschweiz, ist aber nicht nur auf sprachlicher Ebene spürbar, sondern auch auf politischer Ebene. Brisante Abstimmungen enden sehr oft mit einem konträren Resultat zwischen der französischen und deutschen Schweiz. Diese Dualität hat einerseits mit kulturellen Unterschieden der beiden Landesteile zu tun, andererseits aber mit der einfachen Tatsache, daß Informationen nicht wortwörtlich übersetzt werden können, da dadurch oft die Inhalte nicht mehr übereinstimmen. Die Schweiz ist also ein Mosaik aus verschiedenen Kulturen, Sprachen, Meinungen und Gesetzen, welche eine grobe Unterteilung zwischen französischer und deutscher Schweiz erkennen lassen.

Dieses Mosaik ist für die Musiktherapie berufspolitisch relevant. Auch hier ist das meiste von Kanton zu Kanton verschieden, ja nicht nur von Kanton zu Kanton, sondern manchmal sogar von Klinik zu Klinik. Im Kanton Zürich kann man sich z.B. mit einer Wiener Ausbildung mit dem Status eines Psychologen, im Nachbarkanton Aargau mit derselben Ausbildung mit dem Status eines Ergotherapeuten anstellen lassen; und trotzdem verdient man im Kanton Aargau wesentlich mehr, da in diesem das Gesundheitsgesetz anders

lautet. Es gibt noch keine Anerkennung des Berufes Musiktherapie durch Schweizerische Gesetze.

Für die Berufspolitik bedeutet also die kantonale Autonomie, dass viele Dinge – wie eben zum Beispiel Anstellungsverhältnisse in einer Klinik – auf kantonaler Ebene gelöst werden können und nicht über den Bund – dessen Mühlen langsamer malen – laufen müssen. Der Musiktherapeut als Arbeitnehmer in einer Klinik wird sich gut überlegen müssen, in welchem Kanton er tätig sein will.

Ein weiteres Mosaik ist dadurch entstanden, dass in der Schweiz die Musiktherapie nach dem Krankenversicherungsgesetz, welches am 1.1.1996 in Kraft getreten ist, keine Pflichtleistung ist. Das heisst die Versicherungen können nach ihrem Ermessen die Musiktherapie in der privaten Praxis unterstützen oder nicht. Patienten müssen in der Regel für Nichtpflichtleistungen oder Alternativmedizin versichert sein. Die weiteren Bedingungen sind dann sehr unterschiedlich: die Therapie muss durch die Kasse mit einem Gesuch anerkannt werden, der Therapeut muss Aktivmitglied im Fachverband sein oder die Therapie muss ärztlich verordnet werden, usw.. Ein Teil der Krankenkassen, welche überhaupt nicht bezahlen, begründen dies damit, dass die Musiktherapie keine wissenschaftliche Methode sei. (Fausch, 1995)

Damit scheint es auch verständlich, weshalb die meisten Musiktherapeuten in der Schweiz in einer Institution tätig sind. Die Institutionen verrechnen den Kassen die Musiktherapie in einem Pauschalbetrag zusammen mit den anderen Therapien.

Um in einer freien Praxis mit kranken Menschen arbeiten zu dürfen, benötigt der Musiktherapeut zusätzlich eine kantonale Berufsausübungsbewilligung. Ohne diese Bewilligung der kantonalen Gesundheitsbehörde darf man in einer freien Praxis nur „gesunde Menschen“ behandeln. Die Patienten dürfen dann zum Beispiel nicht von einem Arzt zur Behandlung einer Krankheit an die musiktherapeutische Praxis überwiesen werden.

„Das heisst, in der Schweiz bestimmen die Gesetze, welche Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen Anrecht auf die Vergütung einer Behandlung oder einer Massnahme haben. Weiter bestimmen die Gesetze, welche Personen und Institutionen mit welchen Voraussetzungen Leistungen für die Versicherungen er-

bringen können. Mit anderen Worten: die Gesetze regeln, welche Behandlungen die Versicherungen bezahlen müssen und dürfen.“ (Kuster, 1997, S.8)

Mit der institutionellen Arbeit decken die Schweizer Musiktherapeuten ein sehr breites Berufsfeld ab. Sie arbeiten in folgenden Bereichen:

- Psychiatrie
- Neuropsychiatrie
- Psychogeriatric und Geriatrie
- Heilpädagogik
- Psychosomatische Medizin
- Innere Medizin und Onkologie
- Palliative Medizin
- Rehabilitation
- Prävention
- Suchtkrankheiten (SFMT, 1993, S.11; Pirchl, 1996)

Es gibt nur wenige Institutionen in der Schweiz, die mehr als drei Musiktherapeuten angestellt haben. Die meisten Therapeuten arbeiten alleine in ihrer Klinik und sehr oft als erste ihrer Art.

Somit erfüllt praktisch jeder Musiktherapeut mit seiner Anstellung eine berufspolitische Aufgabe, nämlich die Verbreitung und Akzeptanz der Musiktherapie in neuen Behandlungskonzepten. Die Arbeit in der Schweiz ist fast überall damit verbunden, eine neue Stelle von Grund auf zu erschaffen. Dies stellt eine grosse Chance aber gleichzeitig auch eine grosse Gefahr dar. Nicht nur ausgebildete Musiktherapeuten haben dieses Stellenpotenzial entdeckt. Es gibt z.B. viele Musikpädagogen, Aktivierungs- oder Ergotherapeuten, welche sich ohne Zusatzausbildung an Institutionen als Musiktherapeuten deklarieren. Die Aufklärungsarbeiten in Ärztegremien, in Behörden und in der Öffentlichkeit sind aber voll im Gange und wirken dieser Scharlatanerie massiv entgegen. Kapazitäten wie Susan Porchet-Munrot, Fritz Hegi und Monika Renz nehmen diesbezüglich eine wichtige Stellung ein. So ist es zum Beispiel Monika Renz gelungen, in der Neuen Zürcher Zeitung, welche großen Wert auf wissenschaftliche Beiträge legt, einen Artikel über die Musiktherapie mit dem Titel „Psychotherapie im Bereich des Sprachlosen“ zu veröffentlichen (Renz, 1996). Die Öffentlichkeitsarbeit in der Schweiz

ist sehr effizient. Es vergeht praktisch keine Woche, ohne daß man über die Medien etwas von der Musiktherapie hört.

Die Ausbildungssituation in der Schweiz

In der Schweiz gibt es drei Ausbildungsstätten für Musiktherapie, die Ecole Romande de Musicothérapie in Genf, die Berufsbegleitende Ausbildung Musiktherapie in Zürich und das Aufbaustudium für Integrative Musiktherapie in St.Gallen. Alle drei Ausbildungen verlangen bereits berufliche Erfahrung, respektive eine abgeschlossene Berufsausbildung aus den Bereichen Fürsorgewesen (Ärzte, Krankenpfleger, Psychiatriepfleger, Sozialarbeiter), Schulwesen, Sozialpädagogik (Lehrer, Erzieher, Heilpädagogen), Psychologie oder Psychotherapie (Quelle: Fachverband für Musiktherapie, 1993). Ebenfalls ist ein Mindestalter vorgeschrieben (Zwischen 24 und 28 Jahren, je nach Ausbildung). Der Unterricht findet während drei bis fünf Jahren an einem Tag in der Woche, abends oder an Wochenenden mit zusätzlichen Intensivwochen statt. Alle Schulen sind private Einrichtungen, dass heisst jeder Teilnehmer finanziert seine Ausbildung selbst. Die Diplome und Graduierungen sind staatlich noch nicht anerkannt. Die Ausbildungen und der Berufsverband sind aber bemüht, entsprechende Gesuche und Verhandlungen möglichst rasch in die Wege zu leiten.

Eine psychotherapeutische Grundorientierung kann den einzelnen Schulen nicht zugeordnet werden. Es steht den Absolventen frei, welche Methode psychotherapeutischer und musiktherapeutischer Lehranalyse sie wählen wollen.

Der nicht anerkannte Abschluß und die von den Ausbildungen verlangten abgeschlossenen Grundberufe haben in bezug auf die Anerkennung eine sehr wichtige Bedeutung. Sehr oft werden die Musiktherapeuten auf der Basis ihres Grundberufes eingestuft und entlohnt. Je nachdem wie der Grundberuf zum Arbeitsbereich paßt, kann es sogar vorkommen, dass man mit der Zusatzausbildung zum Musiktherapeuten weniger verdient als vorher.

Ein wichtiger Aspekt für die Schweizer Ausbildungslandschaft ist die Eigenfinanzierung. Nicht jeder kann sich eine der Ausbildungen leisten, da diese nicht billig sind. Die gesamten Kosten schwanken

zwischen 23.000 und 30.000 Schweizer Franken (184.000 – 240.000 Österreichische Schillinge).

Inhaltlich versucht die Konferenz der Schweizer Musiktherapieausbildungen mit Vertretern aller Ausbildungen und des Berufsverbandes einheitliche Richtlinien zu finden. Diese Richtlinien beinhalten zum Beispiel insgesamt 300 Stunden psychotherapeutische Lehranalyse einer anerkannten psychotherapeutischen Methode, musiktherapeutische Selbsterfahrungsgruppen und Lehrmusiktherapie. Große Unterschiede sind vor allem in den Stundenzahlen der einzelnen Theoriefächer zu finden. Vergleicht man diese mit anderen europäischen und akademischen Ausbildungen, schneiden alle drei in ihrem Umfang und Inhalt schlecht ab und würden eher das Prädikat „mangelhaft“ erhalten. Hier ist aber zu erwähnen, dass alle Schweizer Ausbildungen noch sehr jung sind und sich von Jahr zu Jahr verbessern; die Ausbildung in Genf existiert seit 1980, die in Zürich seit 1986, die in St.Gallen seit 1996. (Quellen: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Kreativitätsförderung, 1994. Berufsbegleitende Ausbildung Musiktherapie, 1996. Ecole Romande de Musicotherapie, 1996)

Der Schweizerische Fachverband für Musiktherapie SFMT/ASMT

Der Schweizerische Fachverband für Musiktherapie (SFMT) wurde 1981 als Berufsverband der Musiktherapeuten in der Schweiz gegründet. „Der SFMT bezweckt die Förderung der Musiktherapie und den Zusammenschluß der in der Schweiz tätigen Musiktherapeuten“ (Schweizerischer Fachverband für Musiktherapie, 1996). Er umfasst heute 150 Mitglieder. Wer als Aktivmitglied in den Fachverband aufgenommen wird, darf sich „Musiktherapeut SFMT“ nennen. Um den Verband rechtsgültig abzusichern und seinen Namen zu schützen, wurde dieser im Handelsregister eingetragen. Die Gesetze haben aber gezeigt, dass dieser Eintrag nicht notwendig ist, um z.B. einen Namensschutz zu gewährleisten.

Der Verband gibt die Bedingungen für einen Beitritt vor. Er verlangt 500 Stunden Lehrmusiktherapie, 180 Stunden Supervision, 500

Stunden Theorie und drei Jahre musiktherapeutische Praxis. Eine Aufnahmekommission überprüft entsprechende Gesuche, unterbreitet sie dem Vorstand und stellt den Antrag zur Aufnahme (Schweizerischer Fachverband für Musiktherapie, 1996). Noch werden die verschiedenen Ausbildungen von einer Ausbildungskommission in bezug auf eine Anerkennung vom Verband überprüft, um das Aufnahme-prozedere zu vereinfachen. Absolventen von Schweizerischen Ausbildungen können noch nicht direkt in den Fachverband aufgenommen werden, da diese nicht die vorgeschriebenen Stundenzahlen aufbringen. Wie bereits erwähnt, sind aber zur Zeit die Ausbildungen darauf bedacht, ihre Stundenzahlen entsprechend zu erhöhen.

Das hohe Anforderungsprofil des Schweizerischen Fachverbandes für Musiktherapie ist wegweisend und wird früher oder später berufspolitisch in jeder Hinsicht von Vorteil sein. Gerade deswegen, weil sich nur diejenigen in der Schweiz „Musiktherapeut SFMT“ nennen dürfen, welche diesem Profil entsprechen. Die Bezeichnung ist also aussagekräftig in bezug auf den Ausbildungshintergrund eines Musiktherapeuten. Leider sind die Institutionen und Behörden noch zu wenig über diese Tatsache informiert.

Eine sehr hohe Anforderung an den Schweizerischen Fachverband stellt der Anspruch eines Zusammenschlusses der in der Schweiz tätigen Musiktherapeuten. Die Musiktherapeuten in der Schweiz sind über das ganze Land verteilt. Dies bereitet schon einem kleinen Gremium wie zum Beispiel dem Vorstand des Fachverbandes grosse Mühe. Man stelle sich ein siebenköpfiges Grüppchen vor, welches eine Sitzung einberufen möchte, wobei im schlimmsten Fall einer aus Genf und ein anderer aus St.Gallen kommen könnte. Das heisst, sie wären 371 Kilometer voneinander entfernt. Die Arbeit im Fachverband ist also mit einem riesigen Reiseaufwand verbunden. Die sprachlichen Probleme sind ebenfalls in der Verbandsarbeit spürbar. Statutenänderungen, Sitzungen und Generalversammlungen müssen zweisprachig gemacht werden. Allein die Kommunikation und der Informationsaustausch im Verband selbst nimmt einen grossen Zeitaufwand in Anspruch. Dadurch dauert es von Beginn bis Ende eines Geschäftes mit Instanzen ausserhalb des Verbandes sehr lange. Trotzdem sind das Bedürfnis und die Motivation nach

einem gemeinsamen Tun sehr gross. Dies zeigt die grosse Teilnahme der jährlichen Generalversammlung.

Ein wichtiges Organ des Verbandes ist das Informationsblatt, welches in einer Auflage von 600 Stück zweimal jährlich erscheint. Selbstverständlich wird auch dieses zweisprachig geführt.

Conclusio und Ausblick

Der Beruf Musiktherapeut ist in der Schweiz noch nicht geschützt, wohl aber der Titel „Musiktherapeut SFMT“. Anstellungsprofile sind von Kanton zu Kanton verschieden und unterliegen meistens dem Ermessen der einzelnen Kliniken. Dadurch ist es nach wie vor möglich, dass auch nicht ausgebildete Musiktherapeuten an Institutionen arbeiten können und so den Ruf und die Qualität der Musiktherapie beeinflussen – im schlimmsten Fall verfälschen. Doch auch positive Möglichkeiten stecken im Ermessen der Kliniken. Die Anstellungsverhältnisse können im Vergleich zu den Nachbarländern Österreich und Deutschland durchaus sehr lukrativ sein. In den einzelnen Institutionen ist das Bedürfnis nach einer nonverbalen Therapieform wie der Musiktherapie spürbar.

Die Entwicklung des Berufes Musiktherapie schreitet sehr rasch voran, was für den Schweizerischen Fachverband und die Ausbildungen einen sehr hohen Einsatz bedeutet, um mit anderen europäischen Ländern mithalten zu können. Dies wird durch den zweisprachigen Informationsaustausch zwischen der Deutschen Schweiz und der Suisse Romande erschwert.

Für die Schweiz sind die Nachbarländer Deutschland und Österreich wegweisend. Sie kann aus der Geschichte dieser lernen und so Ziele und Entwicklungen schneller erreichen.

Der nächste wichtige Schritt wird in der Schweiz die bundesweite Anerkennung der Musiktherapie als medizinischer Heilberuf sein und die Aufnahme in die Pflichtleistungen des Schweizerischen Krankenversicherungsgesetzes. Der konkrete Anspruch der Musiktherapie als Psychotherapie ist durch die Hoffnung einer staatlichen Anerkennung als eigenständige Berufsrichtung nicht mehr von grosser Relevanz für die Berufsausübung. Danach stellt sich nämlich die Frage, ob das musiktherapeutische Prestige wirklich von einer

Zuordnung zur Psychotherapie abhängen muß, und ob dann diese Diskussion einem rein wissenschaftlichen und nicht berufspolitischen Zweck dient. Die Ausbildungskommission arbeitet daran, daß das vom Verband vorgegebene Berufsbild von allen drei Ausbildungen übernommen wird.

Für die Zukunft wäre es sicherlich berufspolitisch von Vorteil, wenn es auch in der Schweiz eine akademische Ausbildung gäbe. In diesem Zusammenhang kann allerdings der „Kantöndligeist“ nicht genutzt werden.

Anmerkung: Wegen der Lesbarkeit hat sich der Autor für die männliche Form entschieden.

Literatur

- Berufsbegleitende Ausbildung für Musiktherapie. (1996). Berufsbegleitende Ausbildung für Musiktherapie. Zürich: Urbane Medien.
- Ecole Romande de Musicothérapie. (1996). Ecole Romande de Musicothérapie. Informationsbroschüre. Genf.
- Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Kreativitätsförderung (EAG). (1994). Curriculum Integrative Musiktherapie. Düsseldorf: Fritz Perls Institut.
- Fausch, H. (1995). Betrifft: Bezahlung durch Krankenkassen. Musiktherapie, Informationsblatt des Schweizerischen Fachverbandes für Musiktherapie, Heft 2, S.8-9.
- Kuster, E. (1997). Schritt für Schritt in die Selbständigkeit. Ergotherapie, Heft 1, S.6-9. Zürich.
- Pirchl, A. (1996). Erfolg mit präventiver Musiktherapie. Wynentaler Blatt Nr.7, Bund 2 S.5. Menziken.
- Pirchl, A. (1996). Musiktherapie bei neuropsychiatrischen PatientInnen. Poster. 1. Internationaler Neuro-Rehakongress. Rheinfelden.
- Renz, M. (1996). Psychotherapie im Bereich des Sprachlosen. Neue Zürcher Zeitung Nr.190.
- Schweizerischer Fachverband für Musiktherapie. (1993). Musiktherapie in der Schweiz. St.Gallen: Niedermann Druck AG.
- Schweizerischer Fachverband für Musiktherapie. (1996). Statuten. Luzern.

FRAUKE SCHWAIBLMAIR

Musiktherapie in Deutschland

Musictherapy in Germany

The situation of music therapy in Germany with its variety of methods can be significant for the development of music therapy in Europe. Besides an overview of music therapy methods and research, the situation of professional policy will be pointed out. Its overcome can be also an example for Europe. The effort of rivalry between representatives of different music therapy methods can be significant for the psychotherapy altogether.

Die Situation der Musiktherapie in Deutschland kann aufgrund der bestehenden Methodenvielfalt für die weitere Entwicklung der Musiktherapie in Europa von Bedeutung sein. Neben einem Überblick zu musiktherapeutischen Methoden und Forschung wird besonderer Wert auf die berufspolitische Situation gelegt, deren Bewältigungsversuch ein Beispiel für die europäische Situation geben kann. Die Überwindung von Rivalitäten verschiedener Musiktherapie-Schulen kann für die Psychotherapie insgesamt von Bedeutung sein.

Einleitung

Die Situation der Musiktherapie in Deutschland muß in Abhängigkeit von der historischen Entwicklung gesehen werden. Dies bezieht sich einerseits auf die Entwicklung verschiedener musiktherapeutischer Methoden als auch auf die spezifische politische Situation in Deutschland, die eine unterschiedliche Musiktherapieentwicklung in zwei deutschen Staaten zur Folge hatte. Gemeinsam ist allen Vertretern der verschiedenen Methoden das jeweils zugrundeliegende Verständnis, daß Musiktherapie eine Erweiterung therapeutischer Maßnahmen im Gesundheitswesen ist. Sie fordern qualifizierte Ausbildung und Forschung und die rechtliche Absicherung des Berufes.

Vortrag im Rahmen des 1st Congress of the World Council for Psychotherapy
– Subsymposion Music Therapy Wien 1996

Berufsbild

Musiktherapie in Deutschland ist gekennzeichnet durch ein breites Methodenspektrum. Gemeinsam ist allen musiktherapeutischen Methoden, daß, ausgehend von einer umfassenden Diagnostik, musikalische Elemente mit spezifischer therapeutischer Absicht kontrolliert eingesetzt werden. Dies geschieht auf der Grundlage beschriebener musiktherapeutischer Methoden.

In Westdeutschland wurde die Musiktherapie geprägt von Persönlichkeiten, deren Arbeitsschwerpunkte eher im heil- und sonderpädagogischen oder im klinischen Bereich lagen. Hier sind Personen zu nennen wie Gertrud Loos (1986), Prof. Eschen (1983), Gertrud Orff (1974) oder Maria Schüppel (1968). Entsprechend werden die Musiktherapie und ihre verschiedenen methodischen Ansätze häufig noch in zwei groben Dimensionen unterschieden: 1. Heilpädagogische oder entwicklungsorientierte Musiktherapie und 2. Tiefenpsychologische Musiktherapie.

Zur heilpädagogisch oder entwicklungsorientierten Musiktherapie kann man z.B. die Anthroposophische Musiktherapie (Florschütz, 1996), die Orff-Musiktherapie (Orff, 1974) und die Nordoff-Robbins-Musiktherapie (Nordoff, Robbins, 1986) zählen. Unter die tiefenpsychologisch orientierte Musiktherapie fallen unter anderem die Klinische Musiktherapie und die Analytische Musiktherapie (Niederdecken, 1989). Heilpädagogisch orientierte Musiktherapeuten nutzen insbesondere musikalische Mittel um die Bewältigung umschriebener Defizite zu fördern. In Tätigkeitsfeldern der Heil- und Sonderpädagogik ist eine klare therapeutische Zielsetzung im Gegensatz zur pädagogischen dringend erforderlich, auch um eine eindeutige Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen, die hier Musik verwenden, zu ermöglichen. Die tiefenpsychologisch orientierte Musiktherapie ist eine spezifisch psychotherapeutische Methode, die sich des künstlerisch-kreativen Mediums der Musik oder des Klangs bedient, um psychische Störungen vorwiegend nonverbal zu bearbeiten.

Grundsätzlich ist von allen Musiktherapeuten zu fordern, daß nach einer Diagnosestellung ein eindeutiger Behandlungsauftrag mit Behandlungsziel formuliert wird. Dies erleichtert die Zusammenarbeit im therapeutischen Team sowie mit Kostenträgern.

Auch wenn sich die in der ehemaligen DDR entwickelten Musiktherapiemethoden in die beiden genannten Dimensionen „Heilpädagogische vs. Tiefenpsychologische Musiktherapie“ eingliedern lassen, stellt sich die Frage ob die Aufrechterhaltung dieser Einteilung sinnvoll ist. Die Kollegen aus den neuen Bundesländern fordern schon seit einigen Jahren eine umfassende Methodologie der Musiktherapie, die schulenübergreifend formuliert ist (Röhrborn, 1991). Der von ihnen vorgelegte Entwurf geht von einem sehr weit gefaßten Psychotherapiebegriff aus. Durch ihn werden alle Therapiemethoden erfaßt, die über die Psyche gezielt ausgehend von einer Diagnose auf der Grundlage einer beschriebenen Methodik den Patienten behandeln. Neben diesem universellen Behandlungsprinzip gibt es noch das chemisch-pharmakologische oder das physikalische Behandlungsprinzip. Die am Anfang dargestellte Unterscheidung von heilpädagogischer im Gegensatz zu tiefenpsychologischer Musiktherapie wäre somit in letzter Konsequenz überholt. Die unterschiedlichen musiktherapeutischen Methoden werden dann anhand von musiktherapeutischem Handlungsansatz, Handlungsziel, Handlungsprinzip und Handlungsmittel beschrieben. Eine umfassende Darstellung dieses Konzeptes kann im Rahmen dieses Beitrages leider nicht geleistet werden.

Die gemeinsame Arbeit an einer umfassenden Methodologie der Musiktherapie erfordert von den Vertretern der unterschiedlichen Musiktherapie-Richtungen die Bereitschaft zu Toleranz in Bezug auf andere, zum Teil gegensätzliche Methoden. Die Bereitschaft zur methoden- und verbandsübergreifenden Zusammenarbeit ist in den letzten Jahren erheblich gewachsen.

Arbeitsbereiche/Klientel

Heute erfüllen Musiktherapeuten psychotherapeutische Aufgaben oder arbeiten im Grenzfeld zwischen Psychotherapie, Heilpädagogik und Medizin. Der Musiktherapeut bereitet einzel- und gruppenmusiktherapeutische Maßnahmen eigenverantwortlich vor, entwirft einen musiktherapeutischen Behandlungsplan, der Diagnose und die daraus abzuleitenden Therapieziele berücksichtigt. Er führt die Musiktherapie selbstständig durch, dabei arbeitet er mit einem

multiprofessionellen Team zusammen. Zu seinen Aufgaben gehört ebenso die Erforschung und Dokumentation musiktherapeutischer Prozesse. Der Musiktherapeut setzt Musiktherapie ein bei der Behandlung von psychotischen Erkrankungen, ich-strukturellen Störungen, Süchtigen und Abhängigen, psychosomatischen Erkrankungen, neurotischen Erkrankungen, psychovegetativen Störungen, frühgeborenen und gestörten Säuglingen und Kleinkindern mit ihren Bezugspersonen, geriatrischen Patienten, unheilbar Kranken und Sterbenden, komatösen Patienten, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen und -defiziten im Kindesalter, sowie bei der Betreuung, Beratung und Therapie von Familien, Behinderten, Strafgefangenen, Arbeitslosen, Ausländern (z.B. Asylanten). Musiktherapeutische Methoden kommen zum Einsatz in psychotherapeutisch-psychosomatischen Kliniken, der Psychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der medizinischen Rehabilitation, Organkliniken, Suchtkliniken, Kurkliniken, freien Praxen, Sonderschulen, heilpädagogischen Einrichtungen, sozialtherapeutischen Einrichtungen, Heimen der Jugendberatung, der freien Jugendarbeit, der Drogenberatung und in der Altenarbeit (Frohne-Hagemann, 1992).

Ausbildung

Die bestehenden deutschen Musiktherapiestudiengänge sind bis auf einen als Aufbau- oder Zusatzstudiengänge konzipiert und schließen mit dem akademischen Titel „Diplom-Musiktherapeut“ oder „Diplom-Musiktherapeut (FH)“ ab (vgl. Studienlandschaft Musiktherapie, 1995). Zusätzlich gibt es die Möglichkeit über privatrechtliche Ausbildungsinstitutionen unterschiedliche musiktherapeutische Qualifikationen zu erlangen, die nicht immer ausreichende musiktherapeutische Kompetenzen garantieren.

Eine Musiktherapie-Ausbildung vermittelt das für eine psychotherapeutisch orientierte Tätigkeit notwendige fundierte Fachwissen in medizinischer Diagnostik und Psychopathologie, in psychologischen Theorien und anderen psychotherapeutischen Verfahren, sowie in Theorie und Methodik der Musiktherapie in verschiedenen Anwendungsbereichen. Darüberhinaus wird Wert gelegt auf eine intensive ausbildungsbegleitende psychotherapeutische Selbst-

erfahrung. Die in den Ausbildungen geforderten Praktika werden von in öffentlichen Einrichtungen tätigen Musiktherapie-Mentoren betreut und von Lehrmusiktherapeuten der Ausbildungen supervidiert. Hier liegt der Schwerpunkt auf einer Anwendung musiktherapeutischer Theorie und Methodik im therapeutischen Prozeß unter Einbeziehung der Bearbeitung störender Aspekte von Übertragungsphänomenen in der Arbeit des Musiktherapie-Studenten mit schwer erkrankten Patienten.

Für die weitere Verankerung der Musiktherapie innerhalb der Gesundheitsfür- und -vorsorge werden von den Leitern staatlich anerkannter Ausbildungseinrichtungen vergleichbare Ausbildungskriterien angestrebt. Auch die privatrechtlichen Ausbildungsinstitutionen sollten sich verpflichten, diese Kriterien einzuhalten.

Forschung

Entsprechend den vielfältigen Tätigkeitsfeldern von Musiktherapeuten streuen die Fragestellungen musiktherapeutischer Studien sehr stark hinsichtlich des untersuchten Klientels sowie der methodischen Ansätze. Musiktherapeutische Forschung in Deutschland hat sich in den letzten zehn Jahren stark weiterentwickelt. Sie wird sowohl von Praktikern als auch von Akademikern durchgeführt (vgl. Smeijsters, Rogers, 1993; Smeijsters, Rogers, Kortegaard, Lehtonen, Scanlon, 1995). Diese Studien verbinden musiktherapeutische und wissenschaftstheoretische Kompetenz, so daß sie auf diesem Wege einen wesentlichen Beitrag zur Akzeptanz der Musiktherapie nicht nur im deutschen Gesundheitswesen leisten. Die zunehmende Zahl veröffentlichter Studien zur Musiktherapie ist sicher auch auf die steigende Zahl akademisch ausgebildeter Musiktherapeuten zurückzuführen. Die Abstracts zu den Diplomarbeiten wurden bislang regelmäßig in Europas größter musiktherapeutischer Fachzeitschrift „Musiktherapeutische Umschau“ (Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie e.V. (DGMT)) veröffentlicht. Die Abstracts können nun bei den Ausbildungsinstitutionen angefordert werden und sind demnächst auf der CD-ROM „Musiktherapie“ (1996), die von der Universität Witten Herdecke herausgegeben und aktualisiert wird, zu finden.

Die Mehrzahl der bestehenden bzw. laufenden deutschen musiktherapeutischen Studien sind Einzelfallanalysen, untersuchen die Kindermusiktherapie oder analysieren spezifische Aspekte des musikalischen Prozesses musiktherapeutischer Behandlung. Die meisten Evaluationsstudien entstanden in den letzten 5 Jahren. Dies wird deutlich anhand der in der „Musiktherapeutischen Umschau“ (DGMT, 1985-1995) und dem European Music Therapy Research Register Vol. I + II (Smeijsters et al., 1993, 1995) veröffentlichten Studien. Bei insgesamt 83 Musiktherapiestudien finden sich 44 Fall-darstellungen oder -studien (20 Kinder, 24 Erwachsene), 28 Studien behandeln den musiktherapeutischen Prozeß oder methodische Fragen, neben 11 Evaluationsstudien. Der Schwerpunkt musiktherapeutischer Studien scheint sich auf die Elemente von Musik und Klang und besonders ihren Einfluß auf den therapeutischen Prozeß zu verlagern. Die meisten der deutschen Studien, die im European Music Therapy Research Register Vol. II (Smeijsters et al., 1995) Berücksichtigung fanden, verfolgen diese Themenkomplexe. Während 1993 noch 4 von 14 Studien sich mit dieser Thematik befaßten, waren es 1995 schon 10 von 23 Untersuchungen.

Musiktherapeuten stellen sich der Diskussion um das geeignetere Forschungsdesign. Während sich ältere Forschungsansätze noch an traditionell quantitativen Methoden orientieren, finden sich in der neueren Literatur hauptsächlich qualitative Designs. Es haben sich allmählich eine Reihe alternativer Forschungsmethoden entfaltet, die von praktizierenden Forschern speziell für die Forschung in der Musiktherapie entwickelt wurden. Einen Überblick vermittelt das Themenheft „Forschung in der Musiktherapie“ der Musiktherapeutischen Umschau (DGMT, 1996).

Musiktherapeutische Interessenvertretungen

Folgende musiktherapeutische Vereinigungen wurden in den letzten 25 Jahren gegründet, um gesellschafts- und berufspolitische Initiativen für die Musiktherapie als Behandlungsmethode und für tätige Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten in Deutschland zu ermöglichen.

Die anthroposophischen Musiktherapeuten finden ihre berufspolitischen Interessen über die Sektion Musiktherapie des Berufsverbandes für Anthroposophische Kunsttherapie (BVAKT) vertreten.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der staatlich anerkannten Musiktherapie-Ausbildungseinrichtungen trifft sich, ebenso wie die Arbeitsgruppe privatrechtlicher Musiktherapie-Ausbildungen um einheitliche Ausbildungskriterien zu erarbeiten.

Der Deutsche Berufsverband der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten e.V. (DBVMT) war ursprünglich als berufspolitische Vertretung in der DGMT integriert und hat sich vor Jahren als eigenständiger Verein etabliert. Der DBVMT vertritt die berufspolitischen Interessen primär tiefenpsychologisch orientierter Musiktherapeuten und leistet durch entsprechende Aufnahmekriterien eine Qualitätssicherung für diesen Bereich.

Der Deutsche Berufsverband Klinischer Musiktherapeuten in der BRD e.V. (BKM) vertritt berufspolitische Interessen seiner Mitglieder und trägt durch Aufnahmekriterien zur Qualitätssicherung bei.

Die Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie e.V. (DGMT) ist bei weitem der größte musiktherapeutische Fachverband Deutschlands. Sie hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Musiktherapie zu einem festen Bestandteil der Gesundheitsfür- und -vorsorge zu machen. Dies beinhaltet neben der Öffentlichkeitsarbeit auch eine umfassende Berufspolitik.

Die Deutsche Musiktherapeutische Vereinigung Ost e.V. (DMVO) gründete sich nach der deutschen Wiedervereinigung. Sie bietet allen ostdeutschen Musiktherapeuten eine Möglichkeit der inhaltlichen Auseinandersetzung ohne den Druck, sich westdeutschen Gegebenheiten anpassen zu müssen, wie es in vielen anderen Bereichen üblich war. Außerdem bietet sie Ausbildungsmöglichkeiten in den in der DDR entwickelten musiktherapeutischen Methoden an.

Der Verein zur Förderung der Nordoff-Robbins-Musiktherapie e.V. wurde gegründet, um die Ausbildung und Forschung in dieser Methode zu erhalten und zu intensivieren.

Berufspolitik

Musiktherapeutische Leistungen werden in der Regel durch Musiktherapeuten angeboten, die in Kliniken und ähnlichen Einrichtungen angestellt sind. Die Anstellungsbedingungen sind meist noch nicht dem hohen Qualifikationsniveau, das Musiktherapeuten in der Zwischenzeit aufweisen können, angepaßt. Das hat zur Folge, daß Musiktherapeuten mit einer vergleichbaren Ausbildung wie Ärzte, Psychologen oder Sozialpädagogen weitaus weniger Gehalt beziehen. Von den Leitern staatlicher Ausbildungen ist zu fordern, dafür Sorge zu tragen, daß Hochschulabsolventen auf dem Arbeitsmarkt entsprechend ihrer Qualifikation bezahlt werden.

In der ehemaligen DDR konnten Angehörige bestimmter Berufsgruppen, wie Ärzte, Psychologen und Pädagogen eine Musiktherapie-Weiterbildung besuchen, in der sie bestimmte musiktherapeutische Methoden vermittelt bekamen, wie zum Beispiel die Regulative Musiktherapie oder die Gruppensingtherapie (Schwabe, 1991). Die musiktherapeutischen Methoden wurden in ein Gesamtpsychotherapiekonzept integriert. Musiktherapeuten wurden entsprechend ihrer Grundausbildung bezahlt und waren in dem Gesundheitssystem als Psychotherapeuten voll integriert. Nach der Wiedervereinigung verschlechterten sich die Anstellungsbedingungen der Musiktherapeuten in den neuen Bundesländern, da diese den westdeutschen Anstellungsbedingungen angeglichen wurden.

Obwohl sich die Musiktherapie in der Praxis seit langem bewährt, werden ambulant angebotene musiktherapeutische Leistungen nur in Ausnahmefällen von den Krankenkassen finanziert. Dies wird mit der angeblich mangelhaften wissenschaftlichen Absicherung begründet. Für diese Situation scheint vielmehr neben der fehlenden Sachkenntnis von Entscheidungsträgern die starke Lobby ärztlicher Psychotherapeuten verantwortlich zu sein. Wird das schon oft angekündigte Psychotherapeutengesetz in Deutschland eines Tages erlassen werden, dann wird die Musiktherapie vor allem aus lobbyistischen Gründen gleichermaßen mit anderen kreativen Therapieformen von Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten ausgeschlossen sein.

Trotzdem bietet sich dem Musiktherapeuten in Deutschland weiterhin die Möglichkeit, über das Gesetz zur Ausübung der Heilkunde (HPG) für die musiktherapeutische Tätigkeit eine rechtliche Absicherung zu erlangen. Seit 1991 ist es auch für Nicht-Diplom-Psychologen möglich, über das HPG, die „Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde – nur Psychotherapie“ zu erhalten, unabhängig davon, ob Musiktherapeuten in freier Praxis oder in Anstellung tätig sind. Nach Einschätzung der Deutschen Gesellschaft für Musiktherapie e.V. (DGMT) bietet sich hier die Möglichkeit, mit einer klaren Gesetzesgrundlage psychotherapeutisch tätig zu werden. Kassenrechtliche Fragen, die das zu erwartende Psychotherapeutengesetz so umstritten sein lassen, werden davon allerdings nicht berührt.

Nach einigen Jahren Vorarbeit legt die Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie e.V. demnächst einen Musiktherapie-Kodex vor, der nach einer verbandsübergreifenden Diskussion eine Möglichkeit zur Qualitätssicherung bieten soll. Dies beinhaltet auch eine Orientierung für Klienten, welche Kompetenzen Musiktherapeuten mit ihrer jeweiligen Ausbildung haben können. Grundsätzlich ist für die weitere Musiktherapieentwicklung in Deutschland zu fordern, daß die bestehenden musiktherapeutischen Vereinigungen berufspolitische Ziele gemeinsam formulieren und in der Öffentlichkeit vertreten. Hierzu wurde im Herbst 1994 die „Konferenz musiktherapeutischer Vereinigungen in Deutschland“ gegründet, an der sämtliche musiktherapeutischen Interessenvertretungen teilnehmen.

Ausblick

Die Vielfalt musiktherapeutischer Vereinigungen in Deutschland spiegelt die langjährigen Abgrenzungsbestrebungen innerhalb der vielfältigen Musiktherapie-Landschaft wider, die den Auseinandersetzungen zwischen Vertretern unterschiedlicher Psychotherapie-Richtungen entspricht. Die Überwindung dieser Situation wird der Musiktherapie in Deutschland ermöglichen, als eine notwendige Psychotherapieform im Gesundheitssystem auch eine rechtliche Verankerung zu erlangen. Die Erfahrungen im Zusammenhang mit der deutschen Wiedervereinigung weisen darauf hin, daß eine enge grenzüberschreitende berufspolitische Zusammenarbeit aller musik-

therapeutischen Interessenvertretungen notwendig ist, um eine umfassende, dem hohen Qualifikationsniveau von Musiktherapeuten entsprechende rechtliche Absicherung von Ausbildung und Berufsausübung europaweit zu garantieren.

Literatur

- Aldrige, D., Universität Witten/Herdecke (1996). CD-ROM Musiktherapie. info Teil 1. Witten/Herdecke.
- Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie e.V. (Hrsg.). (1996). Musiktherapeutische Umschau. Themenheft Forschung in der Musiktherapie. Bd. 17, Heft 1, S.3-95.
- Eschen, J., Th. (1983). Assoziative Improvisation. In Decker-Voigt, H.-H. (Hrsg.), Handbuch Musiktherapie (S. 41 - 43). Lilienthal/Bremen: Eres Edition.
- Florschütz, T., M., (1996). Anthroposophische Musiktherapie. In Decker-Voigt, H.-H., Knill, P., J., Weymann, E., (Hrsg.), Lexikon Musiktherapie (S. 15 - 24). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie..
- Frohne-Hagemann, I., (1992). Diplom-Musiktherapeut / Diplom-Musiktherapeutin. In Bundesanstalt für Arbeit (Hrsg.), Blätter zur Berufskunde. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag KG.
- Loos, G. (1986). Spiel-Räume. Stuttgart, New York: Gustav Fischer Verlag. Kassel, Basel, London: Bärenreiter Verlag.
- Niedecken, D., (1989). Namenlos. Geistig Behinderte verstehen. München: Piper Verlag.
- Nordoff, P. und Robbins, C. (1996). Schöpferische Musiktherapie. Stuttgart, New York: G. Fischer Verlag. Kassel, Basel, London: Bärenreiter Verlag.
- Orff, G. (1974). Die Orff-Musiktherapie. München: Kindler Verlag.
- Röhrborn, H. (1991). Zum Beitrag von Wolfgang Strobel: „Von der Musiktherapie zur Musikpsychotherapie“. Musiktherapeutische Umschau, Bd. 12, Heft 4, S.341-343.
- Schüppel, M. (1968). Beobachtungen an bewegungsgestörten Kindern. Das Seelenpflege-bedürftige Kind. Heft 2.
- Schwabe, C. (1991). Aktive Gruppenmusiktherapie für erwachsene Patienten. Leipzig/Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

- Smeijsters, H., Rogers, P. (Hrsg.). (1993). European Music Therapy Register. Utrecht: Werkgroep Onderzoek Muziektherapie NVKT.
- Smeijsters, H., Rogers, P., Kortegaard, H.-M., Lehtonen, K., Scanlon, P. (Hrsg.). (1995). European Music Therapy Research Register Volume two. Castricum: Stichting Muziektherapie.
- StudentInnenvertretung der Deutschen Gesellschaft für Musiktherapie e.V. (Hrsg.). (1995). Studienlandschaft Musiktherapie. Berlin.

DOROTHEA OBEREGELSBACHER

Musiktherapeutisches Improvisieren als Mittel der Verdeutlichung in der Psychotherapie

Music-therapeutical Improvising as a Means of Elucidation in Psychotherapy

I play what I don't know yet... The offer of a free or a thematically induced improvisation in the frame of a depth psychological (individual psychological/psychoanalytical) operating method is able, in psychotherapeutically significant places of a transitional character, to initiate or intensify processes of understanding, can improve the perception of patients regarding split feelings, the representation of intrapsychic conflicts, interpersonal constellations of relationship and others. This can help the therapist in giving impulses as well as in improving the clarification and interpretation. The attempt at constructing a theory is enhanced through case vignettes of individual therapy in the context of a private practice with mainly structurally weak early deficitary and partly mentally-handicapped adults. Here one can refer to groups of themes such as identity, perception of bodyshape, replacement, proximity/distance, aggression and the state of the family.

Ich spiele, was ich noch nicht weiß... Das Angebot einer freien oder themengeleiteten musikalischen Improvisation im Rahmen einer tiefenpsychologischen (individualpsychologisch/psychoanalytischen) Arbeitsweise kann an psychotherapeutisch signifikanten Stellen mit Übergangscharakter Prozesse des Verstehens anbahnen oder intensivieren, die bei Patienten etwa das Wahrnehmen abgespaltener Gefühlsanteile, das Darstellen von intrapsychischen Konflikten, interpersonellen Beziehungskonstellationen u.a. betreffen. Bei der Therapeutin kann es das Geben von Impulsen sowie das Hinarbeiten auf Klärifikation und Deutung begünstigen. Der Versuch einer Theoriebildung wird ergänzt durch Fallvignetten aus der freiberuflichen ambulanten Einzelarbeit mit vorwiegend strukturschwachen, frühdefizitären und zum Teil geistigbehinderten Erwachsenen, wobei es um Themenbereiche wie Identität, Körperschema, Ablösung, Nähe/Distanz, Aggression, Familiengefüge u.a.m. geht.

Vortrag im Rahmen des 1st Congress of the World Council for Psychotherapy
– Subsymposion Music Therapy Wien 1996

Einleitung

Ist es ein Wagnis, dieses Thema im Rahmen eines halbstündigen Vortrages, gleich zu Beginn eines Kongreß-Subsymposiums „Musiktherapie“ abhandeln zu wollen? Die Frage kann wohl mit einem „Ja“ beantwortet werden: einerseits angesichts der Fülle von Inhalten, die zu jedem der im Titel verwendeten Begriffe existieren; andererseits auch in Hinblick auf ein multiprofessionelles Auditorium, dem neben vielen MusiktherapeutInnen auch ÄrztInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, MusikerInnen und JournalistInnen angehören. Einige informieren sich hier zum ersten Mal über diese Therapieform.

So sollen zu Beginn der Ausführungen die Begriffe des Titels umrissen und – soweit erforderlich – zwecks Herstellung einer gemeinsamen Wissensbasis auch erläutert werden. Was davon schon bekannt ist, möge aus erwähntem Grunde toleriert werden.

Ein weiterer Schritt führt in Medias Res und zeigt anhand zweier Fallvignetten aus der Einzelarbeit, wie im Rahmen einer tiefenpsychologischen Arbeitsweise mit einem neurotisch depressiven Mann bzw. einer eßgestörten Frau durch musikalisches Improvisieren in der Tradition der Wiener Schule für Musiktherapie der Vorgang des Verstehens und Deutens begünstigt oder überhaupt erst ermöglicht wird. Typischerweise sind dabei Erfahrung und Einsicht eng verschränkt. In beiden Falldarstellungen geht es um Ablösungsprozesse und deren symbiotische bzw. aggressive Komponenten.

Zum Abschluß werden das theoretische Verständnis der beschriebenen Vorgänge vertieft und einige Spezifika dieses musiktherapeutischen Ansatzes zusammengefaßt.

Musiktherapeutisches Improvisieren

Der Begriff „Musiktherapeutisches Improvisieren“ bezeichnet hier einen aktionalen Vorgang, der während des musikalischen Geschehens durch die Beteiligten abläuft. Improvisieren bedeutet eingetaucht, involviert zu sein. Im Gegensatz dazu steht die „Musikalische Improvisation“ als Produkt, als dasjenige, was bereits stattgefunden hat und – wenn auch nicht intrapsychisch, so zumindest klanglich –

bereits abgeschlossen ist und auch von außen betrachtet oder reflektiert werden kann. Beides – Improvisieren und Improvisation – gehören aber zusammen wie die zwei Seiten einer Medaille: das Subjekt, die improvisierende Person einerseits und das Objekt, der Ausdruck, die erfundene Musik andererseits.

Der Terminus „Musik“ wird hier auch dann verwendet, wenn es sich um Klang- oder Rhythmuskonfigurationen handelt, die von musikalisch nicht versierten PatientInnen, die selbst kein Instrument erlernt haben, hervorgebracht werden. Dies geschieht ad hoc nach dem Prinzip des freien Einfalles, der sogenannten freien Assoziation auf zumeist leicht spielbaren Instrumenten verschiedenster Herkunft.

Es will betont werden, daß diese Hervorbringung von Musik stets im Rahmen und eingebettet in einer therapeutischen Beziehung stattfindet – unabhängig davon, ob nun die PatientIn zusammen mit der TherapeutIn oder alleine spielt oder etwas vorgespielt bekommt.

Die Musik kann zum einen als *darstellende Improvisation* die thematische Gestaltung eines Erlebnisses, einer Stimmung, einer aktuellen Szene oder Erfahrung sein und das heißt, sie ist Selbst-Darstellung und Affekt-Aktualisierung. Im Essener Modell nach Paul L. Janssen erhält dieser Spieltypus die Bezeichnung „Produktive Musiktherapie“ (Janssen, 1987 S. 163 ff.).

Der Ausdruck an sich und das Selbst-Erleben, die Kommunikation mit sich selbst sind hier das Zentrale. Die PatientIn als Spielende wird in der Regel alleine, d.h. im solistischen Sinne tätig sein. Es geht zunächst ausschließlich um eine Realität, welche die subjektive und intrapsychische der PatientIn ist. Die TherapeutIn wird hier primär die Rolle der Zuhörenden haben, auch dann, wenn sie beispielsweise einen musikalisch stützenden Hintergrund zur Verfügung stellt (etwa im Sinne einer Holding Function).

Die Musik kann zum anderen aber auch als *kommunikative Improvisation* die Begegnung mit einer anderen Person, mit der MusiktherapeutIn, mit anderen MitpatientInnen sein – also mit musikalisch Antwortenden. Janssen spricht von „Kommunikativer Musiktherapie“ (ebda., S. 167).

Hier stehen Dialog und Interaktion im Mittelpunkt des Geschehens, und zwar auf dem jeweiligen psychodynamischen Beziehungsniveau von symbiotisch bis ödipal. Hier ordnet sich auch die Individuation durch Selbst- und Objektdifferenzierung ein. Die PatientIn als Spielende und Hörende begegnet nun über Tönen und Klängen einer bewusst hörenden und antwortenden anderen Person, der TherapeutIn. Gemeinsames Spielen, einander Wahrnehmen, Imitieren und Anerkennen bis hin zu gegenseitiger Bezugnahme und aktiver Auseinandersetzung im „Instrumentalen Partnerspiel“ (Schmölz, 1983, 1988). All das trägt dem Geschehen, das nunmehr ein intersubjektives geworden ist, Rechnung. Die TherapeutIn wird also hier aktiv Impulse geben, spiegeln, musikalisch stimulieren, überraschen, ermutigen und vor allem: antworten.

Wie sich Kontakt musiktherapeutisch beispielsweise im Bereich der Frühstörungen bei Autismus entwickelt, zeigt Karin Schumacher in den drei methodischen Schritten: „Zunächst singe und spiele ich für das Kind... Dann spiele ich mit dem Kind... schließlich das Kind mit mir (und anderen Menschen)...“ (Schumacher, 1994, S. 101).

Neben diesen zwei dargestellten Formen musiktherapeutischen Improvisierens soll nun eine weitere erörtert werden, die in der Wiener Tradition mittlerweile einen selbstverständlichen Platz im musiktherapeutischen Handlungsrepertoire hat. Gemeint ist jene finale und lösungsbezogene Spielform, deren Musik von der Verfasserin als „*probehandelnde Improvisation*“ bezeichnet wird und unverkennbar individualpsychologische und humanistische Züge trägt. Neben dem analytisch-reflektierenden Anteil enthält gerade die Musiktherapie auch einen aktional-progressiven, der vor allem jene Entwicklungsrichtung in der Therapie betont, die zum Aufbau neuen Verhaltens führt. Den Erfordernissen der Nachreifung und Nacherziehung wird hier in besonderer Weise Rechnung getragen. Von A. Schmölz (1991b) wird das probehandelnde „Üben ohne Übung“ unter Bezugnahme auf den der Individualpsychologie nahestehenden Musiker H. Jacoby immer wieder erwähnt.

Die Improvisation als Probehandlung mag in ihrem Erscheinungsbild (besser: Klangbild) Elemente aus beiden erstgenannten Formen enthalten, also Solospiele und gemeinsame. Der Absicht nach sind

sie weder auf die Darstellung bzw. Verarbeitung von Vergangem bezogen, noch auf die Kommunikation mit dem real anwesenden Vis à Vis (z.B. mit der TherapeutIn). Sie richten sich vielmehr auf mögliche Situationen in der Zukunft z.B. auf ein bevorstehendes Gespräch mit jemandem, auf einen befürchteten Rückfall, auf eine erwartete frustrierende Situation u.s.w. Dazugezählt werden können hier auch verflossene Situationen, die man sich ein weiteres Mal anders wünschen würde. Die mentale und emotionale Vorwegnahme sowie die „als-ob-Handlung“ im musikalischen Rollenspiel ermöglichen hier neue Selbsterfahrung und Gestaltung von Perspektiven.

AkteurIn ist hier die PatientIn, während die TherapeutIn beim Abstecken des Spielfeldes behilflich ist, sei es durch Ermutigung, durch Zuhören oder durch Spielen einer zugewiesenen Rolle. Dies alles birgt ein hohes verdeutlichendes Potential und ist darüberhinaus gleichzeitig auch ein Experimentierfeld (Oberegelsbacher, 1990 S. 175).

Es muß nun darauf hingewiesen werden, daß es zwischen den erwähnten drei Zielrichtungen Darstellung/Ausdruck, Kommunikation und Handlung Übergänge und Mischformen geben kann. Auch wurde hier auf Spielformen, die in musikalischen Parametern gründen und in der Psychiatrie große Bedeutung haben, nicht näher eingegangen. Die oft übliche Unterteilung in sogenannte aktive und rezeptive Musiktherapie – also in Spielen und Zuhören – wurde hier ebenfalls unterlassen, da sie in einem psychodynamischen Verständnis weitgehend obsolet wird.

Weshalb wird nun gerade musiktherapeutisches Improvisieren betrachtet? Wohl deshalb, weil es die mitteleuropäische, vor allem österreichische Musiktherapie-Praxis kennzeichnet. In seiner Beweglichkeit, Anpassungsfähigkeit, in seinem Zulassen von plötzlichen Einfällen ist es eine Via Regia für analytisch orientiertes Arbeiten. Gleichzeitig ist es aber ebensostark auch Mittel für Ausdruck, Kommunikation, Aktivierung, Probehandeln, Kreativitätsförderung.

Im Zusammenwirken beider Qualitäten wird es schließlich Mittel des Verstehens: Ich spiele, was ich noch nicht weiß, etwas wird hör-

bar, es wird hörbar. Vorbewußtes bzw. Unbewußtes teilt sich mit, Lebensstil drückt sich aus.

Verdeutlichung

Wenn in diesen Ausführungen von Verdeutlichung die Rede ist, so ist darin der klassische Begriff der Deutung inkludiert, jedoch sind darüber hinausgehend auch die dazugehörigen Begriffe der Konfrontation und Klarifikation sowie Akte des Erklärens und Interpretierens gemeint.

Konfrontation definiert Greenson als einen Schritt, der die eigentliche Deutung vorbereitet und „die Lenkung der Aufmerksamkeit des Patienten auf ein bestimmtes Phänomen“ beabsichtigt, etwa wenn jemand „in stereotyper Weise immer die Arme über der Brust verschränkt hält, usf.“ (1973, zit. nach Mertens 1990, S. 92).

Klarifikation oder Klärung als nächster Schritt hat die Aufgabe, „das aufgezeigte Phänomen schärfer zu fokussieren und einzelne Details noch genauer herauszuarbeiten.“ (ebd. S. 92). Zusammenhänge zwischen verschiedenen Verhaltensweisen, Gefühlen und Situationen werden festgestellt.

Häufig bleibt es zunächst bei diesen beiden Schritten, und die Deutung selbst als verbale Intervention, „bei welcher der vom Analytiker geahnte, erratene und geschlußfolgerte Sinnzusammenhang dem Patienten mitgeteilt wird“ (S. 91) unterbleibt zunächst.

Zur *Deutung* selbst kann gesagt werden: „Nicht die Deutung als isolierter verbaler Akt ist wichtig, sondern das Prinzip der Deutung in der psychoanalytischen Situation. Nicht die glänzende verbale Einzelaktion eines begnadeten psychoanalytischen Intellekts wird im Normalfall einen mutativen Effekt haben, sondern der geduldige Deutungsprozeß, welcher im einzelnen auch Interventionen beinhalten mag, die im engeren Sinn keine Deutungen sind.“ (Werthmann 1983, S. 154, zit. nach Mertens, 1990, S. 91 f.).

Letzteres ist für die Musiktherapie von besonderer Wichtigkeit, geht es doch hier auch oft um Prozesse, die zunächst etwas lediglich

klar werden lassen, indem sie es im buchstäblichen Sinne betonen. Verdeutlichung will hier als beschreibender Terminus verstanden werden, der auch transportieren soll, daß das Ganze nicht ein blitzartiges, sondern ein Zeit-brauchendes und Kraft-brauchendes Geschehen – also Arbeit – ist. Diese Arbeit wird von Subjekten erbracht, in unserem Fall von TherapeutIn und PatientIn, und zwar mittels Spielen, Hören, Spüren, Erinnern, Denken, Reflektieren, Reden.

Es wird mit Janssen (1987) festgehalten: „Allgemein gilt Deuten oder Interpretieren als zentrale Aufgabe des Psychoanalytikers in der Psychoanalyse“ (S. 21), im Zentrum steht dabei die Analyse der Übertragungsreaktion bzw. Übertragungsneurose. „Da die Aufdeckung der unbewußten Konflikte durch starke Widerstände behindert wird, bedarf es einer wiederholten, ausführlichen Bearbeitung dieser Widerstände. Dieser Vorgang wird als Durcharbeiten bezeichnet.“ (S. 21). Er setzt ein intaktes Ich voraus, soll das Hauptziel der Psychoanalyse erreicht werden, nämlich die Einsichtsfähigkeit des Ichs durch eine Strukturänderung. „Bei solchen Einsichten im psychoanalytischen Prozeß handelt es sich nicht nur um intellektuelle Erkenntnisse, sondern um emotionell-kognitive Prozesse.“ (Janssen ebd. S. 24).

Hier, und nicht nur hier, wo es um emotionell-kognitive Prozesse geht, kann eine Schiene zur Musiktherapie gelegt werden. Sie behandelt oft Personen mit strukturellen Ich-Störungen (Fürstenau, 1977 a,b) also mit psychogenetisch frühen Störungen aus der präverbalen Zeit vor Abschluß der Individuations- und Separationsphase (Mahler et al. 1975). Janssen (ebd. S. 25) zählt hierzu klinische Syndrome wie Borderline, Psychose, Psychosomatose, auch einige neurotische Symptome wie hysterische Lähmungen oder Zwänge. Nach Meinung der Verfasserin sind auch intellektuell retardierte Personen mit sprachlichen Beeinträchtigungen hier dazuzuzählen.

Eine Modifikation der klassischen analytischen Standardtechnik wird nötig, oder besser gesagt, jene analytischen Techniken, die im Vorfeld der klassischen Analyse liegen, erhalten nun eine besondere Wichtigkeit.

Cremerius stellt die Einsichtstherapie einer Therapie der emotionalen Erfahrungen gegenüber und spricht von „paternalistischer

Vernunftstherapie“ und „mütterlicher Liebestherapie“ (1979a, zit. nach Janssen, S. 24).

Modifizierte psychoanalytische Behandlungstechniken bedeuten etwa bei den Ichpsychologen G. und R. Blanck (1978, 1980), daß der Therapeut sein Deutungsmonopol ein Stück weit aufgibt zugunsten von „Schutz und Förderung der Autonomietendenzen des Patienten“ (zit. nach Janssen, S. 26). Wichtig werden die Ich-Bildung durch Förderung der synthetischen Ichfunktionen, durch Unterstützung des Symbolisierungsprozesses und Neutralisierung von Triebenergie.

Auch Kernberg betont in seiner deutenden Arbeit der frühen Abwehrformen und Ich-Stützung bei Frühgestörten die Wichtigkeit der emotionellen Erfahrung vor der Rekonstruktion von Vergangenheit.

Die Objektbeziehungstheoretiker Balint (1970) und Winnicott (1974a, 1974b) schließlich fordern vom Therapeuten, daß er mit primärer Mütterlichkeit hält. „Das Setting ist der Behälter, der die symbiotische Beziehung zwischen Analytiker und Patient verkörpert. Stellt der Patient das Setting in Frage, so ist dies der erste Schritt zur Überwindung der Symbiose.“ (Janssen, S.31). Die Ziele sind „Wiederherstellung der frühen Mutter-Kind-Beziehung, um neue positive Erfahrungen an einer ‘besseren Mutter’ zu ermöglichen.“ (S. 32).

Es geht also um Reifungsvorgänge, die nicht einer sogenannten „asymmetrischen Position“ der klassischen Übertragungsbeziehung bedürfen, sondern einer „psycho-physiologischen Symmetrie ...“ (Cremerius, 1979b, zit. nach Janssen, ebd. S. 32). Darin gibt es Bedürfnisbefriedigung und eine Gegenübertragung als Haltung der Antwort: „In den sog. ‘Erfahrungstherapien’ ist die Gegenübertragung nicht nur ein Indikator für die Prozesse beim Patienten, sondern Ausdruck einer Haltung, die dem Patienten auf einer frühen, seine gesamte Existenz begründenden Ebene zu antworten versucht. Solche Vorstellungen zur Übertragungs-Gegenübertragungsinteraktion finden sich schon bei Spitz ..“ (Janssen, S. 30).

Fallvignette zu Herrn A.

Herr A. ist ein vierzigjähriger Mann, seit 15 Jahren verheiratet mit einer Frau, die als Küchenhilfe arbeitet. Er hat keine Kinder, ist Angestellter mit einer angelernten einfachen Tätigkeit in einem KFZ-Betrieb und wirkt sehr angepaßt. Blondhaarig und farblos sieht er aus wie ein Bub und ein Mann zugleich. Er ist in seiner Intelligenz leicht behindert und wird immer wieder von depressiven Phasen heimgesucht: Gefühle der Niedergeschlagenheit und somatisierend auch Kreislauf- und Schlafstörungen. Öfter ergeben sich daraus Krankenstände, selten sogar freiwillige Psychiatricaufenthalte aus der Angst heraus, sich ansonsten etwas anzutun. Trotz besonderer Labilität in den kalten sonnenarmen Monaten ist das depressive Geschehen als stark neurotisch mitbedingt zu sehen: Herr A.'s frühe Kindheit ist geprägt von einer sehr instabilen Mutterbeziehung, der Abwesenheit von Vater und Geschwistern. In der späteren Kindheit und Jugend finden sich Wohlbehütung bei den Großeltern und gleichzeitig Überlastung in Schule und späterem Lehrlingsberuf, wo sich Herr A. als Außenseiter fühlt. Der Alltag von Herrn A. ist oft geprägt von Hyperaktivismus und chronischer Selbstüberforderung, vor allem in seiner Freizeit.

So ist ein Fokus in der Therapie unter anderem das Arbeiten an und mit Stille, mit Pausen und Leere, da Herr A. dies so gut wie nicht erträgt und folglich vermeidet. Weitere Schwerpunkte sind die Entwicklung eines Bewußtseins für psychosomatische Zusammenhänge in seinem Leben durch Aufspüren von Stressoren im sozialen Umfeld und durch Erkennen zugehöriger negativer Affekte und Gefühle wie z.B. Ärger, Wut und Enttäuschung. Auch die Entwicklung von Copingstrategien einerseits und das Regredieren-dürfen, Nachgenährt-werden andererseits sind von Bedeutung.

Herr A. kommt einmal wöchentlich und ist mit den Musikinstrumenten, dem freien Spiel, mit dieser 'seiner' Therapie mittlerweile sehr vertraut. Nach zwei Jahren ist für ihn das Gespräch immer wichtiger geworden.

Es sollen nun die 76. bis 79. Stunde skizziert werden – zum Verständnis des Prozesses auch kommentiert und dies unter Einbezug der Gegenübertragung (dies jeweils in Klammer).

Verdeutlichung durch Vertonung des Atemrhythmus

In der 76. Stunde erwähnt Herr A. ein bevorstehendes Picnic und erzählt dann von einem früheren, nicht enden wollenden gastronomischen Großereignis, immer noch eine Speise und deren Aussehen und Geschmack fallen ihm ein. Keine meiner Äußerungen dazu finden Anklang, vielmehr scheinen sie den Erzähldruck noch zu steigern, bis ich endlich kommentiere: „Ja, es ist für alles gesorgt!“. Herr A. bejaht befreit. Dann kann er berichten, daß er derzeit auch gut und tief schlafe.... (Es ist, als dürfe nun nach dem Gesättigtwerden der Schlaf kommen, ähnlich wie bei Säuglingen).

Irgendwann erhebt er sich und geht ans Metallophon, spielt darauf mit einem weichen flauschigen Schlägel einige sehr kurze leise Töne. Alles klingt sehr fern. Ich gehe daraufhin zu den Röhrenglocken und sage laut dazu, ihm nun eine Antwort geben zu wollen. Ich spiele einige Töne (die hier in der Gegenübertragung von einem Gefühl erwartungsvollen Gespanntseins begleitet werden). Herr A. kommt sofort her, legt sich bäuchlings auf die blaue Schaumstoffmatte, mit dem Kopf mir zugewandt, als wolle er noch viel hören (- es scheint, als nehme ein symbiotisches Geschehen seinen Lauf -). Er schaut mir ruhig zu, schließt irgendwann seine Augen, atmet ruhig und schnarcht.

Immer noch auf den pentatonischen Röhrenglocken spiele ich nun weiter. Als ich genau in seinem Atemrhythmus spiele, endet das Schnarchen abrupt. Bewußt wird nun von mir die Phase seines Einatmens von zwei langsamen Einzeltönen, jene seines Ausatmens von einem Glissando abwärts begleitet (akustisch wird damit eine trophotrope Wirkung beabsichtigt, d.h. vegetatives Entspanntsein betont und verstärkt). Herr A. schläft und gleichzeitig muß er in einer Art hörenden Verbindung zu mir sein. Ich vertone seinen Atem, seine Ruhe, zu der er in meiner Gegenwart finden kann.

So vergeht einige Zeit, und ich bereite - wie auch bei diversen Entspannungsverfahren üblich - die Rücknahme vor. Umgekehrt wird nun das Einatmen mit einem Glissando aufwärts betont und das Ausatmen mit zwei langsamen Einzeltönen (was ergotrop wirkt). Wie tief schläft Herr A.? Es scheint sich bei ihm an dieser tiefen Entspannung noch nichts geändert zu haben.

Die Einzeltöne werden nun in zwei leicht bewegte Klopfzeichen am Holzrand des Instrumentes verwandelt und bekommen so deutlich einen Rufcharakter. Unmittelbar bewegt Herr A. seine Hand auf der Matratze klopfend dazu. Nach insgesamt fünfzehn Minuten sitzt er wach da und beobachtet alles. Ich spiele seinen Atem-Rhythmus aus der „Schlafzeit“ weiter und verweise ihn währenddessen mit Worten darauf, daß er vorhin so ruhig geatmet habe wie diese Musik hier. Erstaunt, ungläubig und erfreut lauscht er noch eine Weile den Klängen, nimmt er diesen seinen vertonten, verdeutlichten Atem, seine Ruhe zur Kenntnis (– hier kann sich der Patient im Spiel der Therapeutin spiegeln. Analoges geschieht etwa auch durch psychoanalytisches Handeln in einer kinderanalytischen Spieltherapie oder in der frühen Mutter–Kind Interaktion wie sie Daniel Stern in der Lebenswelt des Säuglings beschreibt –).

Symbiose und erste Loslösung aus gemeinsamem Spiel

In der 77. Stunde dreht sich das Erzählen um diverse Häuser, um Wohnungen, um Obdachlosigkeit. Oft ist es still. Irgendwann erhebt sich Herr A. und geht zu den Röhrenglocken, spielt in Anklängen so wie ich in der letzten Stunde. Ich frage ihn, ob er da weitermachen möchte, wo wir letztes Mal waren? Erstaunt meint er, „vielleicht unbewußt“. Er sei müde und die Stille sei angenehm (– im Phänomen der Gegenübertragung jedoch wird die Stille als zu lang erlebt, der Patient möchte die Therapeutin in eine diffuse Verschmelzung bringen –).

Ich schlage Herrn A. vor, doch in diese Stille hinein einen nachklingenden Einzelton zu spielen, dem irgendwann ein nächster folgen könne, wenn die Stille zu lang werden sollte. So spielen wir abwechselnd in einer sehr meditativen Stimmung auf zwei pentatonisch gestimmten, lang nachklingenden Instrumenten: auf einer (harfenartigen) Leier die Therapeutin, auf den Röhrenglocken der Patient.

Irgendwann wechselt er zum diatonisch gestimmten Glockenspiel über. Er beendet damit die umfassende Harmonie zugunsten einer nunmehr relativen Harmonie. Immer noch gibt es beiderseits lang nachklingende Töne, jedoch bezüglich des Tonraumes ist neben der

weitgehend spannungsfreien, chinesisch klingenden Pentatonik auch Herr A.'s umfangreichere, dissonanzfähige Diatonik getreten. Die gemeinsame Musik klingt nun gelegentlich leicht schräg (- damit hat der Patient die Symbiose ein Stück weit verlassen. Dies kann bei der TherapeutIn in der Gegenübertragung beispielsweise Gefühle von Unbehagen, Bedauern oder Ärger darüber hervorrufen, daß ein schöner Wohlklang nun vorbei ist -).

Verlassenwerden und Selbstbestrafung für Rachegefühle

Diese 78. Stunde gestaltet sich rein verbal, obwohl es dennoch eine Art Musik gibt, die vom regelmäßigen Rauschen des Regens draußen hervorgerufen wird. Herr A. erinnert sich an einen zurückliegenden Seitensprung seiner Frau und meint, auch er hätte Lust, einmal mit einer Bekannten... In diesem Moment ereilt ihn plötzlich ein Fußkrampf und er ist ganz gefordert, diesen zu bekämpfen und durch Aufstehen und Auftreten zu beheben. Auf meine anschließende Frage, ob der Fußkrampf vielleicht etwas mit dem Thema zu tun haben könnte, antwortet er, er glaube nicht (- dennoch ist das vorherige Thema wie weggeblasen -).

Der immerfort strömende Regen wird wieder hörbarer und von Herrn A. betrachtet (- es ist, als verbreite sich eine angenehm betäubende Wirkung. Das schmerzhaft Thema des Betrogen- und Verlassenwerdens durch eine Frau ist nun aufgetaucht und führt zu aggressiven bzw. sexuellen Phantasien, die sich symbolisch und somatisch schmerzhaft darstellen, wohl auch zensuriert werden. Das Suchen nach Bedeutung mittels der gestellten Frage muß vom Patienten abgewehrt werden. Es kann vermutet werden, daß die verborgene Trauer von Herrn A. in der langen Betrachtung der Fensterscheiben mit den herunterrinnenden Wassertropfen vielleicht eine Metapher gefunden hat. Der Patient ist in dieser wortlosen Stille nicht allein gelassen. Aus der Distanz des geschützten Innenraumes beobachtet er den Vorgang. Der Regen hüllt ihn fast bergend ein und die Therapeutin gehört mit dazu -).

Wiedererleben von Verlassenheit und nonverbales Durcharbeiten

Die 79. Stunde entwickelt sich zunächst entlang vieler schöner Begebenheiten aus der Woche, die berichtet werden (- dennoch macht sich Gegenübertragung in psychosomatischer Resonanz bemerkbar. In diesem Falle als starkes Kratzen im Hals, das von der Therapeutin erfahrungsgemäß als Zeichen für latentes aggressives Material beim Patienten gewertet wird -).

Herr A. wird gefragt, ob es vielleicht auch irgend etwas Ärgerliches gegeben habe. Prompt erwähnt er eine Differenz mit dem Chef und einen depressiven Einbruch vor wenigen Tagen, als seine Frau ganztägig auf einem Betriebsausflug und er zuhause war. Ein Nachfragen, Beschreibenlassen der Umstände führen nicht weiter: Alles liege am Wetter, so Herr A. (- der Widerstand ist zu stark, das Thema offensichtlich zu bedrohlich. So entzieht sich das Ereignis einer weiteren verbalen Bearbeitung -).

Im Gegensatz zur letzten Stunde erhebe diesmal ich mich und gehe zu den Röhrenglocken. Herr A. kommt nach und bald entsteht ein gemeinsames Spiel, das zusehends mehr in ein sehr infantiles ruhiges Spielen mit kleinen rasselartigen Instrumenten übergeht.

Beide sitzen wir auf dem Wollteppich, es ist ein Hin und Her, Echo-geben, Imitieren, Klatschen und Lachen. So geht es eine ganze Weile (- ein sehr regressives Spielstadium ist hier verwirklicht. Irgendwann wird von der Therapeutin die Möglichkeit erkannt, nach diesen wohltuend-anspruchslosen aber beziehungsreichen Augenblicken dem Patienten wieder Konfrontation zuzumuten -).

Spontan lege ich meine kleine hellklingende Bambusrassel aus der Hand und verkünde: „Ich gehe jetzt auf Betriebsausflug, servus!“ Ich erhebe mich, entferne mich in eine Nische des Therapieraumes, wo Herr A. mich nicht sieht. Er lacht laut (- diese starke affektive Reaktion zeigt, daß nun die Rückkehr zu einem schwierigen, da angstbesetzten Thema stattgefunden hat -).

Ich höre, wie er noch kurz auf meinen Rasseln spielt (- dies ist vermutlich ein Identifikationsschritt mit der Therapeutin bzw. im weiteren Sinn wohl ein Versuch, sich am verlorengehenden Objekt festzuhalten -). Herr A. geht dann zu seinem geliebten Klavier. Dort

beginnt eine laute und dröhnende Musik. Er bespielt beidhändig die ganze Tastatur, das gedrückte Pedal bildet ein andauerndes Klangkontinuum. Die musikalische Gestalt ist ohne erkennbare Struktur, obwohl Herr A. sonst oft dialogische Motive zwischen beiden Händen entwickelte, mit viel Humor. Diesmal ist es ein gespenstisch und häßlich klingendes Etwas mit kontraphobischem Charakter (- vermutlich ist Herr A. jetzt wieder allein zuhaus, mit einem Unterschied: diesmal ist seine Therapeutin anwesend. Damit ist klar, daß er vielleicht etwas Neues erleben und ausprobieren kann -).

Herr A. probiert nicht lange, beendet das Spiel abrupt und kommt zu mir. Ob er dazu etwas sagen möchte? Nein. Dennoch beginne ich behutsam ein Gespräch, bei welchem ich frage, wie spät es wohl gewesen sein könnte bei ihm zuhaus bzw. am Klavier, als er das Spiel beendete. Sehr sicher und schnell sagt er: „17.00 Uhr! Und die Frau kam erst um 22.00 Uhr.“

Wir vergleichen die jetzige Situation mit der damaligen, finden Ähnlichkeiten: das Verlassenwerden und das Mißbehagen. Wir finden Unterschiede: Hier ist der Kontakt nahtlos möglich, dort und damals gab es die grauenhafte Leere.

Plötzlich fällt Herrn A. ein, daß ein Autobus voller Kolleginnen bei jenem Ausflug sich bis ein Uhr früh vergnügt habe (- neue thematische Details sind hinzugekommen, die Abwehrhaltung hat sich gelockert. Nach Charles Brenner, 1979, S. 52, folgt auf richtige Deutungen „frisches“ analytisches Material -).

Ob er vielleicht an jenem Abend Sorge hatte, seine Frau könnte sich anderweitig vergnügen? Und ob vielleicht von daher seine Niedergeschlagenheit kam? Herr A. verneint dies mit der Begründung, seine Frau sei ja zurückgekehrt (- das Unlogische dieser Begründung scheint den Patienten nicht zu stören, der Therapeutin dagegen fällt es auf. Sie konfrontiert ihn jedoch nicht damit. Eine Verneinung muß kein Maß dafür sein, ob die Fragen nicht doch angekommen sind und ihre Wirkung tun -).

Herr A. dreht bereits die ganze Zeit an seinem Ehering. Das Gespräch geht nun über zu allgemeineren Überlegungen, wie zwei Menschen miteinander Verbindung halten können z.B. auch in Gedanken. Eine demnächst bevorstehende Therapiepause durch Urlaub wird schließlich ebenfalls zum Thema. Beim Verlassen des

Raumes am Stundenende meint Herr A. spontan, dieses Spiel habe ihm Spaß gemacht! (- einiges in dieser Stunde muß von ihm wohl als sinnvoll erlebt worden sein, muß ihn entlastet und befreit haben -).

Klar wird an diesem Beispiel, daß die Deutungssequenz und nicht die Einmaligkeit einer Deutung wichtig ist. In dieser Sitzung geht es sehr um das Konfrontieren und Klären, aber auch auf spielerischem Wege, wenn die verbale Annäherung z.B. intellektuell überfordert oder inhaltlich zu bedrohlich ist. Damit verweist das musikalische Improvisieren auf seine mögliche psychotherapeutische Funktion des nonverbalen Durcharbeitens, aber auch der stets wieder aufgesuchten Regression im Dienste des Ich (vgl. Strobel, 1990).

Es wird sichtbar (und in der musikalischen sowie verbalen Sprache auch hörbar), wie unangenehm die Loslassungsphase ist, wie die präöipale Erfahrung „Die Mutter verläßt mich und wendet sich anderen zu.“ als aggressiv erlebt wird, wie auch Abgrenzung zunächst nur aggressiv möglich ist. Die ganze Sequenz veranschaulicht aber auch, wie innerpsychisches Verschwimmen und Regression im prägenitalen Stadium Begleitung brauchen, damit sich ein aktiver Loslösungsprozeß vollziehen kann.

Fallvignette zu Frau B.

Frau B., eine 20jährige Jus-Studentin, lebt in einer Landvilla mit Gestüt gemeinsam mit Schwester und Mutter, die von einem wohlhabenden Immobilienmakler geschieden ist. Frau B. leidet seit mehreren Jahren an Anorexie, später an Bulimie. Seit einem Jahr kommt sie zwei Mal wöchentlich in Therapie, ist seit kurzer Zeit auch symptomfrei und hat einen jungen Mann kennengelernt. Es besteht eine enge Beziehung zu ihrer vereinsamten und depressiv-bevormundenden Mutter.

Frau B. ist hochintelligent, dennoch fehlen in ihrem Wortschatz Begriffe für Gefühle, geschweige denn Gefühlsnuancen, vor allem im negativen Bereich. Ebenso wenig scheint Frau B. eine spürbare Beziehung zu ihrem Körper zu haben, ihre Stimme ist hoch, gehaucht und stockend. Das musiktherapeutische Angebot kann Frau B. vom ersten Augenblick an gut für sich nützen. Sehr versunken

gibt sie mit ihren Solospielen ihrer Innenwelt eine Stimme. Sehr auf Abgrenzung bedacht zeigt sie in den Spielen mit der Therapeutin, wieviel Nähe oder Distanz sie bedarf. Die verbale Reflexion nach einer Improvisation zeugt von guter Abstraktions- und Symbolisierungsfähigkeit. In diesem Schnittfeld von Spiel und Gespräch tritt ihre Kreativität oft am stärksten in Erscheinung und vermag wohl auch Frau B. selbst zu berühren und zu öffnen für jene Dimension in ihr selbst, die gemeinhin mit Privacy oder Identität umschrieben wird.

Symbiotische Verwobenheit mit Mutter gefährdet Therapie

Im Zuge zunehmender Autonomie bei Frau B. mehren sich Bemerkungen der Mutter zu Frau B. über die Therapiekosten, die nun bald nicht mehr zu finanzieren seien, was diese belastet, ängstigt und unter Druck bringt. Erstmals taucht diese Information in der 64. Stunde auf und wird wenig später zur mütterlichen Ankündigung „Ich zahl Dir Deine Therapie nicht mehr“. Frau B. möchte nun die Frequenz reduzieren, spricht vom baldigen Therapieende und davon, ihre Mutter nicht verlieren zu wollen, aber auch davon, daß sie diese Therapie doch noch zu brauchen glaube. Die ganze Ambivalenz drückt sich auch darin aus, wie Frau B. dieses Thema präsentiert: Innerhalb des Settings schneidet sie es stets so an, daß eigentlich weder Zeit noch Raum für eine Bearbeitung bleiben, d.h. meist vor Stundenende oder aber zu Beginn, um dann nahtlos von anderem zu erzählen.

In dieser Situation ist Frau B. einer analytischen Bearbeitung dieses Konfliktes und der Suche nach Bedeutung nicht im geringsten zugänglich. Damit ist auch das Risiko eines Therapieabbruches groß, zumal noch die Sommerpause bevorsteht.

Nach dem Sommerurlaub spitzt sich die Lage während fünf Sitzungen weiter zu durch ihr agierendes sporadisches Fernbleiben. Gleichzeitig kann der Patientin klar mitgeteilt werden, daß eine Stundenreduktion in Ruhe besprochen werden müsse und sie dies gleichzeitig verunmögliche.

Eine vorbereitete Deutung mittels Musikinstrumenten

Die 78. Stunde steht unmittelbar bevor. Vielleicht auch das abrupte Ende der Therapie? Bei der Therapeutin gibt es eine Reihe von Überlegungen: Im verbalen Diskurs ist an irgendeine Deutung nicht zu denken, vor allem nicht die Übertragung betreffend. Alle diesbezüglichen Versuche werden von Frau B. mit Weghören und einem starken Erzählschwall beantwortet, der in seiner Vehemenz an die Triebentladung eines bulimischen Erbrechens denken läßt. Die symbiotische Verwobenheit der Patientin ist so stark, daß bestenfalls von einem rudimentären Stück an Übertragung gesprochen werden kann. Eigenheiten der psychosomatischen Persönlichkeitsstruktur treten hier deutlich hervor. Dies ist einerseits die narzißtisch begründete und von Subjekt-Objekt-Diffusion gekennzeichnete Unfähigkeit zu echter Objekt- und Übertragungsbeziehung. Dies ist andererseits die projektive Reduplikation, durch welche die Patientin den anderen stereotyp wie sich selbst sieht, auf Realpräsenz des Objektes angewiesen ist und durch Beziehungsabbrüche mit haltgebenden Objekten besonders gefährdet ist (vgl. die französische psychosomatische Schule bei nach Bräutigam und Christian, 1975, S. 43f.).

Die Notwendigkeit einer Hinlenkung der Aufmerksamkeit auf das, was jetzt Priorität erfordert, wird immer dringlicher. So wird eine Deutung vorbereitet, die auf ihren günstigen Augenblick wartet. Dies geschieht in Form eines stillen Arrangements bestimmter Instrumente, die von Frau B. mit Sicherheit im Laufe der Therapie objektal besetzt worden sind, die also bereits Bedeutung haben, die aufs engste auch mit emotionell-kognitiven und leibnahen (da motorischen) Spielerfahrungen verknüpft sind. Gemeint sind das Xylophon, welches Frau B. mit ihrer eigenen Person in Verbindung brachte und weiters die Trommel, die sie öfter der Mutter zugeordnet hatte. Noch bevor die Patientin in die Stunde kommt, wird auf die Mitte des Teppichs ein rechteckiger Holzschemel gestellt. Obendrauf wird die Trommel gelegt, darunter hineingeschoben das Xylophon.

Als Frau B. nun wieder ihr Thema artikuliert und irgendwann verzweifelt meint, sie wisse nicht was tun, wird sie von mir aufge-

fordert, ihren Blick auf die Mitte des Teppichs zu richten. Sie blickt erstaunt auf das, was dort steht und schweigt nachdenklich.

Ob sie etwas ausprobieren wolle? Näher dorthin zu gehen, rund um den Hocker herumzugehen und darauf zu achten, was sie dabei empfinde, welche Gedanken ihr kommen würden? Sie tut es und äußert bald, daß man mit dem Xylophon so ja nicht spielen könne (- die Konfrontation ist geglückt. Gleichzeitig wird hier mit dieser Aufforderung zum Handeln ein deutlich anderer Weg als in der Psychoanalyse eingeschlagen. Diese würde hier wahrscheinlich eine Aufforderung zum gedanklichen Assoziieren setzen. Anders mag die Musiktherapie mit der Individualpsychologie hier eine Ermutigung zum Probehandeln zulassen -).

Auf die Feststellung von Frau B., so verbarrikadiert sei ihr Instrument ja nicht beispielbar, meine ich provokant, das sei nicht gesagt. Ich lade sie ein, dennoch zu versuchen, auf dem Xylophon Musik zu machen und wiederum zu spüren, wie es ihr dabei gehe. Frau B. kann sich darauf einlassen und beginnt nun in mühevoll verrenkter Art, auf dem Teppich hockend, ihrem Instrument einige Töne zu entlocken. Irgendwann jedoch packt sie ruckartig und entschlossen das Xylophon und zieht es unter dem Hocker heraus. Sie sieht sehr ernst und betroffen aus, schweigt lange. Dann wandert ihr Blick zum leeren Hocker und wir beschäftigen uns in der Folge damit.

Konfrontation mit der verlassenen, aber unzerstörten Mutter

Frau B. betrachtet, nachdem sie das Xylophon unter dem Hocker herausgezogen hat, diesen nun argwöhnisch und angespannt (- sie hat die Symbiose zur Mutter probierend mit einem Schritt in die Autonomie gelockert. Es braucht nicht erwähnt werden, daß diese vorbereitete Deutung mit Sicherheit erst zu diesem Zeitpunkt greifen konnte. Wäre sie auch nur zwei Wochen vorher angeboten worden, so hätte es nichts bewirkt, wäre vielleicht sogar kontraproduktiv gewesen. Auch besteht bei der Therapeutin die Gewißheit, daß diese Deutung auf rein verbalem Wege verhallt wäre, wenngleich die Deutung in der beschriebenen Form deswegen noch nicht als a verbal bezeichnet werden kann - baut sie doch auf bereits gebildete

Begriffe und Beziehungen auf, über die früher bereits geredet worden ist -).

Der Hocker sei nun so leer! So hohl... (- mit der Trommel oben drauf und der zutiefst betroffenen Patientin daneben oszilliert das Ganze zwischen Skandal und Erleichterung. Frau B. hat die Deutung angenommen und damit weitergearbeitet. Der unter der Trommel entstandene Hohlraum läßt in der Tat an einen Bauch nach einer Entbindung denken, oder an ein leeres Mädchenzimmer. Ist Frau B. mit ihrem Instrument vielleicht aus dem Bauchraum der Mutter ausgezogen? Nun steht das Xylophon frei auf dem Teppich im Schutzraum, im Container der Therapeutin, und der Gesichtsausdruck von Frau B. zeigt Schuldgefühle -).

Irgendwann findet sie Worte. Es sei gar nicht so schlimm, eigentlich sogar ein ganz gutes Gefühl. Die Betrachtung der Trommel auf dem Hocker ergibt, daß das Instrument ja im Grunde dadurch nicht kaputt geworden sei, es könne noch gespielt werden, wenn es jemand tun wolle. Nur von selbst würde die Trommel nicht klingen (- diese letzte Erklärung spielt auf die von Frau B. oft beklagte Passivität ihrer Mutter an. Damit will die Therapeutin für die Patientin benennen, daß die Unversehrtheit der Trommel und deren Stummheit zwei unterschiedliche Dinge seien. Ein weiterer Sinn dieser Erklärung ist eine in diesem Augenblick indizierte Überich-Entlastung-). Eine Fortsetzung des Gespräches fördert einige Sorgen von Frau B. zutage, für das Glück ihrer Mutter verantwortlich zu sein.

Als Folge dieser Deutungsarbeit zeigen sich in den weiteren Sitzungen eine Reihe tiefgreifender Veränderungen. Die darauffolgende 79. Stunde sagt Frau B. ab, um mit ihrem Freund spontan wegzufahren und eine ausländische Stadt zu besichtigen (- es ist die erste so abgesagte Stunde, daß sie gemäß Absageregulation dennoch bezahlt werden muß. Damit erhält diese Handlung neben einem agierend-widerständigen Aspekt auch einen probehandeln-progressiven. Im Schutze der Therapiestunde wird andernorts etwas Wichtiges und Neues ausprobiert: Ablösung und Eigenständigkeit -).

Bezüglich der Folgen auf richtige Deutungen u.a. kann gesagt werden: „Die Reaktionen lassen sich gewöhnlich verstehen als Folge der Minderung von Angst (und Schuldgefühlen), der Lockerung von

Abwehrhaltungen sowie größerer Toleranz gegenüber Triebabkömmlingen, und im allgemeinen erwartet man, daß mit ihnen eine Besserung der Symptome einhergeht.“ (Brenner, 1979, S. 52).

Das Aussehen von Frau B. verändert sich ab dieser Zeit positiv in Richtung einer femminieren Frisur und Kleidung. Frau B. trifft außerdem von sich aus die Entscheidung, ab nun den finanziellen Selbstbehalt ihrer Therapie (die Krankenkasse bezahlt nur einen Teil) mit ihrem Taschengeld zu bestreiten. Das Thema der Stundenreduktionen wird erst sehr viel später wieder auftauchen. Die weiteren Stunden eröffnen ein bisher gemiedenes Thema. Es geht um den fehlenden Vater und die große Trauer um ihn.

Exkurs zur Musik und ihren Wirkfaktoren

Wie kann nun der Einsatz von Musik in der analytischen Deutungsarbeit begründet werden? Wie kann Musik als therapeutisches Agens auf dem Boden von Beziehung und Sprache integriert werden? Wie kann sie mithelfen, daß der Balanceakt zwischen den eingangs beschriebenen unterschiedlichen psychotherapeutischen Aufgaben, vor allem bei sprachlich eingeschränkten Patienten, gelingen kann? Folgende Überlegungen mögen es erläutern (vgl. Oberegelsbacher, 1997, S. 11f.).

- Musik – und vor allem selbst hervorgebrachte – hat per definitionem eine Spannbreite, die analog der psychotherapeutischen Situation vom Elementarsten, Archaischsten bis hin zum Komplexesten gehen kann. Denken wir beispielsweise an einen urlautartig geblasenen Ton auf einer Eingeboreneninsel oder in der Spielecke eines Kindergartens oder in einem Cage-Konzert, denken wir an den Zwiesengesang zweier Menschenstimmen, einer Mutter und ihres Kindes, zweier Schulkinder, eines Liebespaares in der Zauberflöte, stellen wir uns den Zusammenklang vieler Instrumente vor: bei einem afrikanischen Volksstamm, in einer Pop-Band, in einem Streichorchester. Die unterschiedlichsten sozialen Dimensionen sind hier angelegt und gleichzeitig realisiert. Analog diesem Beispiel kann dieselbe Spannbreite auch für den affektiv-emotionalen, psychosomatischen Bereich gedacht werden, oder für den intrapsychisch-kognitiven u.s.w.

- Musik vollzieht sich als flüchtigste aller Künste in besonderer Weise in der Dimension Zeit, hat also ein hohes strukturierendes Potential für dynamische Vorgänge, d.h. für solche, die mit Bewegung zu tun haben, aber auch solche, die einem raschen Verfall ausgesetzt sind. Gleichzeitig kann sie Statisches lösen.
- Musik kann logische Strukturen heranbilden helfen. „Musik hilft denken lernen. Sie ist die Meisterin des Denkens und seiner Vorstufen: Da gibt es einen Anfang. Eine Einschwingzeit des Klages, der mich hält. Ein Ende. Ein Dazwischen. Eine Spannung. Bewegung. Gefäßtheit. Eine Richtung. Eine Darstellung und eine Aussage. Musik ordnet.“ (Oberegelsbacher, 1996, S. 3).
- Musik hat die Eigenschaft des Realen und gleichzeitig Unfassbaren und ist auf besondere Weise sowohl innen als auch außen. Dies verleiht ihr besondere Stärke im Bereich der Grenzüberschreitungen, des Übergangshaften (vgl. Oberegelsbacher, 1995). Auch, weil sie feinste Modulationen vollziehen kann: ‘Der Ton macht die Musik’.
- Was Musik darstellt, ist nicht sosehr durch die diskursive (z.B. Reden), sondern durch die präsentative Symbolik geprägt. Das bedeutet, daß sie mehrere Dinge gleichzeitig ausdrücken kann, sogar solche, die einander im Diskursiven ausschließen. Sie steht also dem Primärprozeß nahe. Damit kann sie aber auch ambivalenten, ambivalenten Strebungen Raum und Gestaltung bieten. Im weiteren vollzieht sie genau darin modellhaft auch deren Integration. Diese Vermittlung an die wahrnehmende apperzipierende PatientIn ist aus der Sicht der Autorin von überaus großem Wert.
- Musik appelliert auf direkteste und umweglose Art an den Bereich des Affektes, der Emotion. Sie hat evokatives und damit kommunikatives Potential, v.a. im präverbalen Bereich. Sie ist eine Art Sprache für frühe Vorgänge.
- Musik erschließt letztendlich in ihrer ästhetischen Funktion den Bereich der schöpferischen, kulturellen Dimension einschließlich seiner Bewertungsvorgänge.
- Aus all diesen Funktionen können hier – ohne Anspruch auf Vollständigkeit oder Systematik – einige psychotherapeutisch relevante Wirkfaktoren in Stichworten abgeleitet werden. Sie sind andernorts genauer erläutert (vgl. Klausmeier 1978, Strobel 1990,

Oberegelsbacher 1993): Spielerisches Handeln im Winnicott'schen Übergangsraum, Symbolische Wunscherfüllung, Aktualisierung von traumatischem Material im Handeln, Probehandeln, Nonverbales Deuten und Durcharbeiten, Katharsis, Regression, Nonverbale Kommunikation, Selbst- und Fremdwahrnehmung im Dialog.

Abschließende Bemerkungen

Aus den Fallbeispielen wird ersichtlich geworden sein, welche Bandbreite an Interventionsmöglichkeiten innerhalb eines Deutungsprozesses oder in seinem aufzubereitenden Vorfeld der gespielten, erfundenen Musik zukommt. Mag es nun die klangliche Konturierung von Körpergrenzen eines ruhig atmenden Menschen sein, der damit seine Spiegelung und Vertonung erfährt, oder mag es die tonale Wanderung von chinesischer Harmonie zu dissonanter Kakophonie sein, welche PatientIn und TherapeutIn gemeinsam durchlaufen in einem Verschmelzungs- und Individuationsprozess, der sich akustisch und erlebnisstark abbildet und damit Echo gibt von dem, was geschieht. Mag es das Wiedererleben von erschütternden Erfahrungen in einem musikalischen Rollenspiel sein, das jene Gefühle freigibt, die als Beweisstücke auf der Suche nach Bedeutung gebraucht werden. Mag es schließlich auch die schweigende Konfiguration symbolträchtiger Musikinstrumente sein, die früher geklungen haben und nun gedeutete Beziehung sind. Nicht zuletzt ist es auch das musikalische Anhören eines vordergründig amusikalischen therapeutischen Geschehens in seiner eigenen Rhythmizität, was bei der TherapeutIn Hypothesenbildung und Intuition begünstigt.

Dennoch: nicht alles ist Deutung, was die Musik macht. Es wäre Hybris, dies zu behaupten. Nicht allen analytischen Deutungstypen ist diese Arbeitsweise gleich zugetan. Genetische Deutungen kommen so gut wie kaum vor, dagegen eher Beziehungsdeutungen im Hier und Jetzt, sehr dem Realitätsprinzip verpflichtet, außerdem Deutungstypen, die in der klassischen Analyse seltener vorkommen (vgl. Mertens, 1990 Bd.2).

Mitzuhelfen, „das Wissen eines Patienten über sich selbst zu mehrer“ nennt Brenner die Hauptaufgabe von Deutung und Analyse (1990, S. 50). Die dargestellte psychotherapeutische und musiktherapeutische Praxis versucht das auf ihre Weise. Dabei ist das analytische Wissen von unschätzbarem Wert. Gleichzeitig kann das Repertoire analytischen Arbeitens bei diesem Klientel niemals voll zur Anwendung gelangen, da die persönlichen Grundbedingungen seitens der PatientInnen nicht gegeben sind. An dieser Stelle wird Musiktherapie im besten Sinne indiziert sein – kann sie doch am besten pendeln und vermitteln zwischen Regression und Erkenntnis.

Literatur

- Balint, M. (1970). Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Blanck, G. und R. (1978). Angewandte Ich-Psychologie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Blanck, G. und R. (1980). Ich-Psychologie II. Stuttgart:Klett-Cotta.
- Bräutigam, W. und Christian, P. (1975). Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Cremerius, J. (1979 a). Die Entwicklung der psychoanalytischen Technik. In Theorie und Praxis der Psychoanalyse (S. 39-55). Fellbach: Bonz.
- Cremerius, J. (1979 b). Gibt es zwei psychoanalytische Techniken? Psyche, 33, S.577-569.
- Fürstenau P. (1977 a). Die beiden Dimensionen des psychoanalytischen Umgangs mit strukturell Ich-gestörten-Patienten. Psyche, 31, S. 197-207.
- Fürstenau, P. (1977 b). Praxeologische Grundlagen der Psychoanalyse. In Pongratz L.J. (Hrsg.), Handbuch der Psychologie, Bd. 8, Klinische Psychologie (S.847-888). Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Greenson, R.R. (1973). Technik und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett Verlag.
- Jacoby, H. (1980). Jenseits von Begabt und Unbegabt. Hamburg: Christian Verlag.

- Janssen, P.L. (1987). *Psychoanalytische Therapie in der Klinik*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Mahler, M., Pine, F., Bergmann, A. (1975). *Die psychische Geburt des Menschen*. Frankfurt: Fischer Verlag.
- Mertens, W. (1990). *Einführung in die psychoanalytische Therapie*, Bd 2. Stuttgart, Berlin, Köln: Verlag W. Kohlhammer.
- Oberegelsbacher, D. (1990). *Psychotherapie in geschützten Werkstätten – Luxus oder Notwendigkeit? Bedingungen und Grenzen für eine sinnvolle Klientenbegleitung am Beispiel der Musiktherapie*. In Gruber, H. (Hrsg.), *Behinderung und Umwelt – Umwelt und Behinderung*. Kongreßbericht 8. Heilpädagogischer Kongreß (S. 173-176). Wien: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt AUVA.
- Oberegelsbacher, D. (1993). *Wirkung von Gruppen-Musiktherapie auf soziale Fähigkeiten bei Frauen mit geistiger Behinderung*. Phil. Diss., Institut für Psychologie, Universität Wien.
- Oberegelsbacher, D. (1995). *Musiktherapeutische Identität*. Einblicke, Heft 7, 10-18.
- Oberegelsbacher, D. (1996). *Musiktherapie und Persönlichkeitsentwicklung in der Psychosomatik*. Unveröff. Vortrag beim Symposium Musik Kreativität Immunsystem von 22.-24 Nov. 1996 im Rahmen der Paracelsusmesse in Wien.
- Oberegelsbacher, D. (1977): *Ambulante individualpsychologische Psychotherapie mit einem Schizophrenen – ein musiktherapeutischer Beitrag*. Unveröff. Probevortrag im Alfred Adler Institut des Österr. Vereins für Individualpsychologie, Wien.
- Schmölz, A. (1983). *Das instrumentale Partnerspiel*. In H.-H. Decker-Voigt (Hrsg.), *Handbuch Musiktherapie* (S. 58). Lilienthal/Bremen: Eres Edition.
- Schmölz, A. (1988). *Entfremdung – Auseinandersetzung – Dialog. Zur Komplexität musiktherapeutischen Beziehungsgeschehens*. In H.-H. Decker-Voigt (Hrsg.), *Musik und Kommunikation* (S. 211-225), Band 2. Lilienthal/Bremen, Eres Edition.
- Schmölz, A. (1991). *Selbsterfahrung im Rahmen der Musiktherapie*. In Pieringer, W. und Egger, J. (Hrsg.), *Psychotherapie im Wandel* (S. 129-133). Wien: WUV-Wiener Universitätsverlag.

- Schmölz, A. (1991 b). Musiktherapie bei Psychosomatisch Erkrankten. In A. Willeit (Hrsg.), *Puer Musica et Medicina. Kongreßakte Internationales Symposium Meran* (S. 127-132). Bozen.
- Schumacher, K. (1994). *Musiktherapie mit autistischen Kindern*. Stuttgart, Jena, New York: Gustav Fischer Verlag. Kassel, Basel, London, Prag: Bärenreiter Verlag.
- Strobel, W. (1990). Von der Musiktherapie zur Musikpsychotherapie. Kann aus der Musiktherapie eine anerkannte Form von Psychotherapie werden? *Musiktherapeutische Umschau*, 11,313-338.
- Werthmann, H.V. (1983). Psychoanalytische Deutung. In Mertens, (Hrsg.), *Psychoanalyse – Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen* (S. 151-158). München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg.
- Winnicott, D.W. (1974 a). Die Theorie von der Beziehung zwischen Mutter und Kind. In: *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt* S. 47-71). München: Kindler Verlag.
- Winnicott, D.W. (1974 b). Ich-Integration in der Entwicklung des Kindes. In: *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt* (S. 72-81). München: Kindler Verlag.

MONIKA RENZ

Uranngst — Urvertrauen — Frühstörungen

Prime Fear — Prime Trust — Early Disorders

The therapy of early disorders is mirrored in the field of tension between prime fear and prime trust. Prime trust as an experience of transpersonal connections is older than prime fear and can be reactivated even by a very difficult original position. Even when responsiveness occurs quickly in the interest of one's own, prime fear as a worry about one's own being takes place. Prime trust and prime fear have total character and, as prime experiences of mankind, are placed in early forms of consciousness. The beginnings of human elements of consciousness – intrauterine and extrauterine – are understood as a transition and early disorders as transitional disorders. The atmosphere in which the earliest ripening and being disturbed occurs is in a broad sense comparable to music. That is why music can enliven early impressions. There are connections between early elements in development of consciousness and the experience of music. That is why therapy for persons with an early disturbance above all needs perspectives of the future, like the experience of the senses and new hope. The basis of these realizations is knowledge from one's own music-therapeutical work with persons with early disturbances as well as the licentiate work and thesis of the author.

Therapie früher Störungen spielt sich ab im Spannungsfeld zwischen Uranngst und Urvertrauen. Urvertrauen als Erfahrung von transpersonalem Angeschlossenheit ist älter als Uranngst und auch bei noch so schwieriger Ausgangslage reaktivierbar. Mit der sich einstellenden Reaktionsbereitschaft im Interesse des Eigenen steht auch Uranngst im Raum, Uranngst als Sorge um das Eigene. Urvertrauen und Uranngst haben totalen Charakter und werden als Urfahrungen des Menschseins in die frühe menschliche Bewusstwerdung hineingestellt. Die Anfänge menschlicher Bewusstseinsentwicklung – intrauterin und extrauterin – werden begriffen als Übergang und Frühstörungen als Übergangsstörungen. Die Atmosphäre, in der das früheste Heranreifen und Gestörtwerden geschieht, ist im weitesten Sinne mit Musik vergleichbar. Darum kann Musik früheste Empfindungen erlebbar machen. Es gibt Zusammenhänge zwischen frühester Bewusstseinsentwicklung und dem Erleben von Musik. Nicht zuletzt braucht Therapie mit frühgestörten Menschen auch Zukunftsperspektiven, wie die Erfahrung von Sinn und neuer Hoffnung. Grundlagen dieser Ausführungen sind Erfahrungen aus eigener musiktherapeutischer Arbeit mit frühgeschädigten Menschen als auch die Lizentiatsarbeit und Dissertation der Autorin.

Vortrag im Rahmen des 1st Congress of the World Council for Psychotherapy
– Subsymposium Music Therapy Wien 1996

Urangst und Urvertrauen als emotionale Basis des Menschen

Was ist Urangst? Urangst bezeichnet eine bestimmte *Reaktionsbereitschaft*, die Gefahr signalisiert, längst bevor Menschen erkennen, wovor sie sich fürchten. Eugen Drewermann spricht von einer Urangst vor Gott und sieht in ihr die zentrale menschliche Not schlechthin, die unzähligen andern Nöten zugrunde liegt. Doch was ist diese Urangst? Würde ich 100 Menschen auf der Straße fragen, wovor sie Angst haben, so bekäme ich alle möglichen Antworten wie: Angst vor Spinnen, engen Räumen, Krieg, Aids etc. Nur eine Antwort, 'Angst vor Gott', käme nicht.

Und doch mache ich in der therapeutischen Arbeit immer wieder die Erfahrung, daß, wenn Menschen sich auf ihre Ängste wirklich einlassen, immer ähnliche Grundmuster der Angst dahinterliegen: Angst vor der *Auflösung im Zuviel* (also etwa dem Verschlungenwerden oder der Ohnmacht), neben der Angst vor der *Verlorenheit im Zuwenig*, im Nichts. Immer geht es um totale Zustände, um 'alles oder nichts', weshalb der Ausdruck Urangst vor Gott gar nicht so unpassend ist, sofern sich dieser Gott nicht in einem vorgegebenen Gottesbild erschöpft, sondern Ausdruck ist für das wirklich Ganze, Grenzenlose, Numinose. Urangst wird in Therapien primär körperhaft erlebt: Betroffene schaudern, frieren, erbrechen, bekommen Allergien. *Es reagiert in ihnen drin.*

Karin kommt in die Musiktherapie wegen ihrer immer wiederkehrenden Unsicherheit. Sie habe Angst vor Beziehungen, vor Begrüßungen und Abschieden, Angst zu reden und zu schweigen, im Berufsleben und zu Hause. Das Bett sei eigentlich der einzige Ort, wo sie sich einigermassen sicher fühle. Karin leidet auch an einer Essstörung, muss vieles wieder erbrechen und ihre Essportionen genau abwägen.

Was treibt diese Frau derart um? Gespräche helfen wenig, Musik aber berührt sie tiefgreifend. Immer wieder gespielte sanfte Trommel- und Gongklänge geben ihr das Gefühl des wohligen Eingebettet-Seins. Urvertrauen, das letztlich unzerstörbar als tiefste Erfahrungsrealität auch in Frühgestörten schlummert! Schon ein bißchen dynamischere Schläge aber versetzen Karin in ihre allumfassende

Angst. Gänsehaut – Schweißsausbrüche – Erbrechen. Im bewussten Hineinfühlen in das namenlos Schreckliche sieht Karin vor sich grosse Maschinen, Spitalatmosphäre, Untergang. Reaktivierung einer offenbar für sie schlimmen, anhaltenden Spitalerfahrung im ersten Lebensjahr. Über Wochen ist Karin – in der Therapie und im Alltag – nun im Schlimmen drin. Doch genau das Aushalten der Urangst leitet Wandlung von innen heraus ein. Plötzlich versetzen sie dieselben Klänge in eine andere Wahrnehmungsweise. Statt Maschinen sieht sie jetzt sphärische Lichtpunktlein, in der Spitalatmosphäre eine blau wirkende Aura, sich selbst fühlt sie als darin schwebend. Diese Erfahrung vertieft sie nun über Wochen mit Monochord spielen. Karins Alltag ist damit nicht leichter geworden, doch sie selbst in ihrer Grundbefindlichkeit vertrauensvoller. Neben ihre Urangst ist Urvertrauen getreten, das Gefühl, doch eigentlich aus einer ganz anderen Dimension getragen zu sein. Diese emotionale Basis erlaubt ihr wieder ein selbstverständlicheres Essen.

Was ist Urvertrauen? Solche und immer ähnlichen Erfahrungen in Therapien führten mich zur Gewissheit, dass Urvertrauen tiefer wurzelt als alle Angst, älter ist als die Besorgnis um das Eigene und etwas zu tun hat mit unserem letztlichen Aufgehobensein in einem grösseren Ganzen. Wo immer Klientinnen das Bedürfnis loslassen, als ein Ich zu fühlen, zu verstehen, zu kontrollieren, tauchen Erfahrungen des Wunderbaren auf. Bilder und Worte für dieses Unsagbare sind verschieden. Bettina: „ich liege auf der Liebe einer grossen Mutter,“, Susanne: „ich bin umhüllt von einem wunderbaren Klangmantel“. Das allen Beschreibungen Gemeinsame liegt in der übermittelten Stimmung. Betroffene fühlen sich getragen, zuhause, liebevoll umhüllt, angenehm warm... und all das im Kontrast zur Stimmung der Urangst. Urvertrauen hat subjektiv empfunden letztlich den Charakter des Spirituellen, obwohl real im Drin-Sein im Mutterleib und in der frühen Eltern-Kind-Beziehung begründet. Damit komme ich zur Frage, wie wohl ein Fetus, ein Säugling selbst sein frühestes Dasein erlebt.

Frühe menschliche Bewußtseinsentwicklung als Übergang

Frühe Kindheit, insbesondere früheste Bewußtwerdung, verstehe ich – zusätzlich zum heute wissenschaftlich Erwiesenen – als Übergang von einem sinnenseitigen Sein in unsere körperhafte, mit den 5 Sinnen erfassbare Realität. Dieser Übergang ist nicht identisch mit dem, was Winnicott unter Übergang beschreibt, sondern meint eine Verlagerung von einem transpersonalen Zustand in unser konkretes, körperhaftes Dasein.

Der Mensch ist Bürger zweier Welten. Selbst für uns Erwachsene lebt das Sinnenseitige als unsichtbar tabuierte Realität ständig mit. Menschen an der Grenze unseres Bewußtseinszustandes, namentlich in Psychosen, in der Todesnähe, nach einem Koma, in der Musiktherapie auch schon in tiefen Klangreisen berichten uns nachhaltig, dass es ein solches Anderes irgendwie gibt. So wie sich unser Menschsein schwergewichtig im Sinnlichen, Zeitlichen, Körperhaften abspielt, so gehe ich in meinem Ansatz davon aus, daß es davor, danach und ausserhalb das schwerpunktmässig Andere gibt, das Zeitlose, Ganze, Irrationale (vgl. Renz 1996). *Diese Grundannahme besagt zugleich, daß ein menschlicher Ursprungszustand nicht als primärer Narzissmus oder Autismus, als Isoliert-Sein verstanden wird.* Im Gegenteil: er wird erahnt als totales Angeschlossensein an ein alles überdauerndes Ganzes, als Einssein oder Ganzsein. Ein Zustand, den wir als begrenzte Menschen nie genau fassen können, der aber gerade über Musik und Musiktherapie annäherungsweise erfahrbar ist. So sehen Menschen bei Klangreisen z.B. nur noch Licht oder Farbe. Nicht, dass ich solche Erlebnisse als identisch betrachten würde mit dem, was das menschliche Bewußtsein im Ursprung erlebte. Später auftauchende Bilder und Körpererfahrungen sind keine direkte Wiederholung, wohl aber eine Art von Bewußtwerdung von einem an sich unfassbaren Zustand der Teilhabe am Ganzen von Schöpfung, Schöpfer und Geschöpfen.

Ausgehend von einem solchermaßen ganzheitlichen Urzustand kommt der Eintritt in die Zeitlichkeit, ins Leben einer 'Verlagerung' gleich. Es ist, als würde mit dem frühesten Werden des Menschen etwas *weg von diesem Urzustand und hin zur Ankunft im Hier und*

Jetzt drängen. Frühe Kindheit, namentlich frühe Bewußtwerdung, begreife ich als Übergang, als Mischbereich von zweierlei Wahrnehmungen, als Hin und Her zwischen verschiedenen Schlaf-Wach-Zuständen und den damit verbundenen Empfindungen von Dasein und Beziehung bis hin zum immer konkreteren Dasein im Ich. Der Beziehung zur ersten Bezugsperson voraus gehen Zustände des Einfach-Seins und eine apersonale (schwingungsmäßige, d.h. auch musikalische!) Urbeziehung zu einem namenlosen Du. Oder anders ausgedrückt: dasselbe, was wir als Mutter-Kind-Einheit begreifen, ist im Erleben des Kindes vorerst einfach Zustand. Der Fetus erkennt keinen Mutterleib und was im Säugling in den der Forschung bis anhin unzugänglichen Dämmer- und Schlafzuständen vor sich geht, bleibt Geheimnis (vgl. Stern 1885/1992 S.63, S.331).

Abschliessend folgt eine Darstellung zur frühen menschlichen Bewußtseinsentwicklung. Sie trennt den faßbaren Bereich des Ichs vom unfassbaren der Teilhabe am Ganzen und räumt dazwischen dem Übergang Platz ein, ohne nach detaillierteren Stufen der Wahrnehmung zu fragen. *Dasselbe, was der Mensch einst an frühester Bewußtwerdung durchlief, zeigt sich ihm nachher als Struktur seiner Seele vom tief Unbewußten, über das zunehmend Bewußtseinsnahe bis hin zum Bewußten.*

Faßbarer Bereich

- * das Ich als wahrnehmende * das abgespaltene Un- und beurteilende Instanz bewußte, Ganze
 - * gegenständlich begreifbare* Sehnsucht - Sucht Welt* sinnlos, farblos
 - * verstehen - Verstand* ohne tiefe Lebenslust
 - * Denken in Konsequenzen,* Abgespaltenes agiert und gut-böse, richtig-falsch wird gefährlich
 - * Ich - Du - Beziehung
- Medium: Gespräch, Handlung

Grenzbereich / Übergangsbereich zum ganz Anderen

- * das Ich fühlt sich in Frage gestellt
- * Erschütterung des Denk- und Wertsystems des Ich
Urangst

- * das Ich läßt los, läßt zu, läßt sein
- * geborgen, getragen, behütet, geführt
- * jenseits von Gegensätzen, Ganz-Sein, in Ordnung sein
Urvertrauen

Medium: Körperempfindungen, Musik, Symbol, Ritual, Farben, Raum, Meditaton

Unfaßbarer Bereich

- * ganz – ewig – geheimnisvoll – das ganz Andere
- * „Gott, Schöpfer aller Dinge, Du bist nicht gut, Du bist nicht schlecht, du bist“ (R. Ausländer)
- * Unbewußte Teilhabe

Medium: jenseits des menschlichen Fassungsvermögens

Tab.1: Zwei Welten und dazwischen ein Übergang

Frühstörungen als Übergangsstörungen

Was sind Frühstörungen? Der *Begriff* ist umstritten. Er wird häufig verwendet, wenn ein Mensch schwer geschädigt und kaum therapierbar ist. Fachleute denken z.B. an Borderline, narzißtische Persönlichkeitsstörungen, Eßstörungen, psychosomatische Krankheitsbilder und im Falle von Kindern an Autismus oder Hospitalismus. Zuweilen werden auch die Leiden von missbrauchten Kindern und Gewaltopfern den Frühstörungen zugeteilt, oder zumindest im Ausmass der Störung diesen gleichgestellt. Der Ausdruck *Frühstörung* besagt, daß ein Krankheitsbild etwas zu tun hat mit der frühen menschlichen Entwicklung. Ein frühgestörter Mensch wurde einst durch äussere Faktoren, Menschen, Schicksalsschläge gestört und im

Stich gelassen, er nimmt aber diese Störung auf sich. Darum sagen wir später von ihm: er *ist* frühgestört, und nicht er *wurde* früh gestört. Wir sprechen sein Grundgefühl und nicht die Störungsursache an. Dieser Mechanismus, das Auf-Sich-Nehmen der Störung, hat etwas zu tun mit der frühkindlichen Wahrnehmung: noch nicht fähig, Ursachen des Schlimmen oder des Mangels zu erkennen, wird das gesamte Dasein – die Umgebung und die eigene Person – schlimm, verflucht, böse oder mangelhaft erlebt. Dementsprechend sind auch die späteren Störungen nicht konkret mit Ursachen in Verbindung zu bringen. Vielmehr fühlen sich Betroffene 'grundlos und somit zugleich grundsätzlich gestört, böse, nicht liebenswert'.

Genau in diesem Umfassenden und damit vermeintlich Grundsätzlichen liegt der Schlüssel zum Verständnis dieser Menschen und ihrer Störung. Grundsätzlich bedeutet nämlich 'von Grund auf', grundlos, bodenlos, unbegründbar oder 'jenseits dessen, was Menschen wissen und verstehen'. Ein vermeintlich grundsätzliches Gestörtsein verweist auf eine *totale Empfindungsweise*, auf ein Erleben ausserhalb der dem Ich vertrauten Relationen, ausserhalb des kausalen Denkens. Sei das, weil eine Störung älter ist als ein entwickeltes Zeitgefühl (z.B. eine anhaltende Erfahrung von Verlassenheit des Säuglings, die sich verewigt, die einfach ist) oder sei es, weil das Erlebte jede Dimension des Bekannten und damit die übliche Wahrnehmungsweise sprengt (Inzest, Gewalt). Mit andern Worten: *Frühstörungen bedeuten eine Fixierung in der kindlichen Erlebnisweise des Übergangs*. Gleichgültig ob ein Kind früh traumatisiert oder früh verlassen wurde, seine Not hat sich in der damaligen Empfindungsweise sozusagen verewigt und wird später in hartnäckigen Störungen manifest.

Es ist gerade Stärke und Schwäche dieses Ansatzes, dass es Geheimnis des Einzelnen bleibt, welche Ursachen zu welchen Symptomen führen. Meiner Erfahrung nach besteht etwas Wesentliches der Frühstörung darin, daß der Übergang als Ganzes nicht gelingen konnte und der nachträglichen Bearbeitung bedarf. Ob ursächlich Defizit oder Trauma – oder wie meistens beides in einem -: Übergangsnöte geistern innerlich weiter, drängen, treiben um, sind dem eigenen Ich und dem Umfeld unverständlich. Weil Frühstörungen einer Fixierung im Uebergang gleichkommen, haben ihre Merkmale

etwas zu tun mit an sich normalen Entwicklungsaufgaben des Menschen im Übergang. In der nachfolgenden Auflistung sind *Störungsmerkmale* in Beziehung gesetzt zu normalen Entwicklungsanforderungen in der Zeit des Überganges. (Eine ausführliche Erläuterung zu diesen Merkmalen vgl. Renz, 1997)

Frühgestörte Menschen haben mehr als andere:

1. *Störungen im Realitätsbezug*, verzerrte Wahrnehmung, erklärbar dadurch, daß sie als Kind schon mühsamer oder unter erschwerten Bedingungen und also unzureichend in unserer Realität angekommen sind
2. *unscharfe Ich-Du-Grenzen*
Ausdruck der schon damals unzureichend erworbenen Grenzen oder späterer Grenzüberschreitungen
3. *gestörte Körperempfindungen*
was auf Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Eintritt in unsere Körperlichkeit verweist
4. *Beziehungsunfähigkeit*
Ausdruck dafür, daß der Übergang von der Teilhabe am Ganzen zu menschlichen Beziehungen und zum Gefühl, sich selbst zu sein, gestört war (vgl. Ausdruck Gegenüberstörung in Renz 1996)
5. *Allmacht-Ohnmacht*, Maßprobleme
Fixierung ans Ganze und Identifikation mit dem Ganzen
6. *das Gefühl*, verboten, verflucht, *beschämend nichtig zu sein*, stimmungsanfällig zu sein, je als Ausdruck dafür, daß das einst unerklärbar stimmungsmäßig Ungute auf sich genommen wurde
7. *permanenter Mangel*, *Sucht* und dahinter die Sehnsucht nach dem verlorenen Ganzheitlichen
8. *Flucht-Tendenzen*
9. *erhöhte Urangst*
10. *unbewußtes Bestimmt-Sein vom verinnerlichten Bösen.*

Menschen können ebenso in der Not von damals wie im eigenen Bewältigungsversuch fixiert sein. Frühstörungen können Ausdruck

der Not selbst sein oder der permanenten Abwehr. Bewältigungsmuster dienen ursprünglich dazu, eine frühe Not einzudämmen. Weil aber das Problem nicht gelöst, sondern nur verschoben ist, leiden Menschen dann an den Folgen ihrer Abwehr. Wer z.B. seine Gefühle abstellt, leidet an Gefühlsarmut. Oder wer in die Unverbindlichkeit flüchtet, erfährt sich nie in seinem Wesentlichen gemeint.

Frühstörung ist mehr als Neurose. Frühstörung ist Störung an der Wurzel, Neurose ist bereits Reaktion. Ein verinnerlichter gestörter Übergang greift tiefer, als was vom Ich her verstanden werden kann, gerade weil an der Grenze zum 'Ausserhalb' entstanden. Noch bevor das Ich als solches ist, ist der Grund auf dem es gedeihen und später einmal stehen sollte, brüchig, verwünscht, verflucht oder wie auch immer Betroffene dieses Gefühl umschreiben. Frühstörungen verweisen auf einen *gestörten Mutterboden, auf gestörte Voraussetzungen* zur Ich-Werdung. Das Ich, das sich unter solchen Bedingungen entwickelt, nennt Neumann Not-Ich. (1985, S.81f). Weil älter als das Ich, kann Frühstörung auch nicht allein vom Ich und seinen Willenskräften verarbeitet werden. Symptome, Leiden zielen letztlich auf ein und denselben Punkt hin: Wandlung! Durch die Reaktivierung der Urangst hindurch stellt sich das tieferliegende Urvertrauen auf neue Weise ein. „Loslassen – Aushalten – Neuwerden.“ Nicht immer sind solche Wandlungsprozesse in einer Therapie möglich, weil nicht jede Situation den innern Gang an die Grenze erlaubt. Oft müssen wir Menschen über lange Strecken in ihren Bewältigungsmustern stützen, weil diese immerhin helfen, zu überleben.

Musik als Medium des Überganges

Das Medium Musik eignet sich besonders, um an tiefe Seelenschichten heranzuführen. Musik scheint sogar noch ursprünglicher (= dem Außersinnlichen noch näher) zu sein als die Körpersprache. So beobachte ich in Therapieverläufen mit frühgestörten Menschen, dass Reaktionen auf Musik und über Musik häufig einer bewusst erlebten Körperempfindung vorausgehen.

Warum erreicht gerade Musik unsere tiefsten Gefühle von Urvertrauen und Urangst? Musik ist Medium des Überganges, Brücke zwischen den verschiedenen Bewußtseinszuständen. Bedenkt man die Bedeutung der Musik in der frühesten Kindheit (Stichworte: intrauterines Hören, präverbaler Dialog, vgl. u.a. Birnholz 1983, De Caspar 1983, Nitzschke 1984, Papousek 1994, Salk 1973), so kann die Atmosphäre frühesten Heranreifens verglichen werden mit Musik. Musik begleitete das Kind damals und begleitet Klientinnen in der Musiktherapie heute durch die verschiedenen inneren Uebergangsbefindlichkeiten und Zustände hindurch. Dabei ist unter Musik alles zu verstehen, was klingt, die gesamte akustische und rhythmische Ebene. Ich spreche von einer *Schwingungsumgebung*, bestehend aus der Summe aller Einflüsse, die vom Kind schwingungsmässig erfahren werden, längst bevor im Detail erkannt. Es gibt im Dunkel des Unbewußten Ein-Drücke und energetische Bahnungen, die bereits Spuren frühester Prägung tragen. Vermutlich kennen wir noch keine adäquaten Begriffe für früheste Erfahrungen und für das, was sie im Menschen hinterlassen. Und doch muß es etwas geben, ein Material und Potential, das in der Frühzeit menschlicher Bewusstwerdung angelegt wird und das im Fall von Frühstörungen zur Bewußtwerdung drängt. Diese ursprünglich namenlosen Eindrücke werden später in der Therapie vornehmlich über das Medium Musik reaktiviert, kommen in Bewusstseinsnähe und erhalten im Sinne von Annäherungen Bilder und Namen.

Ein Beispiel: *Dario*, 6-jährig, kam nach einer schulpyschologischen Abklärung in die Musiktherapie wegen Beziehungs- und Kommunikationsstörungen. Er sprach tagelang nichts, sass stundenlang in einer Ecke in seinem Zimmer. Dann wieder hing er wie klebrig an seiner Tante, der heutigen Pflegemutter. Wenn er überhaupt sprach, so nur sehr undeutlich. Darios Mutter hatte schon während der Schwangerschaft Krebs, wurde verschiedentlich operiert und starb, als Dario jählig war. Der Vater hat den Verlust seiner Frau während Jahren nicht verkraftet und übergab die Betreuung seines Sohnes einer Pflegefamilie.

Dario kam zuerst nur widerwillig und im Beisein der Pflegemutter in die Musiktherapie. Er setzte sich auch hier vorerst nur in eine Ecke. Doch sowie ich den Raum verließ und das Instrumentarium

ihm und seiner Pflegemutter überließ, begann er auszuprobieren und schien sich für Klänge aller Art zu interessieren. Als ich nach längerer Zeit wieder hereinkam, verstummte er und stand bewegungslos im Raum. Ich sagte ihm: „Deine Mami stirbt nicht, weil Du jetzt zu mir kommst und ich nehme sie Dir auch nicht weg.“ Er schien zu verstehen. Mit der Zeit durfte ich während seinem Musizieren im Raum bleiben, vorerst aber mit Blick gegen die Wand. Dario spielte entweder endlos Töne und Klänge (z.B. auf einer kleinen Klangschale) oder er saß regungslos da. Mäuschenstille. Von Rhythmus und Maß keine Spur. Einmal unterbrach die Pflegemutter die Stille, worauf er auch ihr befahl, „a d Wand luege“ (an die Wand schauen).

Interpretiert: Dario schien zurückzukehren in eine Zeit vor aller personalen Beziehung oder in jene Monate neben einer kranken, nicht mehr handlungsfähigen Mutter. Die Musik, die Dario spielte, verriet etwas über die damalige Atmosphäre zwischen Lärm und Totenstille. Klänge ohne jeglichen Rhythmus gespielt, verweisen auf eine damals höchstens rudimentäre Wahrnehmung von Zeit (vgl. nachfolgende Auflistung). So schien Dario bald vergnügt friedlich, im nächsten Augenblick total verzweifelt zu sein. Urvertrauen neben Urangst! Trotz unserer Anwesenheit musste Dario innerlich mutterseelen allein sein.

In der Therapie begann ich, die Stille und unsere Abwesenheit zu verstärken, indem ich mich in Decken einwickelte und die Pflegemutter aufforderte, es mir gleich zu tun. Dario schien regungslos dazusitzen. Eine kurze Zeit, die mir vorkam wie eine Ewigkeit. Doch Extremzustände fordern zur Wandlung heraus. In der nächsten Stunde wollte Dario malen und kritzelte mehrere Feuerwehrautos. Ihr Mann sei in der Feuerwehr, kommentierte die Pflegemutter. Ein erfreulicher Bezug zum Pflegevater, dachte ich, aber mehr noch: Hier ist höchste Alarmstufe, es brennt, Dario brauchte Feuerwehrhilfe und hätte sie vor allem damals gebraucht. Ich griff zum sogenannten „Regenmacher“. Zusammen spielten wir Feuerwehr und dies während Stunden. Eines Tages änderte sich etwas in Darios Art und Weise, Regenmacher zu spielen. Anstelle des langsamen Fließenlassens entstand nun ein rhythmisches kurzes Auf und Ab. Dario entdeckte Rhythmus. Anschließend malte er wieder Feuer-

wehrautos. Aber jetzt hatten sie erstmals genügend Wasser bei sich. Übersetzt: Rhythmus- / Zeitwahrnehmung befreien aus dem Gefangensein im Klang oder aus der Monotonie der Totenstille!

Die Abfolge in Darios Musik scheint mir nicht zufällig zu sein. Sie widerspiegelt das Musikerleben des Kindes im Uebergang: Vom Dasein im Zeitlosen – über erste Unterscheidungen – zum immer Konkreteren und auch Rhythmischen. Aufgrund immer ähnlicher Erfahrungen in Therapien und Gruppen wage ich folgende *Akzente eines frühen Musikempfindens* zu unterscheiden.

1. Klang sphärisch erlebt, noch ohne Zeitempfinden
2. Drin-Sein im grossen Klang, der durchdrungen ist von Puls. Herzschlag im Bauchraum
3. Klang als Lärm, Chaos, Monotonie. Urerfahrung von erster, diffuser, totaler Angst. Prozessbeschleunigend!
4. Rhythmus erhält seine eigene Bedeutung neben Klang wie Zeit neben Raum. Musik wird zum präverbalen Dialog, zur Kommunikation.

Tab.2: Das sich verändernde Musikerleben im Übergang

Zu Punkt 1: *Klang wird sphärisch erlebt*, solange noch kein Zeitempfinden und kein Gefühl für das werdende Eigene da ist, wobei sphärisch bereits ein bildhafter Begriff ist und als solcher nur annäherungsweise umschreiben kann, worum es ursprünglich gehen mag. Klang empfunden ohne Zeit ist Ausdruck des transpersonalen Seins. In solchem Musikerleben drin, ist Urvertrauen einfach da.

Zu Punkt 2: Das Gefühl eines *Drin-Seins im grossen Klang, der durchdrungen ist von Puls*, entsteht nach diesem Ansatz mit den ersten Differenzierungen. Rhythmus und Zeit werden unbewusst wahrgenommen, aber noch nicht als etwas Eigenständiges empfunden, genauso wie auch das Eigene noch nicht als eigenständig erscheint. Ein in der Therapie häufig auftauchendes Bild für diesen Zustand ist Höhle. Es wird aber nur ein allumfassendes Geborgensein wahrgenommen und nicht *ich* bin in der Höhle drin. Oder es

taucht das Gefühl von behütenden Händen auf, ohne sich dabei als Subjekt zu empfinden.

Zu Punkt 3: Sobald die Differenzierung so weit fortgeschritten ist, daß zwischen angenehm und unangenehm unterschieden wird, gibt es auch das Unbehagliche, Bedrohliche. Dieses erscheint umso diffuser und totaler, je weniger das Umgebende in einzelnen Bestandteilen erkannt wird. Das akustische Ganze, die Schwingungsumgebung, wird ambivalent, der *Ur-Klang auch als Lärm, als Chaos erfahren*. Mythologisch gesprochen erhält jetzt die Große Mutter in ihrem alles Werden und Vergehen gütig umfangenden Wesen einen ambivalenten Charakter. Sie ist fruchtbar und furchtbar. Die Große Mutter ist für mich faßbar als früheste musikalische Realität! Das Kind ist vom Klang umfassen wie der Mensch im mythologischen Bild der grossen Mutter. Neben dem guten Sein steht jetzt plötzlich so etwas wie Besorgnis um das Eigene im Raum. Uranst, wobei der Begriff Angst zu bewusst klingt für die hier angelegte Reaktionsbereitschaft!

Zu Punkt 4: Irgendwann, zu individuell verschiedenem Zeitpunkt und immer wieder, ist der Differenzierungsprozess so weit fortgeschritten, dass Umwelt in Bestandteile zerlegt werden kann. *Rhythmus / Zeit erscheinen als etwas aus dem Klangmeer Herausgelöstes, Eigenständiges*. Rhythmus grenzt ein. Analog gibt es das immer stärkere Gefühl für ein Du wie für das Eigene, auch wenn das Kind noch lange nicht von Mutter als Mutter und von sich als Ich spricht. An die Stelle des Erlebnisses eines akustischen Ganzen treten – und dies frühestens nach der Geburt – die Erlebnisse „Mutter“, „Vater“, „Spielzeug“. Musik wird zum präverbalen Dialog und bleibt auch später *Medium eigentlicher Kommunikation*.

Frühestens jetzt, mit der entsprechenden Differenzierungsfähigkeit wird Musik auch zur Kunst und kann in Parametern wie Klang / Rhythmus / Melodie / Dynamik / Form (vgl. Hegi 1986) erlebt werden.

In der Musiktherapie wird dieses *Übergangsgrundmuster* in die eine oder in die andere Richtung immer wieder reaktiviert, (vgl. zahlreiche Verläufe von freien Improvisationen). Das Grundmuster wird dabei mit der je individuellen Not beladen und den je eigenen Ansätzen zur Hoffnung gestaltet. Trotz allem Individuellen aber

führt kein Heilungsweg aus Frühstörungen an der Reaktivierung und teilweisen Bewußtwerdung der Urangst vorbei. Und ich habe es auch noch nie erlebt, dass nicht tiefer als alle Angst Urvertrauen liegt. Keine noch so schlimme Ausgangslage ändert etwas am Umstand, dass wir über den Weg eines veränderten Bewußtseinszustandes uns letztlich in etwas Größerem beheimatet und von dort her geführt, genährt, gewärmt... erfahren dürfen.

Gegengewichte zur Störung

Neben dem Weg zurück und Angeschlossen werden an das uralt Tragende brauchen frühgestörte Menschen *Perspektiven nach vorne*. Frühe Störungen sind und bleiben trotz aller Heilungsschritte Zumutung! Man hält nicht durch, kann die Schmerzen nicht fühlen, die Ängste nicht aushalten, gäbe es keine Gegengewichte: namentlich 1. heilsame Ganzheitserfahrungen, 2. Sinnfindung und 3. neue Hoffnung.

1. *Heilsame Ganzheitserfahrungen*. Wandlung hat in der Tiefe, wie sie Frühgestörte brauchen, letztlich den Charakter des Religiösen. Was sich zuvor grundsätzlich verwünscht, daneben, böse empfand, kann nur korrigiert werden, wo es sich ebenso grundsätzlich in Ordnung erfährt. Diese Begründung im Letztgültigen bedeutet nicht einfach, sich durch Menschen geliebt oder bestätigt zu erfahren, sondern in sich und damit im Ganzen/in Gott begründet zu sein. Auch eine Sucht kann durch Menschen nie gestillt werden, sie ist maßlos und sucht genau das Maßlose. Erst angeschlossen an die Fülle des Ganzen, kann sich das Schicksal Frühgestörter immer wieder wenden wie dasjenige von Hiob, der 'von der Hiobsbotschaft zum Leben in Fülle' fand. So sehr Frühstörung Störung an der Grenze zum Außerhalb ist, Störung mit dem Ganzen, braucht es gerade von dort her kommend Botschaften des Gemeint-Seins. In Träumen und über Klangreisen etwa erfahrbar als Tor, das sich öffnet oder als große Stimme, die ruft. So hörte eine suizidgefährdete Frau die Worte: „Komm ins Leben zurück“ und sie kam. Die Forderung nach einer neuen Beziehung zum Umfassenden schließt die Wichtigkeit begleitender Menschen nicht aus, verweist aber darauf, daß Bezugspersonen in entscheidenden Momenten nur Mittler sind.

2. *Sinnfindung*: Ziel einer Therapie ist nicht die Konstruktion einer glücklichen Vergangenheit, die man sowieso nicht hatte, sondern die Zukunft. Das durchgestandene Leid will so, wie es ist und war, einfließen in Schritte hin zu einer besseren Welt. Die Würde des frühgestörten Menschen stellt sich nicht am Leid vorbei, sondern durch dieses hindurch ein. Sie besteht darin, das Schlimme durchgestanden zu haben, neben dem Schrecklichen so viel Gesundes bewahrt und daraus heraus sogar Fähigkeiten entwickelt zu haben. Die Lebensmotivation dieser Menschen heisst nicht primär Lust, sondern Liebe. Damit ist gemeint, daß ihr Leben auf einen künftigen Sinn hin durchsichtig werden möchte. Dieser muß nicht großartig sein, auch kleinste Veränderungen erneuern das Antlitz der Welt. Viele Klientinnen beschreiben ihr neues Lebensgefühl wie folgt: 'Ich mache nichts anderes, aber dasselbe *ist anders*'. Indem, wie im Märchen 'Gänsehirtin am Brunnen' aus Tränen Perlen werden, ist auch für frühgestörte Menschen Versöhnung mit sich und ihrem Schicksal möglich. So entsteht ein Anfang, in welchen Lust am Neuen einkehren kann. Man ist dann nicht mehr über das Alte definiert und doch daraus geworden, daran gewachsen. Verklärtes Leid macht neue Menschen!

3. *Hoffnung*: Sind frühgestörte Menschen unheilbar? Ist ihre Not unverständlich? Therapie mit frühgestörten Menschen ist sehr schwierig, äußerste Herausforderung an alle Betroffenen, denn der Prozeß führt durch Grenzerfahrungen hindurch. Im Grenzbereich sind aber auch Heilungsschritte möglich. Dort, wo es wirklich heiss ist, kann sich das am äußersten Punkt Erstarrte wandeln und das fast Tote erneuern. Gerade weil so heiss, dürfen frühgestörte Menschen keinesfalls in Grenzerfahrungen hineingedrängt werden! Doch dort, wo Betroffene aus eigenem Antrieb in die Therapie kommen, wo sie im Rahmen des ihnen Möglichen Veränderung wollen, Mutsprünge wagen, da sind Prozesse möglich. Eine Gratwanderung zwischen Glauben und Zweifel, äußerster Liebe und Abgrenzung, grossem Verständnis und klarer Forderung! Ich erfahre immer wieder, daß Heilungsschritte möglich sind, wo Betroffene ein tragendes Umfeld im Hintergrund haben und wo sie sich in der Therapie auf einer tiefen Ebene verstanden fühlen. Aus der neuen Atmosphäre des erlaubten Seins wird neue Musik. Aus neuer Musik wachsen neue Worte.

Karin, Dario und viele and*ere mehr... wer wollte ihnen keine Chance geben! Wem keine Chance gegeben wird, der hat auch keine! Nur wer auf einem Terrain der Hoffnung steht, kann überhaupt Schritte wagen.

Alle therapeutische Arbeit und insbesondere jene mit frühgestörten Menschen gründet auf der Hoffnung. Im Blick zurück heisst die Alternative Urangst oder Urvertrauen, im Blick nach vorne: Angst oder Hoffnung.

Literatur

- Birnholz, J.C. (1983). The Development of Human Fetal Hearing. Science.. 222/ November. XVIa, XVIIb, XVIc.
- De Caspar, A.J. (1983). The intrauterine Heartbeat: A Potent Reinforcer for Newborns. *Infant Behavior and Development*. 6. 19-25.
- Drewermann, E. (1985). Tiefenpsychologie und Exegese, Band II. Olten: Walter.
- Drewermann, E. (1987). Das Markusevangelium. I. Teil. Olten: Walter.
- Drewermann, E. (1988a). Tiefenpsychologie und Exegese. Band I. (6. Aufl., Erstauflage 1984). Olten: Walter.
- Drewermann, E. (1988b). Strukturen des Bösen. Band II. Die jahwistische Urgeschichte in psychoanalytischer Sicht. (Sonderauflage, Erstauflage 1977). Paderborn: Schöningh.
- Ebersoll, B. (1985). Musik der Geister und Menschen in indianischen Heilriten, Teil 1,2. *Musiktherapeutische Umschau*, 6, 1-16, 101-120. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Fromm, E. (1979). Haben oder Sein. (Lizenzausgabe, engl. Originalausgabe 1976). Zürich: Buchclub Ex Libris.
- Grof, St. (1991). Geburt, Tod, Transzendenz (Lizenzausgabe, amerikanische Originalausgabe 1985). Reinbeck b.Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Grof, St. und Ch. (1990). Spirituelle Krisen. München: Kösel.
- Herzka, H.S. (1979). Gesicht und Sprache des Säuglings. Basel: Schwabe & Co.AG.
- Herzka, H.S. (1984). Das Kind von der Geburt bis zur Schule. (6. Aufl.). Basel: Schwabe & Co.AG.
- Lempp, R. (1984). Psychische Entwicklung und Schizophrenie. Die Schizophrenien als funktionale Regressionen und Reaktionen. Bern: Hans Huber.

- Loos, G.K. (1986). Spiel-Räume. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Mahler, M., Pine, F., & Bergmann, A. (1985). Die psychische Geburt des Menschen. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.
- Neumann, E. (1985). Das Kind. Fellbach: Bonz.
- Nitzschke, B. (1984). Frühe Formen des Dialogs, Musikalisches Erleben – Psychoanalytische Reflexion. Musiktherapeutische Umschau, 5, 167-187. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Papousek, M. (1994). Vom Schrei zum ersten Wort. Anfänge der Sprachentwicklung in der vorsprachlichen Kommunikation. Bern: Hans Huber.
- Petzold, H. (1993) (Hrsg.): Frühe Schädigungen – späte Folgen? Psychotherapie & Babyforschung, Bd.1. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. (1995) (Hrsg.): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie & Babyforschung, Bd. 2. Paderborn: Junfermann..
- Renz, M. (1991). Tiefenwirkungen der Musik und ihre Bedeutung in der Musiktherapie mit Kindern. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Universität Zürich, Nebenfachbereich Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters.
- Renz, M. (1996). Zwischen Urangst und Urvertrauen. Therapie früher Störungen über Musik- Symbol- und spirituelle Erfahrungen. Paderborn: Junfermann.
- Renz, M. (1997). Musiktherapie als Zugang zu frühesten Prägungen und Störungen. In H.Petzold und L.Müller (Hrsg.), Musiktherapie in der klinischen Praxis. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Salk, L. (1973). The Role of the Heartbeat in the Relations between Mother and Infant. Scientific American. 228. 24-29.
- Simon, A. (1983). Musik in afrikanischen Besessenheitsriten. In A.Simon (Hrsg.), Musik in Afrika. Berlin: Museum für Völkerkunde. S.284-297.
- Stern, D.N. (1992). Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Tomatis, A. (1987). Der Klang des Lebens. Vorgeburtliche Kommunikation – Die Anfänge der seelischen Entwicklung. Hamburg: Rowohlt.
- Winnicott, D.W. (1984). Kind, Familie und Umwelt. 4. unveränd.Aufl. München: Reinhardt.
- Winnicott, D.W. (1985). Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. 2.Aufl. Frankfurt a.M.: Fischer-TB.

BARBARA GABRIEL / SIEGFRIED BÖHM-ÖPPINGER

Unausgesprochen wirksam

Musiktherapie während und nach psychotischen Krisen innerhalb und außerhalb der Psychiatrie

Unexpressed Efficacy

Music Therapy during and after Psychotic Crises within and apart from Psychiatry

The relationship between music, emotion and psychosis lets one recognize why it is music that is the suitable means for therapy of people who are in danger of becoming psychotic. Different methodical attempts, such as active group music therapy, music and motion, singing, music and relaxation and listening to music are described, which have proved efficient in practice and have compared music therapy in clinics with that used in free practice (work situation, assignment, team work and cooperation with other groups of professionals, setting and the role of the therapist.)

Die Beziehung von Musik, Emotion und Psychose läßt erkennen, warum gerade Musik ein geeignetes Mittel für die Therapie von psychosegefährdeten Menschen sein kann. Es werden verschiedene bewährte, methodische Ansätze, wie Aktive Gruppenmusiktherapie, Musik und Bewegung, Singen, Musik und Entspannung und Musikhören beschrieben und die Arbeitsbereiche Klinik und Freie Praxis gegenübergestellt (Arbeitssituation, Zuweisung, Teamarbeit und Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, Setting und Rolle des Therapeuten).

In den letzten Jahren haben sich die früher auf Krankenhäuser beschränkten Arbeitsmöglichkeiten für MusiktherapeutInnen wesentlich erweitert. Dies liegt einerseits daran, daß Musiktherapie in neuen, dezentralen Versorgungseinrichtungen (Psychosoziale Zentren, Tagesheimstätten, Wohngemeinschaften u.ä.) angeboten wird, und daß andererseits durch das Psychotherapiegesetz Bedingungen

Vortrag im Rahmen des 1st Congress of the World Council for Psychotherapy - Subsymposium Music Therapy Wien 1996

geschaffen wurden, die zumindest einigen Psychiatrie-Betroffenen die Inanspruchnahme von musiktherapeutischer Behandlung bei freiberuflich tätigen MusiktherapeutInnen ermöglichen.

Im folgenden Beitrag versuchen wir Möglichkeiten von Musiktherapie im Bereich Psychiatrie darzustellen und die unterschiedlichen Rahmenbedingungen von Psychiatrischer Klinik und Freier Praxis vergleichend zu betrachten. Den Hintergrund für diesen Beitrag bildet jahrelange musiktherapeutische Arbeit und Auseinandersetzung mit psychiatrischen PatientInnen und KlientInnen in der Klinik, in gemeindenahen Versorgungseinrichtungen und in der Freien Praxis.

Wenn wir mit psychotischen Menschen therapeutisch arbeiten, stoßen wir an Grenzen. An Grenzen des Verstehens und noch deutlicher an Grenzen des Fühlens. Wir können uns der „ver-rückten“ Welt mit dem Verstand nähern, und es geht womöglich sogar eine starke Faszination von ihr aus. Wenn wir uns jedoch mit dem Gefühl annähern, wenn wir Gefühle an uns heranlassen, die der psychotischen Erlebniswelt entsprechen, spüren wir deutlich unsere Grenzen. Faszination kann sich in Bedrohung, Identifikation in Abwehr, Engagement in Überforderung und Distanzierung wandeln. Wir erleben mit, wie bei den Betroffenen körperliche, emotionale und geistige Funktionen über die Grenzen ihrer Belastbarkeit beansprucht werden und soziale Gefüge aus den Fugen geraten. L. Ciompi spricht in diesem Zusammenhang treffend von einer „Grenze des Lebbaeren“ (1995), an der psychotische Menschen ihr Leben gestalten.

Ein Wesensmerkmal von Musiktherapie ist nun gerade die Arbeit mit der emotionalen Dimension, die in psychotischen Krisen in besonderer Weise beeinträchtigt wird. Um die Rolle der Musiktherapie besser verstehen zu können, wollen wir daher näher auf die Beziehungen zwischen *Musik*, *Emotion* und *Psychose* eingehen.

Die gefühlsmäßige Beziehung zu sich, zur Umgebung und zu den Menschen erfährt in psychotischen Krisen gravierende Veränderungen, die wir nun zu beschreiben versuchen. Es ist uns dabei bewußt, daß eine allgemeine Beschreibung der Vielfalt der Wirklichkeit nicht gerecht werden kann. Für das Verständnis der musiktherapeutischen Ansätze erscheint sie uns jedoch wesentlich.

In akuten Phasen wirken Gefühle oft massiv und übersteigert. Angst, Mißtrauen, Macht oder Ohnmacht, aber auch Gefühle von Verbundenheit oder Zuneigung können eine Dynamik entfalten, die der für stabile Beziehungen notwendigen Gegenseitigkeit wenig Spielraum läßt. Gefühlsäußerungen erscheinen oft inadäquat, sie sind nicht verständlich und nachfühlbar und wirken daher verrückt. Manchmal führen widerstrebende Gefühle und Impulse zu Zuständen, die nach außen hin den Eindruck von Gefühlsleere erwecken. Das Einfühlen und das Mitgefühl der Umgebung ist gefordert und erfährt seine Grenzen.

Nach dem Abklingen akuter Phasen kommt es häufig zu einem emotionalen Rückzug, die Beziehungen zu sich und zur Umwelt sind verunsichert und müssen neu erfahren und aufgebaut werden. Wenn KlientInnen oder PatientInnen ihre emotionale Befindlichkeit in Worte zu fassen versuchen, so beschreiben sie sehr häufig einen Zustand innerer Unruhe oder Spannung. Oft klingt dies eher wie die Beschreibung eines körperlichen als die eines emotionalen Befindens. Eigen ist diesen Stimmungen und Zuständen ein hohes Potential an Energie, welches aber von den Betroffenen nicht konstruktiv genutzt werden kann und unangenehm empfunden wird. Mit andauerndem Krankheitsverlauf kommt es häufig zu der in der Literatur als besonders typisch beschriebenen Affektverflachung, welche man als Rückzug aus den Wirren des Gefühlslebens verstehen kann. Hinter dieser Verarmung der Gefühlswelt verbirgt sich aber meistens ein reiches und sensibles *Gefühlsleben*, das jedoch *in einer engeren Verbindung zur Innenwelt als zur Außenwelt* zu stehen scheint.

E. Podvoll (1994 S. 266 ff.) beschreibt eindrücklich die Phase der Rekonvaleszenz, in welcher sich Menschen nach der Erschütterung einer psychotischen Krise wieder hervorwagen. Unter der nach außen als Gefühlsarmut oder Leere erscheinenden Oberfläche liegt häufig eine Verletzlichkeit und Übersensibilität, für deren Überwindung eine ruhige und stabile Umgebung eine gute Voraussetzung bildet.

Die Atmosphäre großer Kliniken, wo in hoher Dichte Menschen mit schweren psychischen Krisen zusammensein müssen, ist für die Zeit der Rekonvaleszenz keine förderliche Umgebung. Daher ist es sehr begrüßenswert, wenn, wie zur Zeit auch in Niederösterreich,

Anstrengungen unternommen werden, Betreuungs- und Therapieangebote in kleinere Einheiten nahe der Wohnorte zu verlagern, die den Bedürfnissen der Betroffenen und Angehörigen, aber auch den therapeutischen Erfordernissen eher gerecht werden.

Da fast alle KlientInnen und PatientInnen medikamentös behandelt werden, scheint es wichtig, die Auswirkungen der hauptsächlich neuroleptischen Therapie auf die Emotionalität kurz zu beschreiben. Eine der wichtigsten, beabsichtigten Hauptwirkungen ist die Abschirmung gegen heftige Emotionen. Betroffene fühlen sich häufig durch Nebenwirkungen im Gefühlsleben beeinträchtigt. „Trenckmann hat in einer Befragung von PatientInnen ein Gefühl von Dumpfheit, Depressionen, das Abblocken von Emotionen und die Dämpfung von Gefühlen bei gleichzeitiger innerer Unruhe als die wichtigsten psychischen Nebenwirkungen erfaßt“ (1990, zit. nach Danzinger 1996, S. 81). Betrachten wir nun Wahrnehmung, Ausdruck und Integration von Gefühlen als eine der wesentlichsten therapeutischen Möglichkeiten von Musiktherapie, so wird deutlich, wie wichtig bei sich zum Teil ergänzenden aber auch widersprechenden Therapieansätzen die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen ist, damit nicht auf Betreuungsebene das Hauptsymptom von Psychosen, nämlich Desintegration, produziert wird.

Welches sind nun die Eigenschaften von Musik, die sie zu einem wertvollen therapeutischen Medium gerade auch für psychotische Menschen werden lassen?

Wenn wir im folgenden den Begriff Musik verwenden, so meinen wir nicht nur die geschaffene, komponierte Musik, sondern natürlich auch die elementaren Klangformen, wie sie im schöpferischen Umgang mit Klang und Rhythmus entstehen.

Musik können wir als einen *Spiegel der emotionalen Wirklichkeit* betrachten. Sie ist eine elementare Ausdrucksform, in welcher das gesamte Spektrum von Gefühlen und Zuständen Gestalt finden können.

„Musik ist eine Zufluchtstätte für individuelles Erleben und zugleich eine Form der Kommunikation. Das Medium Musik wendet sich aufgrund seiner ureigensten Qualität an den ganzen Menschen. So kann es zur Koordination, Integration und Harmonisierung von

Verstand, Gefühl und Psychomotorik beitragen.“ (van Deest 1997, S 20).

„Musik entlastet die überstrapazierte Rationalität und kann die Wahrnehmung von Gefühlen und damit eine Veränderung der Erlebnisverarbeitung bewirken.“ (Loos 1994).

Musik hat Anteil an der inneren und der äußeren Realität, welche bei psychotischen Erlebnisweisen in einem besonderen Spannungsfeld stehen.

Praxis der Musiktherapie

Musiktherapie nutzt ein reiches Methodensystem. Gemeinsam ist den methodischen Ansätzen der bewußte Einsatz oder Umgang mit Musik bei therapeutischer Zielsetzung.

Einige methodische Ansätze nutzen Musik als Ausdrucksmittel, wobei Wahrnehmung, Ausdruck, Auseinandersetzung und Verarbeitung emotional-gedanklicher Zusammenhänge oder der kreative Aspekt im Vordergrund stehen (z.B. Aktive Gruppenmusiktherapie). Bei anderen steht die Wirksamkeit der Musik auf die Psyche oder den Körper im Vordergrund (z.B. Musikhören oder Entspannungstraining).

Aktive Gruppenmusiktherapie

Aktive Musiktherapie ist Ausdrucks- und Gestaltungstherapie mit Elementen der Musik. Ausgangspunkt ist die Befindlichkeit und Aktivität der TeilnehmerInnen, welche über Improvisation und schöpferischen Umgang mit der Vielfalt der Rhythmen, der Farbpalette der Klänge und mit dem melodischen und dynamischen Reichtum Ausdruck und Gestalt finden kann. Die therapeutische Auseinandersetzung mit dem emotionalen Ausdrucksgeschehen geschieht in erster Linie nonverbal. Verbale Bearbeitung geht von eben Erlebtem aus.

Erstes Ziel ist es, den Zugang zum Ausdrucksmittel Musik zu finden und die Gruppenbildung zu fördern. In unserer Kultur ist der Umgang mit Musik, vor allem mit dem aktiven Musizieren, von Leistungs- und Perfektionsdenken geprägt. Wenn wir in der aktiven

Musiktherapie nun Musik als elementares Ausdrucksmittel anbieten, so müssen wir diese kulturelle Hürde überwinden. Dies ist nur möglich, wenn es gelingt, nicht theoretisch, sondern über Erleben und Erfahrung den Zugang zu dieser ursprünglichen und einfachen nonverbalen Ausdrucksmöglichkeit zu öffnen. Dies hört sich komplizierter an, als es in der Praxis ist, denn selbst bei schwerster psychischer Beeinträchtigung bleibt die Fähigkeit erhalten, Klänge oder Rhythmen zu empfinden und auf sie zu reagieren. So beeindruckt es z.B. immer wieder, mit welcher Sicherheit sich depressive Menschen aus der Fülle des Klangmaterials jenen hellen Klangbereich suchen, der ihnen guttut, und erst allmählich, ihrer Besserung entsprechend, Zugang zu tiefen kraftvolleren Schwingungen finden.

In der Musiktherapie mit psychotischen Menschen sind strukturgebende Aspekte besonders wichtig, da es nicht, wie z.B. bei manchen Formen von Neurosen, darum geht, verfestigte Verhaltens- und Erlebnisformen zu hinterfragen, sondern eher darum, gesunde Anteile anzusprechen und zu stärken. Dem Rhythmus kommt in diesem Zusammenhang in der musiktherapeutischen Arbeit mit Menschen, die zu psychotischen Erlebnisweisen neigen, besondere Bedeutung zu. Rhythmus ist der „Boden“, die Basis der Musik, er verankert das raumbetonte Klanggeschehen erlebbar in der Zeit, und vielleicht fühlen sich daher von psychotischem Erleben verunsicherte Menschen von diesem Element der Musik besonders angesprochen.

Die Hauptziele von aktiver Musiktherapie liegen in der Stützung und Stärkung der Ich-Funktionen, in der Förderung von Kommunikations- und Ausdrucksmöglichkeiten und in der Anregung zu Aktivität und Kreativität. Die intensiven Eindrücke einer Gruppentherapie können für Menschen, die zuwenig Abwehr- und Verarbeitungsmechanismen haben oder bei denen die Ich-Grenzen zu offen sind, auch belastend sein, daher ist es wichtig, nach der Akutphase den geeigneten Zeitpunkt eines Therapiebeginns zu beachten.

Musik und Bewegung

In Bewegungsstunden nutzen wir den allgemein vertrauten Zusammenhang zwischen Musik und Bewegung. Häufig angewandte

Gestaltungsmöglichkeiten sind: Aufwärmen und Durchbewegen des Körpers, Gestalten und Nachvollziehen von Bewegungen zu Musik, bewegungs- oder musikorientierte Gruppenübungen, Partnerübungen, Koordinationsübungen, Improvisieren oder Lernen von Kreistänzen, u.v.a.m.

In den stark fluktuierenden Gruppen in der Klinik sind Bewegungsstunden meist gut durchstrukturiert. Je konstanter die Zusammensetzung der Gruppen ist, desto mehr wird es möglich und sinnvoll, mit den individuellen körperlichen Bewegungs- und Ausdrucksmöglichkeiten der TeilnehmerInnen zu arbeiten.

Ein allgemeines, aber wichtiges Ziel liegt in der Bedeutung von Bewegung für Gesundheit und Wohlbefinden. Im speziellen liegen die Ziele auf der sensomotorischen und sozialen Ebene: Förderung des Körperbewußtseins, Kennenlernen und Erweitern von Bewegungsmöglichkeiten, soziales Lernen durch Kommunikation in Gruppen, Kennenlernen, Reflexion und Erprobung von Nähe - Distanz, Aktivität-Passivität, Führen-Folgen u.a.

Wir konnten an uns und an allen in der Klinik tätigen MusiktherapeutInnen beobachten, daß wir früher oder später die Wichtigkeit und Bedeutung der Einbeziehung des Körpers in unsere therapeutischen Bemühungen schätzen lernten. Der körperorientierte therapeutische Ansatz bewährt sich bei unseren PatientInnen und KlientInnen und wir machten auch die Erfahrung, daß er für uns selbst einen gewissen Ausgleich zur einseitig psychischen Auseinandersetzung mit belasteten und belastenden Menschen darstellt.

Singen als Therapie

Der Vorgang scheint einfach. Eine Singstunde wird mit mehr oder weniger bekannten Liedern von allen anwesenden TeilnehmerInnen gestaltet. Die musikalische Begleitung und die nötige Moderation erfolgt durch den Therapeuten.

Singen hat als musiktherapeutische Methode in einer Zeit, in welcher sich der Beruf immer mehr an der Psychotherapie orientiert, einen etwas schweren Stand. Die langjährigen guten Erfahrungen sowohl mit chronischen als auch mit akuten psychiatrischen PatientInnen sprechen jedoch sehr für den therapeutischen Wert dieses

urmusiktherapeutischen Ansatzes. Nicht selten geschehen erste Schritte von „drinnen nach draußen“ im Rahmen dieses Settings, wenn Menschen zu ihrem persönlichsten Instrument, der Stimme, wieder Vertrauen finden und dabei mit ihrer Umgebung wieder in Kontakt kommen. Vielleicht ist es die Verbindung von intensivem emotionalem Geschehen mit der klaren Ausdrucksform der Lieder, die psychotischen Menschen entgegenkommt.

Musik und Entspannung

Entspannungsverfahren sind bei psychotischen Erkrankungen mit Umsicht anzuwenden. Tendenzen zu Auflösung und Derealisation müssen beachtet und vermieden werden. Entspannung ist nicht machbar, sie stellt sich, wie im Schlaf, unter bestimmten Bedingungen ein. Wie sehen nun diese Bedingungen bei den spezifischen Schwierigkeiten von psychotischen Menschen aus? Ziel ist die Erreichung eines entspannten Wachzustandes, und methodisch nutzen wir alle zur Verfügung stehenden struktur- und haltgebenden Aspekte der Therapiesituation:

1. Die Therapeutenrolle ist klar direktiv.
2. Das Setting überschaubar und strukturiert.
3. Die verwendete Musik soll einen entspannten Wachzustand widerspiegeln und fördern.
4. Die vom Therapeuten geführte, gelenkte Wahrnehmung erleichtert die Konzentration und fördert den Realitätsbezug. Objekte der Wahrnehmung sind wechselweise Musik und persönliche Realität (Körper, Atmung, Gefühl, Denken) oder anders ausgedrückt: äußere und innere Realität.

Der Körper hat die wunderbare Eigenschaft, sich im Ruhezustand am besten zu regenerieren. Psychische Krisen belasten ihn zwar schwer, doch gerade im Entspannungszustand kann über die Wahrnehmung von geeigneter Musik und des für sich selbst sorgenden Körpers die ihm eigene grundlegende Tendenz zur Selbstheilung erlebt oder erahnt werden. Die Förderung des Körperbewußtseins hat positive Auswirkungen auf das Selbstbewußtsein. Die direkten und indirekten Rückmeldungen von entlassenen PatientInnen deuten darauf hin, daß sich Erfahrungen aus jenen musiktherapeutischen

Angeboten, die den Körper bewußt miteinbeziehen, gut in den Alltag transferieren lassen.

Musikhören

Musik wird von der TherapeutIn oder von den TeilnehmerInnen ausgewählt und angehört. Zur Einstimmung und Vorbereitung eignen sich besonders Übungen, welche das Körperbewußtsein ansprechen und fördern (z.B. Durchspüren des Körpers im Sitzen). Beim Musikhören wird die Aufmerksamkeit einerseits auf die Musik gelenkt und andererseits werden die Zuhörer angeregt, die Wirkung der Musik zu beachten. Die Erfahrungen werden ausgetauscht und reflektiert. Musikstücke, die einen Bezug zur eigenen Biographie haben, sind eine wirksame Methode, Vergangenes in der Therapiesituation lebendig zu machen. Unbekannte Musik dagegen fördert eher den Bezug zur momentanen Befindlichkeit.

Musikhören ist immer eine Begegnung mit sich selbst, wobei durch Musik vor allem die emotionale Befindlichkeit, aber auch damit in Verbindung stehende Gedanken, Vorstellungen und Phantasien angesprochen werden. Ob diese Begegnung ausgleichend, beruhigend oder tröstend wirkt, oder aber die eigenen Probleme und Konflikte angerührt werden, läßt sich kaum planen und vorhersagen. Daher betrachten wir diesen Ansatz als eine Form der Selbsterfahrung, deren Handhabung gute therapeutische Möglichkeiten birgt. Bei psychotischen Menschen liegen diese im besonderen in der Möglichkeit, die persönliche Art der Erlebnisverarbeitung bewußt zu erfahren und in Beziehung zu anderen zu setzen.

Daß Musik auf uns wirkt, ist eine alltägliche Erfahrung. Als MusiktherapeutInnen schätzen wir vor allem die über das Bewußtsein erlebbaren und begreifbaren Auswirkungen. Musik erreicht uns aber auch in tieferen Schichten unseres Seins und bleibt ein Stück Geheimnis. Wir sind der Meinung, daß Faßbarkeit und Begreifbarkeit nicht mit dem Wert der Musik gleichzusetzen sind.

Musik und andere Medien

Die Einbeziehung anderer Medien in die musiktherapeutische Arbeit stellt nach unseren Erfahrungen eine Bereicherung dar. Besonders Malen, Arbeit mit Märchen, Geschichten und szenischen Darstellungen in Verbindung mit Musik bieten weitere wertvolle Zugangs- und Ausdrucksmöglichkeiten. In unserem Arbeitsbereich eignen sich besonders erlebnis-, übungs- und produktzentrierte Verfahren. Zum geeigneten Zeitpunkt behutsam eingesetzt, können verborgene kreative Potentiale geweckt und Entwicklungsprozesse eingeleitet werden.

Gegenüberstellung der Arbeitsbereiche Klinik und Freie Praxis

Im Zuge des Erfahrungsaustausches und der Auseinandersetzung mit unserem Thema konnten wir feststellen, daß unsere unterschiedlichen Arbeitssituationen spezielle Auswirkungen auf die musiktherapeutische Arbeit haben. Im folgenden gehen wir vergleichend darauf ein.

Arbeitssituation:

Musiktherapie braucht institutionell und in der Freien Praxis einen gut abgegrenzten und geschützten Arbeitsbereich, einen „Spielraum“, in welchem ohne Rücksicht auf „Nachbarn“ gearbeitet und gespielt werden kann.

Klinik:

In der NÖ Landesnervenklinik arbeiten MusiktherapeutInnen im Angestelltenverhältnis. Dadurch sind alle wesentlichen wirtschaftlichen und arbeitsrechtlichen Belange geregelt. Die Kosten der Musiktherapie sind Teil des von der Krankenkasse oder von Sozialgeldern finanzierten Klinikaufenthaltes.

Freie Praxis:

Die für die musiktherapeutische Praxis notwendige Grundausstattung, sowie Versicherungen, Pensionsvorsorge, Steuerabgaben, müssen von den Einnahmen finanziert werden. Die Therapie-Kosten stellen für die meisten Psychiatrie-Betroffenen ein Problem dar, da sich diese KlientInnen sehr häufig in einer äußerst schlechten sozia-

len Lage befinden, und sich daher eine Therapie ohne entsprechende Ermäßigung nicht leisten können. Dies hat zur Folge, daß eine Freie Praxis bei einer Spezialisierung auf genanntes Klientel kaum finanziert werden kann. In der Praxis der Autorin erhalten derzeit ca. ein Drittel des Klientels, dies sind fast ausnahmslos die Psychiatriebetroffenen, Therapien zu ermäßigten Tarifen. Das Zustandekommen eines Kassenvertrags mit freiberuflich tätigen PsychotherapeutInnen und somit die Reduzierung des Eigenbeitrags auf ein leistbares Minimum wäre gerade für dieses Klientel dringend notwendig und langfristig gesehen für den Staat nachweislich kostensparend, da teure Psychiatrieaufenthalte und Psychopharmakabehandlungen reduziert werden könnten.

Welche PatientInnen und KlientInnen kommen zur Musiktherapie ?

Klinik:

Bei AkutpatientInnen ist Musiktherapie fast nur in Form von Einzeltherapie sinnvoll und möglich, wobei am häufigsten die PatientInnen zugewiesen werden, die über sprachlichen Kontakt schwer erreichbar sind. Die meisten PatientInnen kommen in der Zeit nach Abklingen der Akutphase bis zur Entlassung. Für PatientInnen, die schon Jahre, manche schon jahrzehntelang im Krankenhaus leben und regelmäßig an einzelnen Formen der Musiktherapie teilnehmen, wird Musiktherapie ein Teil ihres Alltags, und soziotherapeutische Überlegungen und Ziele gewinnen an Bedeutung. Diagnostisch überwiegen in der Klinik schizophrene und affektive Psychosen. Auf die musiktherapeutische Behandlung anderer in der Klinik vertrittener Diagnosegruppen, wie schwere Persönlichkeitsstörungen und Neurosen oder Borderlinesyndrome, gehen wir hier nicht ein.

Freie Praxis:

KlientInnen kommen nach einem Aufenthalt in der Psychiatrie oder in Krisensituationen. Andere KlientInnen leben in betreuten Wohngemeinschaften und kommen gemeinsam zur Gruppentherapie.

Teamarbeit und Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen

Klinik:

Die Behandlung und Betreuung von Menschen in schweren psychischen Krisen stellt für Einzelpersonen in der Regel eine Überforderung dar. In der Klinik arbeitet ein Team aus verschiedenen Berufsgruppen, wobei mehrdimensionale Behandlungskonzepte (biologisch-psychisch-sozial) sicherlich der Vielschichtigkeit der therapeutischen Erfordernisse am ehesten gerecht werden. Die Qualität des Teams, wie sie z.B. von Dörner beschrieben wird (1984 S. 26ff. u. 208), ist entscheidend für die Qualität der Behandlung. Eine gute Zusammenarbeit im Team mit einem fließenden Austausch von Erfahrungen und Informationen bilden die Grundlage dafür, daß die Indikationen erkannt und die therapeutischen Möglichkeiten der Musiktherapie adäquat genutzt werden können.

Freie Praxis:

Eine Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt, Sozialarbeiter, Sachwalter u.s.w. erfolgt ausschließlich nach Absprache mit dem Klienten. Sie ist nach der Erfahrung der Autorin sinnvoll und bei schwerwiegenden Erkrankungen am Beginn der Therapie notwendig. Der Informationsaustausch erfolgt meist nicht regelmäßig, sondern ist eng verbunden mit der Befindlichkeit der KlientInnen und findet in Form von Telefonaten oder kurzen Zusammentreffen statt. Bei Musiktherapie mit KlientInnen, die in Wohngemeinschaften leben und die regelmäßig einmal in der Woche über ein ganzes Jahr erfolgt, nimmt die MusiktherapeutIn - in diesem Fall ca. einmal im Monat an einer Besprechung des betreuenden Teams teil.

Wie kommen PatientInnen und KlientInnen zur Musiktherapie ?

Klinik:

Die Zuweisung erfolgt durch die behandelnden ÄrztInnen, nach Rücksprache mit dem Behandlungsteam und dem Musiktherapeuten. Einzelne PatientInnen organisieren sich die Teilnahme eigenständig. Der Klinikalltag zeigt, daß bei der Frage der Motivation

persönliche Beziehungen und Kontakte ausschlaggebend sind. LangzeitpatientInnen, die nicht mehr mobil sind, kommen nicht zur Therapie, sondern die Musiktherapie kommt zu ihnen.

PatientInnen erwarten von der Musiktherapie oft etwas scheinbar sehr Einfaches: zur Ruhe kommen, Harmonie, Spannungen abbauen, Wohlfühlen, u.ä. Wir verstehen diese Erwartungen als einen Gegenpol zu ihrem momentanen Befinden oder als eine ersehnte Auflösung eines gegenwärtigen Leidenszustandes. Selten kommen psychotische Menschen während ihrer Krise mit dem Anliegen, ihren Leiden mit Hilfe von TherapeutInnen auf den Grund zu gehen. Voraussetzung einer aufdeckenden Therapie ist ein stabiler Persönlichkeitskern, doch gerade dieser ist erschüttert oder verunsichert. Positive therapeutische Erfahrungen in der Klinik wirken natürlich motivierend, wenn es darum geht, nach einem Klinikaufenthalt therapeutische Angebote anzunehmen oder selbst zu suchen.

Freie Praxis:

Die KlientInnen kommen durch Überweisung von der Klinik oder von niedergelassenen Psychiatern, über Sozialarbeiter, Sachwalter oder extramurale Einrichtungen, und auch aufgrund von Eigeninitiative, wobei nach bisheriger Erfahrung der Autorin immer ein Bezugspunkt von Bedeutung ist. Ein Klient suchte z.B. eine Musiktherapeutin, die dieselbe „Musik zur Entspannung“ verwendete, die er in der Klinik kennengelernt hatte, da er in einer der „Entspannungsstunden“, wie er sagte, „wieder zu sich gefunden hatte“. Andere KlientInnen, welche die Praxis selbständig aufsuchten, kannten die Autorin noch aus der Gruppenmusiktherapie in der Klinik, entschlossen sich allerdings erst nach mehreren Jahren, eine Einzelmusiktherapie in der Freien Praxis zu beginnen. Ein anderer Klient suchte die Therapeutin auf, da sie denselben Nachnamen wie sein behandelnder Arzt hatte ... u.ä.m. Auffallend ist, daß der Schritt in die „Freie Praxis“ gerade für diese KlientInnen zunächst sehr schwierig zu sein scheint. So erfolgen z. B. vor dem Erstgespräch oft mehrmalige Anrufe in größeren Abständen mit entsprechenden Terminvereinbarungen. Ein Termin wird ausgemacht, der Klient erscheint nicht, ruft nach einer Woche wieder an, entschuldigt sich und macht neuerlich einen Termin aus, usw.

Weiters bedeuten die Erledigungen der Formalitäten für die Kostenrückerstattung durch die Krankenkasse für Psychiatrie-Betroffene oft ein schwer- bis unüberwindbares Hindernis. Die für die Kostenrückvergütung notwendige Untersuchung durch einen Arzt, das Ausfüllen des derzeit notwendigen Fragebogens zur Weiterführung der Therapie, selbst das Schicken der Honorarnote an die Krankenkasse, besonders aber Briefe von der Krankenkasse an die KlientInnen oder Vorladungen zum Amtsarzt können Ängste vor einer neuerlichen Stigmatisierung oder paranoide Reaktionen auslösen. Das äußerst sensible, im Aufbau befindliche Vertrauensverhältnis zur Therapeutin am Beginn der Therapie kann dadurch stark beeinträchtigt werden und führt manchmal auch zu einem Abbruch der gerade begonnenen Therapie.

Entgegen nach wie vor bestehender Vorurteile, wie „PsychiatriepatientInnen sind unverlässlich“, „sind nicht therapiefähig“, oder „zahlen nicht“ usw. konnte die Autorin in ihrer Praxis bisher die Erfahrung machen, daß nach überwundenen Anfangsschwierigkeiten Therapien sinnvoll und möglich sind. Die Erwartungen der KlientInnen sind ähnlich wie in der Klinik, darüberhinaus kommen sie, um sich über Musik mit „ihresgleichen“ verständigen zu können, sich verstanden zu fühlen ohne über Probleme sprechen zu müssen, nicht allein zu sein, „verrückt sein zu können“, sich in der Musik auslassen zu können, die durch den Klinikaufenthalt erreichte Besserung beizubehalten, weitere Klinikaufenthalte zu vermeiden, sich weiter mit sich selbst auseinanderzusetzen, selten kommen sie, um „geheilt zu werden“.

Setting und Rolle des Therapeuten

Sowohl in der Klinik als auch in der Freien Praxis machten wir die Erfahrung, daß das in Therapien mit anderen Klienten übliche Erstgespräch für manche Psychiatrie-Betroffene eine Überforderung darstellt. Wir bieten in solchen Situationen beim Erstkontakt auch die nonverbale musikalische Ebene an. Dabei erhalten wir wichtige Informationen über die Ausdrucksmöglichkeiten und das Befinden der KlientInnen und PatientInnen, die unter anderem auch diagnostisch wertvoll sind. Wir erfahren, welcher Klangbereich bevorzugt

oder gemieden wird, ob jemand über aktives Musizieren oder rezeptives Musikhören besser zu erreichen ist, wie seine Wahrnehmung oder seine Konzentration ist, ob Kreativität frei wird und wie wir am besten in Kontakt kommen können. Strukturierte musiktherapeutische Angebote, wie z. B. das Ausschuchen und Ausprobieren eines Instrumentes, das Anhören von vom Therapeuten vorgespielten Tönen oder Klängen und das mögliche darauffolgende gemeinsame Spiel erleichtern den Zugang zunächst auf der emotionalen Ebene und bilden eine Brücke für den Einstieg in das Gespräch. Dies gilt auch für die ersten Zusammentreffen von Gruppen. Gemeinsames Erleben erleichtert den Kontakt zwischen den TeilnehmerInnen und der Musiktherapeutin und kann bei inhomogenen Gruppen angstlösend wirken, Spannungen abbauen helfen und für das Gruppengedanklich förderlich sein.

Klinik:

Bei Einzeltherapien mit AkutpatientInnen ist eine hohe Frequenz wichtig, bei Langzeittherapien ist ein Wochenrhythmus üblich. Aktive Gruppenmusiktherapie findet im Subakutbereich dreimal wöchentlich statt, wodurch trotz der hohen Fluktuation einer Aufnahmeabteilung eine gewisse Kontinuität gegeben ist, die für therapeutische Gruppenprozesse wichtig ist. Einmal wöchentlich stattfindende Gruppen (Musik und Bewegung) oder offene Gruppentherapien (z.B. Singen) haben auf einer psychiatrischen Aufnahmeabteilung eine hohe Fluktuation, die methodisch berücksichtigt werden muß und vom Therapeuten oft ein hohes Maß an Flexibilität verlangen. Gruppen mit LangzeitpatientInnen bleiben dagegen im Kern oft über Jahre stabil. Therapie bedeutet dann neben dem Entgegenwirken von Hospitalisierungs- und Chronifizierungstendenzen zunehmend therapeutische Begleitung, wobei die Beziehungen durch eine zunehmende gegenseitige Anteilnahme an persönlichen Lebensbereichen geprägt werden können.

In der Klinik steht am Beginn der Therapie manchmal nicht die Motivation der PatientInnen, sondern die Einschätzung des Behandlungsteams, das Musiktherapie für indiziert hält. Einzeltherapien beginnen dann, ganz anders als in der Freien Praxis, mit einem aktiven und bewußten Zugehen auf die PatientInnen. Wenn der Zugang gelingt und Vertrauen entsteht, folgt ein Herausbegleiten von „drinnen“ nach „draußen“, räumlich aus dem geschlossenen Akutbe-

reich und psychisch durch schrittweises Einlassen auf eine therapeutische Beziehung.

Die angesprochene aktivere Therapeutenrolle erweist sich im Klinikalltag als sinnvoll und zielführend. Sie ist ein charakteristisches Merkmal der therapeutischen Arbeit mit der besprochenen Patientientengruppe.

Es kommt häufig vor, daß Patienten an verschiedenen oben ausgeführten Formen der Musiktherapie teilnehmen. Dadurch erleben wir PatientInnen in verschiedenen Therapiesituationen und sie erleben uns in verschiedenen Rollen. Eine Folge davon ist, dass es von Klienten- und Therapeutenseite zu einer umfassenderen Wahrnehmung der beteiligten Personen kommt. Dies erschwert zwar die in anderem therapeutischen Kontext wichtigen Projektionen, fördert aber dafür die Authentizität aller Beteiligten.

Freie Praxis:

Einzel- und gruppenmusiktherapeutische Sitzungen finden durchschnittlich einmal pro Woche statt. Die Dauer beträgt bei der Einzelmusiktherapie 50-60 Minuten, bei der Gruppenmusiktherapie 90 Minuten. Das kontinuierliche Einhalten des Settings, besonders in der Gruppenmusiktherapie, stellt für KlientInnen teilweise eine zu hohe Anforderung dar. Flexibles Eingehen auf die in diesem Zusammenhang auftretenden Probleme und in der Folge eine Neufestsetzung des Settings hat sich bewährt. Das Beobachten und Ansprechen des Umgangs mit dem vereinbarten Setting (kommt der Klient zu früh, zu spät, sagt er ab, bleibt er fern, wie reagiert er auf den Urlaub der TherapeutIn) ist von Bedeutung, da darin zusätzliche Informationen über die Befindlichkeit des Klienten, dessen Umgang mit der Realität, über auftretende Widerstände und über den Therapieverlauf enthalten sind. Von der Therapeutin ist in diesem Zusammenhang ein hohes Maß an Toleranz, Flexibilität, Einlassen auf eine „Gratwanderung“ (Begleitung statt Einweisung) erforderlich. Es ist daher wichtig, einen persönlichen Weg zu finden, der einerseits klare Grenzen setzt und andererseits eine „Türe offen“ läßt.

Literatur

- Ciompi, L. (1982). Affektlogik. Stuttgart: Klett-Cotta.
 Ciompi, L. (1988). Außenwelt-Innenwelt. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.

- Ciampi, L. (1995). Vortrag zum Thema Sozialpsychiatrie, gehalten im Rahmen einer internen Fortbildungsveranstaltung in der NÖ Landesnervenklinik Gugging, am 15.5.1995.
- Danzinger, R. (1996). Psychopharmaka und Psychotherapie. In Strobl, R. (Hrsg.), Schizophrenie und Psychotherapie (S. 75 - 84). Linz: edition pro mente.
- Deest, Hinrich van. (1997). Heilen mit Musik. München: Deutscher Taschenbuchverlag.
- Dörner, K. (1984). Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie, Psychotherapie. Rehburg-Loccum: Psychiatrie-Verlag.
- Franzke, E. (1991). Märchen und Märchenspiel in der Psychotherapie. Bern: Hans Huber.
- Frohne, I. (1983). Multimediales Vorgehen in der Musiktherapie. In Decker-Voigt H.H. (Hrsg.), Handbuch Musiktherapie (S. 175). Lilienthal/Bremen: Eres Edition.
- Hegi, F. (1993). Improvisation und Musiktherapie. Paderborn: Junfermann.
- Loos, G. (1994). Spielräume der Magersucht. Stuttgart, Jena, New York: Gustav Fischer.
- Petersen, P. (1989). Der Therapeut als Künstler. Paderborn: Junfermann-Verlag.
- Podvoll, E.M. (1994). Verlockung des Wahnsinns. München: Hugendubel.
- Renz, M. (1996). Zwischen Urangst und Urvertrauen. Paderborn: Junfermann.
- Scharfetter, Ch. (1995). Schizophrene Menschen: Diagnostik, Psychopathologie, Forschungsansätze. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union.
- Schwabe, Ch. (1983). Aktive Gruppenmusiktherapie für erwachsene Patienten. Stuttgart, New York: Gustav Fischer.
- Trenckmann, U. (1990). Wirkungen und Nebenwirkungen der Depot-Neuroleptika im Erleben des Patienten, Psychiatrische Praxis 17, S.184 -189, Danzinger R. (1996). Psychopharmaka und Psychotherapie. In: Strobl R. (Hrsg.) Schizophrenie und Psychotherapie. S. 75 - 84, Linz: Edition pro mente.
- Willms, H. (1975). Musiktherapie bei psychotischen Erkrankungen. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.

DOROTHEE STORZ

Musiktherapie im Rahmen psychotherapeutischer Teamarbeit in einem psychiatrischen Krankenhaus

Music Therapy in the Frame of Psychotherapeutic Teamwork in a Psychiatric Hospital

Psychotherapeutic development in psychiatry during the last few years has not only changed the therapeutic quality of psychiatry but also especially the quality of music therapeutic activities. As long as 15 years ago music therapists were forced to move alone in the field of psychotherapy, but now they can move along with other therapeutic colleagues in the same field. In a psychotherapeutic team that wants to work effectively and sensibly, differentiated aspects of the individual therapeutic possibilities – above all their peculiarities and special abilities – must predominate, in order to be able to use them sensibly and as a supplement to one another. In this connection of music therapeutic possibilities, such as are provided by musical expression and dialogue. In this contribution methodical deliberations and the necessity of a significant interactivity within a therapeutic team are discussed.

Die psychotherapeutische Entwicklung in der Psychiatrie hat während der letzten Jahre nicht nur die therapeutische Qualität der Psychiatrie insgesamt verändert sondern auch die Qualität speziell musiktherapeutischen Handelns. Haben sich MusiktherapeutInnen noch vor 15 Jahren auf psychotherapeutischem Terrain oftmals nahezu allein bewegt, so müssen sie dieses heute mit anderen therapeutischen KollegInnen teilen. In einem psychotherapeutischen Team, das sinnvoll und wirksam arbeiten will, müssen demnach differenzierte Vorstellungen der einzelnen therapeutischen Möglichkeiten – vor allem ihrer Besonderheiten und speziellen Fähigkeiten – vorherrschen, um sie sinnvoll und in Ergänzung zueinander nützen zu können. So wird in diesem Zusammenhang die Aufmerksamkeit auf eine Auseinandersetzung mit dem Inhalt musiktherapeutischer Möglichkeiten gelenkt, wie sie beispielsweise der musikalische Ausdruck und Dialog bieten. Es werden methodische Überlegungen und die Notwendigkeit einer sinnvollen Vernetzung innerhalb eines psychotherapeutischen Teams erörtert.

Vortrag im Rahmen des 2nd International Congress of the World Federation of Music Therapy Hamburg 1996

Einleitung

Nach 17 Jahren musiktherapeutischer Arbeit in einem psychiatrischen Krankenhaus werde ich in zunehmendem Maße mit der Frage konfrontiert, warum ich da denn immer noch arbeite.

Ich möchte diese Frage zum Anlaß nehmen, einige Überlegungen vorzustellen, die in Bezug stehen zu der sich immer wieder verändernden Situation der Musiktherapie im klinisch psychiatrischen Bereich während der letzten Jahre. In meinen Ausführungen geht es um die musiktherapeutische Arbeit in einem psychotherapeutischen Team und um die entsprechenden Anforderungen an die Musiktherapie, die sich aus der genannten Entwicklung ableiten lassen.

Ich beziehe mich in dieser Darstellung auf die Situation in Österreich, denke jedoch, daß meine Überlegungen dazu auch in anderen Ländern von Relevanz sein können.

Es geht also um Veränderungen, die durch die Entwicklung der Psychotherapie in Österreich erwachsen sind, die ja – wie bekannt – mit der Etablierung des Psychotherapiegesetzes 1991 ein positives Ergebnis gefunden hat.

Ich sehe uns MusiktherapeutInnen vor dem Hintergrund dieser verbesserten Situation der Psychotherapie mehr denn je mit der Frage konfrontiert, ob wir auf diesem psychotherapeutischen Arbeitsmarkt etwas Sinnvolles leisten, was durch andere therapeutische Methoden eher nicht oder nur schwer zu erreichen ist und wie wir uns mit diesen unseren spezifischen Qualitäten in ein psychotherapeutisches Behandlungskonzept integrieren können.

Inzwischen sind wir im psychiatrischen Krankenhaus umgeben von zahlreichen PsychotherapeutInnen, auch solchen, die sich non-verbaler Mittel bedienen, PsychotherapeutInnen also unterschiedlichster Prägung, die sich in ihrer Absicht und ihrem Anspruch teilweise kaum von unserem musiktherapeutischen Anspruch unterscheiden.

Ich möchte hier – auch wenn größtenteils sicher bekannt – darauf hinweisen, daß die Musiktherapie in Österreich sich zwar als psychotherapeutisch orientierte Therapieform versteht, aber nicht zu den vom Gesetzgeber anerkannten Psychotherapierichtungen gehört. Es erscheint mir daher naheliegend, daß die gesetzliche Rege-

lung und damit auch gesetzliche Definition und Anerkennung der Psychotherapie, die ja nun grundsätzlich als längst notwendig und die Etablierung dessen endlich als menschlich einigermaßen würdige Lösung sowohl für KlientenInnen als auch für PsychotherapeutInnen zu sehen ist – für die Musiktherapie nicht nur von erfreulicher Auswirkung ist, sieht sie sich doch voll zunehmender Sorge von dem Vorwurf vermeintlicher Unnötigkeit bedroht.

Zur Entwicklungsgeschichte der beruflichen Situation in Wien

Das musiktherapeutische Berufsleben reicht in Wien wie vielerorts bis etwa 30 Jahre zurück. Vor ca. 20 Jahren – also nach ca. 10 jähriger Pionierarbeit und grundsätzlicher therapeutischer Orientierungssuche waren bereits Anzeichen einer Tendenz zu einem psychotherapeutischen Kurs spürbar – wohl noch ohne über die entsprechende Terminologie zu verfügen und ohne sich darüber bewußt zu sein, daß dieser Kurs einem psychotherapeutischen Verständnis, das wir heute ja für selbstverständlich halten, entspricht. Aber schon seinerzeit waren die zentralen Themen der heute psychotherapeutisch orientierten Musiktherapie geprägt durch das Erlebnis- Ausdrucks- und Beziehungsgeschehen und die methodischen Voraussetzungen dafür.

Die Rahmenbedingungen klinischer Arbeit dieser Zeit sind ja hinlänglich bekannt: ein Behandlungsteam – wenn überhaupt vorhanden – bestand aus Arzt und Pflegepersonen, dazu kam bald eine Musiktherapeutin, später dann eine ErgotherapeutIn und noch später vielleicht auch eine PsychologIn und eine SozialarbeiterIn. In dieser Phase wurden viele Energien und Mühen von der Überzeugungsarbeit hinsichtlich der Bedeutung des jeweiligen Berufes verschluckt. Erst allmählich, Schritt für Schritt und auf dem Wege der Fortbildung, konnte ein solider Platz im damaligen psychiatrischen Behandlungssystem eingenommen und dieser mit zunehmend selbstverständlich werdender Kompetenz auf musiktherapeutisch/psychotherapeutischem Terrain vertreten werden.

Im psychiatrischen Berufsleben gab es zu dieser Zeit nur wenig psychotherapeutisch ausgebildete und auch solcher Art ausübende Menschen (vorwiegend einzelne Ärzte mit psychotherapeutischer Ausbildung) – und so waren wir – nach langen Jahren Überzeugungsarbeit – plötzlich die psychotherapeutischen Solisten, zwar mit vielseitigen Ärgernissen – vornehmlich ignoranter Prägung – konfrontiert, aber durch die Tatsache unserer selbständigen Tätigkeit und das Wissen um unsere Besonderheit im großen und ganzen – zumindest inhaltlich – recht zufrieden, waren wir ja, wie schon erwähnt, die therapeutischen Alleingänger, die ihren Arbeitsbereich inhaltlich mit niemandem teilen mußten.

Aber nur für kurze Zeit.

Es wurde in Österreich die Diskussion um die Notwendigkeit eines Psychotherapiegesetzes, das ja nun – wie schon erwähnt – seit wenigen Jahren wirksam ist, hörbar lauter und unser musiktherapeutisches Selbstbewußtsein entsprechend leiser. Diese Diskussion wurde von uns MusiktherapeutInnen natürlich mit Interesse jedoch auch aus skeptisch verhaltener Distanz heraus beobachtet; schließlich stellte sich damit ja auch für uns erneut die Frage, welchen Platz wir in diesem Zusammenhang einnehmen wollen, wo wir mit unserem, gerade im psychiatrischen Bereich sehr wirksamen Verfahren bleiben. Wir waren – und sind bis heute – in ganz anderer Art als wir das früher waren – mit der Notwendigkeit konfrontiert, uns innerhalb dieses großen Psychotherapie-Marktes zu definieren – abgrenzend zu definieren – und, womit wir bisher nicht konfrontiert waren, unsere bisherigen vor allem klinischen Arbeitsbereiche in diesem Sinn zu verteidigen und um sie, ganz anders als zuvor, mit anderen PsychotherapeutInnen konkurrierend, zu kämpfen.

Das unterscheidet sich doch erheblich von der früheren Situation, als die Psychiatrie und etliche andere stationäre Bereiche für benachbarte therapeutische Berufsgruppen noch so wenig attraktiv schienen und somit zu einer inhaltlich spannenden musiktherapeutischen Nische werden konnte.

Exkurs

Innerhalb unserer kleinen musiktherapeutischen Szenerie wurde natürlich auch wieder die Frage der Notwendigkeit eines eigenen Berufsgesetzes aktiviert – bzw. plötzlich eben auch die Frage um eine Aufnahme respektive Integration ins Psychotherapiegesetz. Wie bekannt, können einige dafür erforderliche Kriterien derzeit noch nicht erbracht werden, daher wird die Erfüllung dieses von vielen gehegten Wunsches meines Erachtens noch etliche Zeit ausbleiben.

In diesem Zusammenhang erscheint mir erwähnenswert, daß etwa gleichzeitig andere im klinischen Bereich etablierte kreative oder körperbezogene Behandlungsmethoden wie z.B. die Ergotherapie und die Physiotherapie, in Österreich gesetzlich neu geregelt worden sind – und zwar in jeweils eigenen Berufsgesetzen (im Gegensatz zum vorherigen Krankenpflegegesetz, das alle medizinisch technische Berufe sowie den Krankenpflegeberuf zusammengefaßt hat). Dadurch sind wir ein zweites Mal Solisten geworden, – jetzt jedoch – und das bis heute – spielen wir das Solo der therapeutisch Gesetzlosen.

Es mag sich an dieser Stelle die Frage erheben, warum das alles soviel Erwähnung findet; ich möchte damit nun nicht an chronische Diskussionen anknüpfen, die sich mit dem Gesetzesthema befassen – Gesetz als Zeichen staatlicher Anerkennung, als Berufsschutz oder als Voraussetzung für eine mögliche Krankenkassenverrechnung – dies sind zweifelsohne wichtige Überlegungen, die aber in anderem Rahmen diskutiert werden. Mir erscheint dieser Rückblick deswegen erwähnenswert, weil er den Prozeß deutlicher werden läßt, der die Veränderung der Anforderungen und Herausforderungen an die Musiktherapie – wie ich meine – aufzeigt.

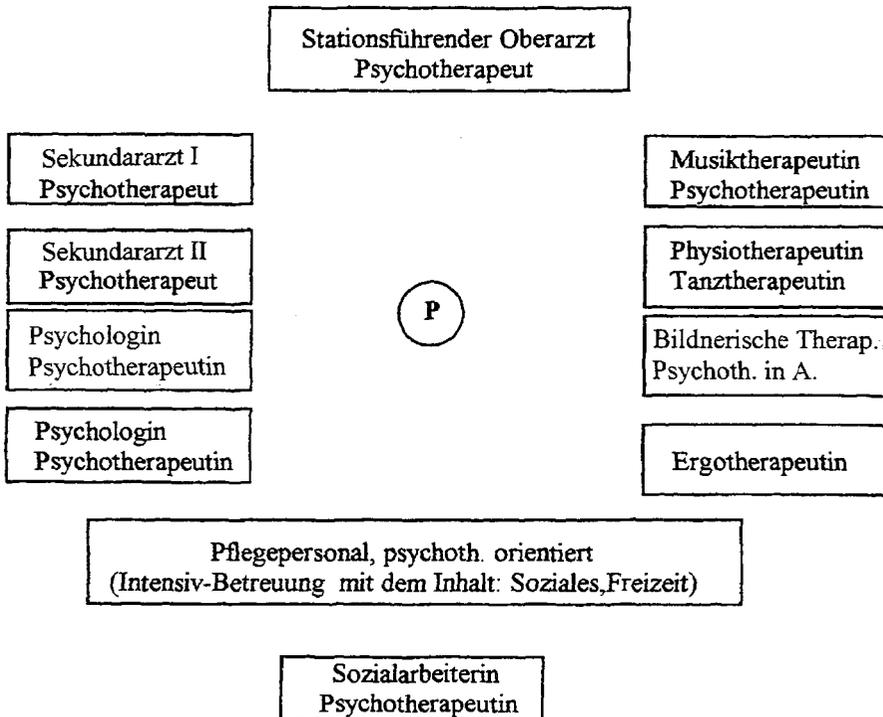
Ich möchte mich nun einigen Konsequenzen für die Musiktherapie zuwenden, die sich aus der Etablierung der Psychotherapie in der Psychiatrie ableiten lassen.

Im Folgenden beziehe ich mich auf eine Rehabilitationsstation eines Psychiatrischen Krankenhauses, die sich um die Behandlung von Menschen mit schweren Persönlichkeitsentwicklungsstörungen, Borderline-Störungen und Psychosen bemüht, um PatientenInnen, die eine hohe Rückfalltendenz mit Autoaggressivität oder Sui-

zidversuchen aufweisen und um PatientenInnen, bei denen das Risiko einer chronifizierten Verlaufsentwicklung vermutet werden muß. Die Station ist systemisch orientiert mit tiefenpsychologischem Hintergrund.

Das psychotherapeutische Team

Ein psychotherapeutisches Team – bestehend aus etlichen PsychotherapeutInnen, kreativen TherapeutInnen, psychotherapeutisch geschultem Pflegepersonal – ein Team also, das unterschiedliche psychotherapeutische Grundorientierungen und Schulen umfaßt, kann ein kompliziertes Gefüge sein.



Das ist eine schematische Darstellung des Teams oben erwähnter Station, aus der einerseits ersichtlich werden soll, mit wie vielen Menschen sich hier eine PatientIn konfrontiert sieht – und andererseits, daß die hier arbeitenden Menschen alle eine – zumindest psychotherapeutisch orientierte – Identität aufzeigen.

Also alle arbeiten ausnahmslos therapeutisch wohlüberlegt und sensibel, und gemeinsam wird in den Teambesprechungen überlegt, was wo passiert oder nicht passiert, wie es zu verstehen sei, was sich inhaltlich entspricht, ergänzt oder was sich unterscheidet oder widerspricht und welches Thema bzw. welcher Problembereich in welcher Therapie eventuell eine notwendige Akzentuierung erfahren soll.

Ich spreche also von einer Teamstruktur, bei der jedes Teammitglied mit jeder PatientIn arbeitet; umgekehrt bedeutet dies für die PatientIn natürlich auch, daß sie sich mit jedem Teammitglied als Mensch und als TherapeutIn einer bestimmten Methode auseinandersetzen muß. Das kann eine große Chance sein, ist aber auch gleichzeitig für manche ein schwieriges Unterfangen. Auch wir MusiktherapeutInnen werden mit dieser potentiellen Schwierigkeit mitunter konfrontiert, und zwar beispielsweise dann, wenn wir – und das womöglich mit psychotherapeutisch ganzheitlichem Anspruch – unmittelbar nach einem heftigen Gefühlsausbruch einer Patientin im Anschluß an eine ebenso heftige Improvisation auf eine weiterführende Frage die Antwort hören „darüber möchte ich mit Ihnen nicht reden, darüber rede ich schon mit meiner Psychotherapeutin.“ Natürlich denken wir dann an Widerstand, an eine Verhinderung, das, was eben geschehen und musikalisch hörbar geworden ist, näher anschauen zu wollen und verstehen zu wollen. Gleichzeitig wissen wir aber auch, daß die Patientin, die hier zitiert wird, konkret Bezug nimmt zu einer für sie und mich geltenden Realität.

Vielleicht läßt sich diese Realität auch mit einem Bild aus Film und Theater fassen, in dem wir eben nicht die Hauptdarsteller sind, sondern eine der Nebenrollen haben.

Natürlich können wir dann denken, daß alle Funktionen notwendig sind, Haupt- oder Nebenrollen, Statisten, Regisseur oder Ausstatter und eben alle, die bei einem solch komplexen Projekt mitarbeiten; wir können auch alle weiteren Überlegungen dazu abschneiden mit dem dafür geeigneten Gedanken: „So ist nun mal die Realität“. Aber gerade diese Realität macht uns doch zu schaffen, ist sie doch eine ständige Kränkung unseres therapeutischen Narzißmus, und bedeutet: Wir sind eine von vielen, wissen also nie so genau, welcher Anteil unserer Arbeit zuzuschreiben ist; wir sind eine

mit einer „Nur Nebenrolle“, und dann eben auch noch eine, die sich mit inhaltlichen Schwerpunkten zufrieden geben soll.

Das klingt nach viel Frustration, und die Vorstellung, diese Arbeit könnte interessant, sinnvoll oder gar musiktherapeutisch ergiebig sein – so wie wir das in musiktherapeutischen Falldarstellungen zu lesen bekommen – scheint die Rutschbahn der Verkümmernng, der Resignation hinunter zu gleiten. Ich will versuchen, dieser Talfahrt ein wenig entgegen zu wirken.

Zum einen hängt an dieser Frage natürlich – wir wissen es – gute Teamarbeit, und das bedeutet nicht nur Achtung, Interesse und Auseinandersetzungsbereitschaft auf persönlicher und konzeptueller Ebene, sondern auch Interesse und Wissen um den jeweiligen Auftrag und die Spezifika aller im jeweiligen Behandlungsrahmen eingesetzten Therapieformen.

Die Theorie lehrt uns, daß all dies positiv zu bewältigen sei in einer entsprechenden Teamsupervision. Die Praxis hingegen zeigt, daß dies zu wenig ist; daß sie zwar von fundamentaler Bedeutung und unverzichtbar – aber allein dafür zuständig – meistens überfordert ist. Wir delegieren solche Anforderungen, Probleme und die damit verbundenen Nöte ja gern an Veranstaltungen wie Teambesprechung und Supervision, können dabei immer mit der notwendigen Qualität und Professionalität argumentieren: Wenn wir es aber dabei belassen und uns nicht über den supervisorischen Rahmen hinaus unseren Konkurrenz- und Neidgefühlen stellen und uns mit ihnen auseinandersetzen, werden wir uns darin verstricken und potentielle, speziell musiktherapeutische Chancen nur reduziert wahrnehmen können. Ohne interessierte Bereitschaft zu einer solchen Auseinandersetzung sind wir wohl kaum imstande, uns wirklich der Frage zuzuwenden, inwieweit musiktherapeutisches Arbeiten mit Ausschnitten eines gesamttherapeutischen Geschehens – im Gegensatz zu einer quasi ganzheitlichen musiktherapeutischen Arbeit – sinnvoll sein kann.

Musiktherapeutisches Arbeiten mit Schwerpunkten

Natürlich geht es – hinsichtlich der erwähnten Ausschnitte – um unsere besonderen Ausdrucksmöglichkeiten emotionalen Erlebens

im Zusammenhang des Dialoges und des Gruppengeschehens, also in der dyadischen und in der Gruppenimprovisation. Damit beschreibe ich nichts Neues; wir kennen ja alle deren Bedeutung, bestätigt sich doch in der Praxis unser aller Wissen um die Not, Gefühle zu formulieren, also sprachlich zum Ausdruck zu bringen – sowie das Wissen, daß diese enorme Schwierigkeit in engem Zusammenhang steht mit der Entstehung, dem Verlauf und auch mit der Bewältigung einer solchen psychischen Erkrankung.

Nun sollen hier aber keine ohnehin bekannten Methoden und Techniken strapaziert werden, diese sind nicht das Thema; das Thema ist vielmehr, was mit diesen unseren musiktherapeutischen Methoden und Inhalten in einem therapeutischen System multisensorisch psychotherapeutischer Verfahren – sinnvoll eingebunden – geschehen kann. Schließlich gilt es, nicht einer weiteren Spaltung oder Fragmentierung Vorschub zu leisten, sondern ein In-Bezug-Setzen von parallel laufenden Prozessen und ein Ineinandergreifen von diesen zu fördern.

Zum Verständnis der Erkrankung

Wie oben bereits erwähnt, arbeitet das Team besagter Rehabilitationsstation mit Menschen, die an einer Psychose, Borderline-Störung oder einer schweren Persönlichkeitsentwicklungsstörung leiden. Ich gehe davon aus, daß es für die LeserIn selbstverständlich ist, daß hier vor allem dem psychodynamischen Aspekt der Erkrankung besondere Bedeutung beigemessen wird. Ich möchte in diesem Zusammenhang die schizophrene Psychose besonders erwähnen, da sie die größte Gruppe der Erkrankungen auf der beschriebenen Station darstellt.

In Anbetracht der Kompliziertheit und Komplexität psychotischen Geschehens mag es fragwürdig erscheinen, den Scheinwerfer nur auf *ein* Spezifikum dessen zu richten, trotzdem möchte ich aus Gründen des Zusammenhangs hier nur das Phänomen der Ich-Desintegration herausgreifen, scheint es doch eines der markantesten und gravierendsten im Zuge einer schizophrenen Erkrankung zu sein. So will ich an dieser Stelle einige grundlegende Überlegungen der aktuellen psychoanalytischen Diskussion der Theorien zur psy-

chotischen Symptombildung zu Wort kommen lassen. Sie mögen den Sinn, die Funktion und somit auch das Entstehen eines Symptoms oder Syndroms, eines solch massiven Vorgangs wie der einer Ich-Desintegration erhellen.

Produktive Symptome können nach Mentzos (1992, S.23) als Weg verstanden werden, der es möglich macht, einen Konflikt darzustellen, zu externalisieren, weil er intrapsychisch unerträglich geworden ist.

„Symptome, zumal produktive Symptome, sind also Reaktionen auf Abwehr und stellen eine Kompensierung von Spannungen, Ängsten, Scham- und Schuldgefühlen, Minderwertigkeitsgefühlen und Identitätsdiffusion dar. Insbesondere sind sie Ersatz für nicht anderes erlebbare oder darstellbare Qualitäten.“ Und weiter:

„Eine der wichtigsten Voraussetzungen dafür (Anm.: Sinn, Funktion und somit auch das Entstehen eines Symptoms oder Syndroms) ist die schon mehrfach erwähnte Annahme, daß das, was wir als Symptom oder Syndrom oder klinisches Bild erfassen, keineswegs und auch nicht vorwiegend eine Ausfallserscheinung, eine Störung, eine Dysfunktionalität darstellt, sondern umgekehrt einen Neuanpassungsversuch, eine Kompensation.“ Mentzos (S.22)

Lempa (1992, S.37), ein Mitarbeiter von Mentzos, der Ich-Mängel und Vulnerabilitäten großteils als aktive – zwar keinesfalls optimale, jedoch dem Schizophrenen einzig mögliche – Bewältigungsversuche und Kompromißlösungen beschreibt, weist nicht nur auf den Schutz als Ziel dieser Prozesse hin, sondern auch auf die Wunscherfüllung im Symptom (vgl. auch Schuh, 1994). Vergleichend mit den regressiven Vorgängen bei einer Neurose, die ja dem Ziel dienen, gegen die Kräfte der Abwehr wenigstens eine kompromißhafte Befriedigung zu erreichen, überträgt er diese Theorie auf die Psychose folgendermaßen: „Übertragen auf die Psychose würde dies bedeuten, daß auch hier der „Zerfall“ des Ich, die Regression zur paranoid-schizoiden Position zielgerichtet sind, sie schaffen die Bedingungen, unter denen ein Wunsch sich äußern, eine Erfüllung finden kann.“ Wahninhalte, halluzinatorisch erlebte Bilder und Szenen übernehmen dabei die Funktion, „die diffuse, extreme Desintegrationsangst zu konkretisieren, zu binden (und damit faßbar zu machen) und insbe-

sondere zu externalisieren, das heißt, es dem Patienten möglich zu machen, sie als von außen kommend zu erleben.“ Mentzos (S.22)

Zur Vernetzung

Die Integration psychotischer Inhalte präsentiert sich also gewissermaßen als therapeutische Hauptstraße, in die etliche therapeutische Zufahrtsstraßen, Wege und Gassen münden. Bleiben wir noch einen Moment bei diesem Bild, so können solch erwähnte Zufahrtsstraßen zum Beispiel ganz reale emotionelle Erlebnisse, Gefühle und Empfindungen und die wachsende Fähigkeit, diese zum Ausdruck zu bringen, sein.

Einen wesentlichen Teil unseres musiktherapeutischen Auftrages verstehe ich in der Arbeit an einer Integration auch dieser realen Erlebnisse. Das kann bedeuten, daß wir solche vielleicht eben gemachte Erfahrungen nicht als Fragmente, als Einzelteile stehen und ruhen lassen, sondern auch selbst nach möglichen Zusammenhängen Ausschau halten, und zwar nicht allein hinsichtlich Biographie und aktueller Lebensgestaltung der PatientIn, sondern auch im Sinne weiterer Bearbeitungsmöglichkeiten in anderen therapeutischen Veranstaltungen. Sollen auf einer Station mehrere Therapien zusammenwirken, so erscheint dies unumgänglich. Wir müssen und dürfen im stationären Rahmen nicht alles allein können oder tun, sollten aber auch nicht an einem isolierten Fragment herumbasteln, zu dessen Differenzierung beitragen und es letztlich wieder in die Isoliertasche zurückstellen. Wenn unsere primäre Aufgabe ist, an der Ausdrucksfähigkeit zu arbeiten, um zugeschüttete Gefühlsbereiche wieder auffindbar werden zu lassen und in verkraftbarer Weise erfahrbar und erlebbar zu machen, so wird es in weiteren Schritten darum gehen, sich damit auch in ein Beziehungsgeschehen wagen zu können. Und gleichzeitig müssen wir uns darüber Gedanken machen, wie solche neu erschlossenen 'Erlebniswagnisse' weiter gedeihen und mit anderen Erfahrungsbereichen in Verbindung gebracht werden können. Diese Überlegung führt zu dem Gedanken einer notwendigen Vernetzung; einer Vernetzung gerade emotioneller Inhalte, über die sich die Sprachlosigkeit, ja oft gar die Wortlosigkeit auf nachhaltigste Weise schon in frühester Kindheit gelegt hat und

anhaltend weiter ihre Wirkung tut. Und wenn es dann schon gelingt, aus dieser Ausdruckslosigkeit aufzutauchen, dann sollten die Grundbedingungen, die wir schaffen, so gestaltet sein, daß der Kopf nicht gleich wieder eingezogen werden muß. Ich möchte damit auf ein wesentliches Moment musiktherapeutischer Wirksamkeit eingehen. Was immer innerhalb musiktherapeutischen Geschehens gespürt, gehört, erlebt und erfahren wird, soll ja erhalten bleiben können. Damit das möglich ist, sind so etwas wie Verknüpfungselemente vonnöten, um das musikalisch Erlebte mit anderen Erfahrungsinhalten, die in anderen Sinnesbereichen erworben worden sind, verbinden und vernetzen zu können, ganz im Sinne eines schrittweisen Zusammenwachsens zu einem übergeordneten Ganzen.

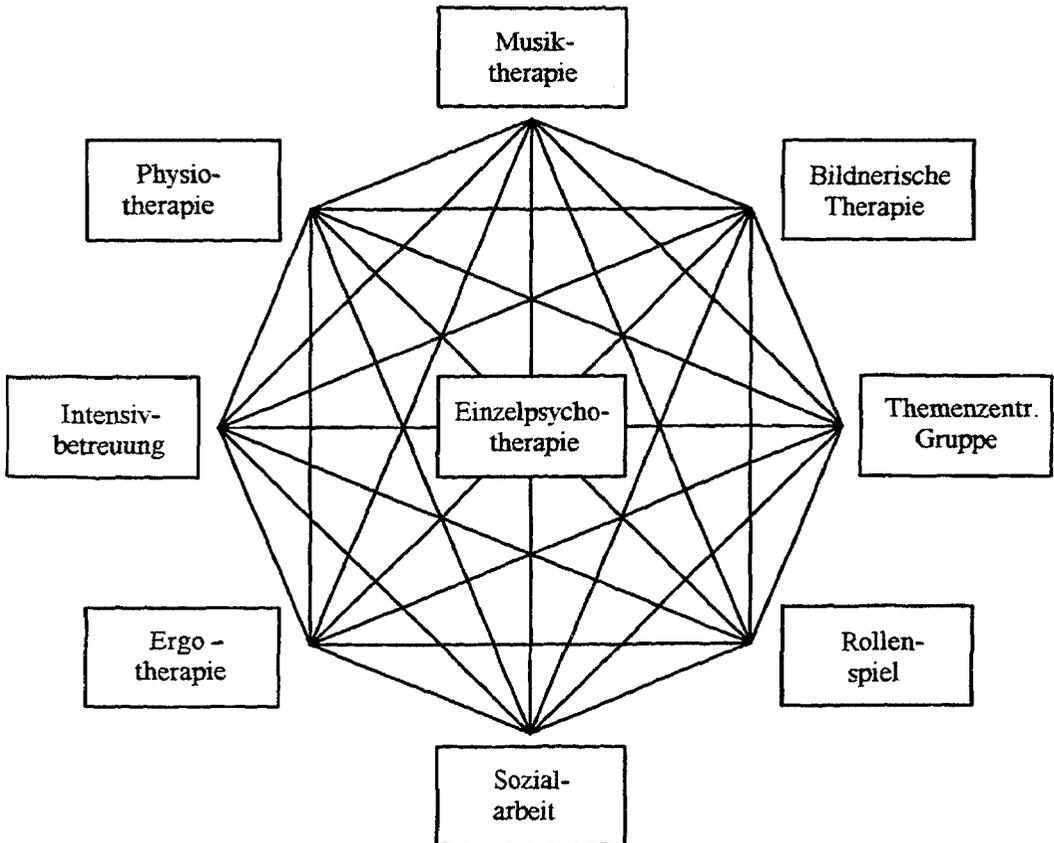
Im Folgenden sehen Sie die verschiedenen therapeutischen Veranstaltungen, in die jede PatientIn dieser Station eingebunden ist und die es gilt, miteinander in Verbindung zu bringen.



Zieht man nun weiterhin in Betracht, daß jeder PatientIn eine Pflegeperson als „IntensivbetreuerIn“ zugeordnet ist, die sich zusätzlich mit ihr zu Gesprächen zusammensetzt oder sie auch fallweise bei Ausgängen unterstützt, und eine Sozialarbeiterin gemeinsam mit ihr – und in Absprache mit dem Team – ihre sozialen Belange zu

klären versucht, so wird rasch die Vielschichtigkeit ihrer stationären Situation deutlich.

Eine graphische Darstellung der Vernetzung all dieser therapeutischen Veranstaltungen und ihrer Inhalte könnte folgendermaßen aussehen:



Meines Erachtens wird damit die Komplexität und auch die Kompliziertheit dieses Unterfangens deutlich, und etliche PatientInnen sind damit, wenn sie das alleine bewerkstelligen sollen, zuweilen überfordert.

Daher bedarf es unserer Unterstützung. Das kann bedeuten, die PatientInnen nach ähnlichen, wie hier in der Musiktherapie gemachten Erfahrungen in anderen Therapien zu fragen, oder sie anzure-

gen, in der Musiktherapie zum Ausdruck gebrachte Empfindungen auch mit einem anderen therapeutischen Mittel weiter zu bearbeiten, oder auch: an Erfahrungen, die in anderen Therapien gemacht worden sind, anzuschließen und sie jetzt musiktherapeutisch durcharbeiten.

Das heißt meines Erachtens aber ebenso, einen Wunsch wie den der vorher zitierten Patientin zu respektieren und nach einer verkraftbaren und sinnvollen Möglichkeit zu suchen, diese soeben gemachte Erfahrung z.B. gemeinsam musikalisch weiter zu gestalten, also ganz beim Musikalischen zu bleiben und auf eine verbale Weiterarbeit vorerst zu verzichten.

Nun zur musiktherapeutischen Situation:

Im musiktherapeutischen Geschehen selbst beginnt das Herstellen von Zusammenhängen damit, daß das, was soeben gespielt und erlebt wurde einer „Quasi-Übersetzung“ zugänglich zu machen ist.

Annäherung an ein Verständnis der Übersetzung

Dieses Wort hat in letzter Zeit bereits des öfteren Erwähnung gefunden und nahezu ebenso oft wird uns zu verstehen gegeben, daß dieser Begriff möglicherweise ein zu lineares Verständnis impliziert. Keine MusiktherapeutIn wird mit der Verwendung dieses Begriffs, der sich auf den komplizierten und umfassenden Wechsel von analoger zu digitaler Ebene bezieht, eine bloße 1 : 1 – Übersetzung in Verbindung bringen, sondern ein „In-Worte-Fassen des musikalischen Geschehens“, soweit das möglich und verständlich ist, darunter verstehen – vielleicht im Sinne einer Annäherung an die Bedeutung dieses Wortes. Ich bleibe daher – in Ermangelung eines treffenderen Wortes – im Sinne einer ‘Wort-Notlösung’ bei dem Begriff der Übersetzung.

Nun zum Inhalt einer Übersetzungsarbeit:

Für mich muß das zunächst heißen, selbst eine innere Übersetzungsarbeit zu leisten, meinen Eindruck des musikalischen Ausdrucks des Patienten und seine Wirkung auf mich zu realisieren, meinem Erleben und meiner Gegenübertragung nachzuspüren, meinem inneren Ohr nachzuhören, um dann genau das, nämlich meinen

Eindruck vom musikalischen Ausdruck der PatientIn zu verbalisieren.

In der psychiatrischen Arbeit erleben wir immer wieder, daß PatientInnen unmittelbar im Anschluß an eine Improvisation auf sehr offene Fragen wie beispielsweise: „Wie haben Sie das erlebt?“ oder „Was hat denn jetzt geklungen?“ oder gar „Wie war das denn jetzt?“ häufig mit nichts als Hilflosigkeit reagieren und in ähnlich allgemeiner Weise mit „gut“ oder „schön“ oder „ich weiß nicht“ die Frage halt irgendwie beantworten. Gleichzeitig entsteht oft der Eindruck, als rücke das soeben Erlebte wieder einen Schritt zurück. Besinnen wir uns aber auf die musikalischen Qualitäten und Strukturen, durch die das Spiel geprägt war – angefangen von den Parametern bis hin zu musikalisch formalen Gesichtspunkten – und bieten, orientiert an diesen, eine Beschreibung des Gehörten an, so kann die betroffene PatientIn häufig zumindest leichter in ein Gespräch einsteigen und somit an das Erlebte anknüpfen. Meine Beschreibung des Gehörten hat somit eine Brückenfunktion zwischen nonverbalen und verbalem Ausdruck des Patienten.

Es ist dies einerseits ein methodischer Aspekt der verbalen Aufarbeitung, und zwar der, der das Kapital des gemeinsamen klanglichen Produktes, auf das sich das Beziehungsgeschehen zunächst einmal richten kann, zunutze macht. Es ist dies aber auch, wie wir häufig erleben, eine Entlastung und Erleichterung und nicht zuletzt der notwendige Rahmen und Halt, der oftmals eine Voraussetzung dafür ist, ein solches Beziehungswagnis, um das es im weiteren Verlauf gehen wird, überhaupt eingehen zu können. Zudem verstehe ich diese vorsichtige Beschreibung meines Eindrucks als einen ersten Schritt des Weges, auf dem das Interesse für die eigene Übersetzungsarbeit geweckt werden soll.

Es soll nun hier nicht die Frage diskutiert werden, inwieweit musikalisches Geschehen und das damit verbundene Erleben allein oder erst in Verbindung mit einer meines Erachtens unabdingbaren verbalen Aufarbeitung therapeutisch wirksam sein kann. Ich denke, wir können der Wirkung musikalischen Ausdrucks mehr vertrauen als wir es oft ahnen, aber es soll ja darüberhinaus auch darum gehen, das Erlebte bewußt werden zu lassen, um es einer Durcharbeitung überhaupt zugänglich zu machen, damit es die Chance hat, integriert

werden zu können, also erhalten bleiben kann und nicht gleich wieder ins 'Nicht-faßbare' versinken muß. Das bedeutet meines Erachtens, der PatientIn die Sinnhaftigkeit hinsichtlich möglicher Zusammenhänge zwischen dem soeben Erlebten und den anderen Erfahrungen, die sie im gesamten therapeutischen Rahmen macht, faßbarer und begreifbarer zu machen, sie vor Gefühlsüberschwemmungen zu bewahren und somit bei der Verbalisierung, wenn sie dies – beispielsweise aufgrund einer Desintegration ihrer Ich-Funktionen und aufgrund einer sprachlichen Hilflosigkeit – noch nicht möglich ist, zu stützen.

Ich möchte mich nun direkt dem musikalischen Spiel und den damit verbundenen Ausdrucksmöglichkeiten zuwenden. Zunächst noch einmal zur Rahmensituation:

Viele unserer PatientInnen kommen in der Regel nicht – so wie wir das aus der privaten Praxis kennen – mit ihrem Leidensdruck zu uns, um diesem musiktherapeutisch auf die Spur und so von ihm weg zu kommen, sondern sie kommen möglicherweise auf unsere psychotherapeutische Station, mit der Überlegung, daß dies im Vergleich zum Verbleib auf einer Akutstation oder im Vergleich zur Entlassung in eine noch nicht verkraftbare, nicht geklärte, oft beängstigende häusliche Situation das kleinste Übel ist. Sie wissen vom Vorstellungsgespräch wohl, daß es mehrere Therapieformen gibt und ebenso, daß es zum Konzept der Station gehört, diese auch in Anspruch zu nehmen, viel mehr aber – die Musiktherapie betreffend – wissen sie häufig nicht. Wir können also nicht einfach davon ausgehen, daß sie gerade die Musiktherapie wollen, es ist vielmehr oft so, daß sie zunächst gewissermaßen „wollen sollen“. Vielleicht schließen Sie sich der Meinung an, Therapie jeder Art könne nur wirksam sein, wenn sie der Patient auch will. Das ist ein klares gedankliches Konzept, das heute keiner Begründung mehr bedarf, und auch ich gehe natürlich grundsätzlich damit konform. Trotzdem halte ich es für zu eindimensional im Zusammenhang stationärer Behandlung: Das hieße, sich am Wesen sowohl psychiatrischer Erkrankung als auch stationärer Behandlung bequem vorbeizuschlängeln. Hier gilt zunächst vor allem, der PatientIn dabei behilflich zu sein, sich für sich selbst zu interessieren, den dafür

notwendigen Mut zu finden und für einen gemeinsamen Weg die Neugier auf musiktherapeutische Mittel anzuregen.

Ausdrucksmöglichkeiten, musiktherapeutische Grundvoraussetzungen

Das erste Anliegen musiktherapeutischer Arbeit in diesem Zusammenhang drängt sich fast auf, nämlich das Interesse am Spielen, Hören, Probieren, Phantasieren und Assoziieren, an der Lust, sich musikalisch auszudrücken, zu wecken. Erst wenn das auch nur im Ansatz gelingt, können wir an eine gemeinsame musiktherapeutische, prozessorientierte Arbeit im engeren Sinn denken.

Aber gerade da sehen wir uns oft vor fundamentale Probleme gestellt, werden doch immense Kräfte in die Abwehr eben dieser Hinwendung zu sich investiert. Umsomehr dürfen wir die musikalische Ausdrucksmöglichkeit nicht mit musikalischer Ausdrucksfähigkeit verwechseln, sondern müssen versuchen, mittels klanglicher Spielräume und der Möglichkeit, sich extraverbal – also nicht unbedingt sprachlich – ausdrücken zu können, behutsam zu einer musikalischen Ausdrucksfähigkeit hinzuführen und dahin zu begleiten. Damit meine ich, sich auszudrücken – auch nonverbal – ist nicht als selbstverständliche Voraussetzung zu sehen, sondern als ein Ziel, mit dem es sich langsam anfreunden heißt, um im Laufe der Zeit des ‘Immer-mehr-damit-probierens’ dazu einen vertrauensvollen Bezug, Interesse und vielleicht sogar Lust oder Spaß an diesen erworbenen Ausdrucksfähigkeiten aufzubauen und zu spüren. Dann kann es auch im Laufe der Zeit gelingen, diese erworbenen Ausdrucksfähigkeiten zu erweitern und zu differenzieren. Dieser Differenzierungsprozeß macht eine Bearbeitung der Erlebnisinhalte erst möglich und in weiterer Folge ein ‘Ineingreifen’ der parallel laufenden therapeutischen Prozesse vorstellbar.

Wie bereits erwähnt, ist es im psychiatrischen Kontext häufig nicht so einfach, dieses Interesse zu wecken. Es befällt uns in diesem Zusammenhang doch immer wieder die Skepsis, ob wir damit nicht auf die Eisbahn der Motivation und Animation geraten, darauf aus-

rutschen und in einer Bauchlandung der Unterhaltung landen, also zu keiner therapeutischen Arbeit im eigentlichen Sinn kommen.

Natürlich kann es nicht darum gehen, die PatientInnen irgendwie zur Musiktherapie zu bewegen oder gar dazu zu verführen, sondern eben darum, Interesse am Verstehen seiner selbst zu wecken und klangliche Erlebnismöglichkeiten dafür zu schaffen; Erlebnismöglichkeiten, die uns durch musikalische und musikgestaltende Strukturen einerseits und durch die Freie Improvisation andererseits – als sich gegenseitig ergänzende Methoden – zur Verfügung stehen. Wir wissen, Menschen mit einer massiven Ich-Desintegration brauchen klare, transparente Strukturen in der Kommunikation, das ist somit ein Aspekt, der auch im musiktherapeutischen Spiel von zentraler Bedeutung ist. Eine therapeutisch sinnvolle Strukturgebung steht – wenn sie sich nicht auf eine formale Einteilung beschränkt und dadurch zur Reglementierung verkommt – in enger Verbindung mit einer stützenden, zugewandten Haltung und einem inhaltlichen Verständnis, das sich naturgemäß an der PatientIn orientiert. Das kann auch bedeuten, daß es hilfreicher ist, mögliche sinnvolle Strukturen und deren Wirkungen und eventuelle Bedeutungen direkt im Spiel spürbar werden zu lassen – also nicht nur Strukturen vorzugeben –, sondern hilfreich zu sein bei der Suche nach Orientierung und stützend zu begleiten.

Wir haben ja im musiktherapeutischen Spiel – sowohl in der strukturierten als auch in der freien Improvisation – die Möglichkeit der Mitgestaltung. Gehen wir von Faktoren aus, die sich „ganz allgemein auf die psychische Entwicklung und Reifung des Menschen günstig auswirken“ (Ciompi 1994, S.364), so erscheint deren Bedeutung für Menschen mit Psychosen und Borderline-Störungen umso evidentener. L.Ciompi, der in seinem Buch „Affektlogik“ (1994) – basierend auf 25 Jahren klinischer psychiatrischer Erfahrung – ein ebenso anschauliches wie differenziertes Modell einer Verbindung unterschiedlicher theoretischer Konzepte zur Erfassung der menschlichen Seele und dementsprechenden therapeutischen Grundsätzen diskutiert, mißt im Zusammenhang des therapeutisch Heilsamen beim Umgang mit Schizophrenen folgenden Faktoren besondere Bedeutung bei: „Ruhe und Gelassenheit, Einfachheit und Eindeutigkeit, Verlässlichkeit und Kontinuität, Vertrauen, Toleranz,

Gradheit, Authentizität, all dies in erster Linie gerichtet auf eine klare Abgrenzung zwischen mir und dem anderen, zwischen meinen Gefühlen und seinen Gefühlen, Gedanken, Wünschen, Strebungen, das heißt auf die Valorisierung seiner Identität ohne Verlust der meinen.“(S.364, vgl. auch Schwaiger-Ludescher, 1995).

All diese Qualitäten sind musikalisch vermittelbar. Das heißt, unsere musiktherapeutische Haltung muß im musikalisch-improvisatorischen Geschehen von eben diesen Qualitäten getragen sein. Wollen wir musikalische Zuordnungen zu den von Ciompi angeführten therapeutisch wirksamen Qualitäten im Sinne therapeutischer Grundvoraussetzungen versuchen, kommen wir zu den ‘musiktherapeutischen Grundtechniken’, die ich als empathisch, wohlüberlegt und professionell eingesetzte Ausdrucksfähigkeiten von uns MusiktherapeutInnen verstehe. Der Grad unserer eigenen musikalischen Ausdrucksfähigkeit kommt hier entscheidend – nämlich als Teil musiktherapeutischer Wirkfaktoren – zum Tragen, wollen wir das Kapital der extraverbalen Ausdrucksmöglichkeiten so umfangreich und differenziert wie möglich nutzen.

So bedeuten Ruhe und Gelassenheit z.B. kurze, klare, ruhige musikalische Motive, angeboten auf einem ruhigen Metrum, oder – eingehend auf ein schnelleres Metrum – eine entsprechende metrische oder rhythmische Akzentuierung, z.B. im Sinne einer Halbierung des Zeitmaßes.

Einfachheit und Eindeutigkeit kommen, wie wir wissen dadurch zum Ausdruck, daß sowohl Rhythmus als auch Tonalität oder jedwelche Melodiesequenzen transparent, klar erkennbarer und nachvollziehbar sind.

Verlässlichkeit und Kontinuität können nur spürbar vermittelt werden durch ein ‘musikalisches Da-sein’, damit wird das reale Gegenüber greifbar in einem sowohl realen als auch symbolischen, nämlich musikalischen Dialog. Das kann ein zwar mitschwingendes, jedoch gleichbleibendes Metrum oder auch etwaige Wiederholungen eines Motivs bedeuten; es kann aber auch auf die Notwendigkeit hinweisen, daß nicht jede rhythmische oder tonale Abweichung bzw. Entfernung mitgegangen d.h. mitgespielt wird, sondern daß ‘mitschwingend’ – auf eine mögliche Rückkehr wartend – beim

Ausgangsmotiv, beim Ausgangsrhythmus und auch der damit verbundenen Tonalität geblieben wird.

Vertrauen und Gradheit können verstehbar werden durch musikalisches Stützen, Begleiten und Verstärken; darüberhinaus auch dadurch, daß nicht unerwartet und unverständlich provoziert oder gar 'musikalische Tricks' verwendet werden. Auch kann das heißen, daß wir direkt, d.h. ohne Umwege reagieren und unseren eigenen musikalischen Ausdruck nachvollziehbar und verstehbar gestalten.

Unter Toleranz verstehe ich, daß jeder Grad an Ausdrucksfähigkeit akzeptiert und ebendort musikalisch angeknüpft wird, d.h. auf die musikalische Sprache des Gegenübers eingegangen wird und daß wir mit kleinen Abweichungen, die sich durch ein 'Nicht-vertrautsein' mit dem Medium bedingen, mitgehen.

Die Authentizität ist hier ganz besonders im Zusammenhang der symmetrischen musiktherapeutischen Beziehung zu betrachten, in der wir als greifbare, reale Partner im extraverbalen Spiel fungieren. Würde Sie nicht gewahrt werden, gestalteten sich alle anderen Qualitäten hohl und unglaubwürdig. Möglicherweise entsteht aufgrund dieser musiktherapeutischen Grundvoraussetzungen und eventuell damit verbundenen klanglich-kreativen Einschränkungen für den Leser der Eindruck eher langweiligen Klanggeschehens. Das würde jedoch ein Mißverständnis der beschriebenen therapeutischen Grundvoraussetzungen (Ciampi) oder der darauf aufbauenden 'musiktherapeutischen Grundtechniken' bedeuten, sollen diese lediglich die Basis garantieren, die notwendig ist, um Eigenes überhaupt entwickeln zu können. Im Laufe zunehmender Sicherheit und auf dem Boden einer wachsenden musiktherapeutischen Beziehung kann sich dann – wie sich in der Praxis immer wieder bestätigt – ein unglaublicher Entfaltungsspielraum auftun.

Ich halte diese therapeutischen Grundqualitäten für wesentlicher als die originellsten Spielregeln; wesentlich als notwendigen Nährboden für keimende Strukturen potentiell wachsender Erlebnis- und Ausdrucksfähigkeiten. Denn Spielregeln und Themen können nur auf dem Fundament der genannten Qualitäten sinnvoll ihre Wirkung tun.

Unabhängig vom Grad der äußeren Struktur können diese Qualitäten als innere Strukturen in jeder Form musiktherapeutischer Im-

provisation durch unsere Mitgestaltung wirksam werden, in der freien Improvisation genauso wie im formal oder themengebundenen Spiel. Mit diesem Verständnis kann eine Synthese zwischen strukturierenden Elementen und unstrukturiertem Klang gelingen, die auf dem Wege einer Integration unverzichtbar ist. Schon hier – sozusagen im musiktherapeutisch mikrokosmischen Geschehen – gilt es, Verbindungen herzustellen; Verbindung zwischen Klang und Rhythmus – so wie es später gilt, eine Verbindung zwischen musikalischem Ausdruck und Gefühlsausdruck deutlich zu machen, und im weiteren, die Verbindung der unterschiedlichen therapeutischen Prozesse zu unterstützen.

Ich komme nun zum Schluß und möchte daher diese Überlegungen noch mit der zu Beginn erwähnten Teamarbeit verknüpfen.

Eine effiziente Teamarbeit erfährt durch die Notwendigkeit der Vernetzung unterschiedlicher Sichtweisen und unterschiedlicher Inhalte der verschiedenen therapeutischen Prozesse einen analogen Prozeß zur Notwendigkeit des Inbezug setzens unterschiedlicher Erlebnisinhalte aus parallel laufenden therapeutischen Prozessen der einzelnen PatientIn.

Im ersten Heft der 'Einblicke' (1989), der Schriftenreihe des Deutschen Berufsverbandes, prägt A. Schaeffer in ihrem Beitrag über die Teamzusammenarbeit in einer psychotherapeutischen Kurklinik den Begriff einer „Kultur der Unterschiede“. Ich schließe mich ihrer „Hoffnung in ein Konzept einer Kultur der Unterschiede“ an und möchte diese zum Schluß folgendermaßen ergänzen:

Wir brauchen in unseren Konzepten eine Kultur der Unterschiede, aber diese Unterschiede bedürfen in gleichem Maße einer 'Kultur des In Bezug setzens', damit ein schrittweises Zusammenwachsen zu einem übergeordneten Ganzen möglich wird, durch ergänzendes Zusammenwirken eine Potenzierung stattfindet und somit dieses Ganze mehr als die Summe seiner Einzelteile werden kann.

Literatur

Benedetti, G. (1980). *Klinische Psychotherapie*. Bern, Stuttgart, Wien: Huber.

- Ciampi, L. (1982). *Affektlogik*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ciampi, L. (1988). *Außenwelt - Innenwelt*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hutterer-Krisch, R. (1994). *Psychotherapie mit psychotischen Menschen*. Wien, New York: Springer.
- Janssen, P.L. (1987). *Psychoanalytische Therapie in der Klinik*: Stuttgart: Klett-Cotta.
- Lempa, G. (1992). Zur psychoanalytischen Theorie der psychotischen Symptombildung. In Mentzos S. (Hrsg.). *Psychose und Konflikt*, S.29-77. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mentzos, S. (1992). *Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mentzos, S. (1992). *Psychose und Konflikt*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Oberegelsbacher, D. (1995). Musiktherapeutische Identität. In DBVMT und BKM (Hrsg.), *Einblicke*, Heft 7, S.10-18.
- Pritz, A./Dellisch, H. (1994). *Psychotherapie im Krankenhaus*. Wien: Orac.
- Schaeffer, A. (1989). Teamzusammenarbeit in einer psychotherapeutischen Klinik. In: DBVMT und BKM (Hrsg.), *Einblicke*, Heft 1, S.32-50.
- Schmitt, G./Seifert, T./Kächele, H. (1993). *Stationäre analytische Psychotherapie*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Schuh, E. (1994). *Phantasieräume zurückgewinnen - Einzelmusiktherapie mit einer paranoid/halluzinatorisch schizophrenen Frau*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Hochschule für Musik und Darstellende Kunst, Wien.
- Schwaiger-Ludescher, G. (1995). *Begegnung im „Zwischen“ der Musiktherapie mit anderen Wirklichkeiten*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Hochschule für Musik und Darstellende Kunst, Wien.
- Strotzka, H. (1980). *Der Psychotherapeut im Spannungsfeld der Institutionen*. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.

UTE GLENTZER

Wo war ich denn nur stehn geblieben?

Musiktherapie für Menschen nach einem Schädel-Hirn-Trauma

What was I talking about?

Music Therapy for persons after Cerebral Brain Trauma

In this contribution the author describes the common work with patients having a cerebral brain trauma, which shows up the process of finding oneself again, of finding oneself anew, and of learning to accept reduced or lost abilities (concerning remembrance, perception, attention, the ability to criticize and plan, stability of emotion, speech). Deriving from the phases of illness and whatever disabilities are predominant, music therapeutic aids (for instance improvisation, musical dialogue, hearing music) and possibilities are presented in the service of humanitarian as well as efficient treatment and completion.

Die Autorin beschreibt in diesem Beitrag den gemeinsamen Weg mit Patienten nach einem Schädel-Hirn-Trauma, der den Prozeß des sich Wiederfindens, sich Neufindens und des Akzeptierenlernens eingeschränkter oder verlorener Fähigkeiten (betr. Erinnerung, Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Kritik- und Planungsfähigkeit, Affektstabilität, Sprache) aufzeigt. Ausgehend von den Krankheitsphasen und den jeweils im Vordergrund stehenden Störungen werden musiktherapeutische Mittel und Möglichkeiten (wie z.B. Improvisation, musikalischer Dialog, Musikhören) im Dienste einer sowohl humanen als auch effizienten Bearbeitung und Bewältigung aufgezeigt.

Wo war ich denn nur stehn geblieben?

Wer hat sich diese Frage nicht schon einmal gestellt. Wenn man den Faden verloren hat, unterbrochen oder abgelenkt war, aus dem Konzept kam oder von unvorhergesehenen Ereignissen oder Erlebnissen überrollt wurde. Es bedeutet zur Ruhe kommen müssen, sich orientieren, den jetzigen Standort betrachten, zurückschauen, vor-

Vortrag im Rahmen des 1st Congress of the World Council for Psychotherapy
- Subsymposium Music Therapy Wien 1996

ausschauen und letztlich auch ein Infragestellen des Vergangenen, denn jede neue Perspektive läßt Vergangenes in einem anderen Licht erscheinen.

Die Patienten, mit denen ich seit mehreren Jahren musiktherapeutisch arbeite, sind durchwegs alle in dieser Situation. Es sind Menschen, die nicht aus eigenem Antrieb kommen, um eine Neuorientierung vorzunehmen, sondern durch einen Unfall in diese Situation gebracht wurden. Für diese Menschen ist es in mehrerer Hinsicht schwierig.

Sie müssen:

- die Tatsache des Unfalls mit den körperlichen Folgeerscheinungen wie Lähmungen, Brüchen etc. verkraften
- die sozialen Auswirkungen wie Verhalten der Verwandten und Freunde, die neue Rolle als Behinderter und die Folgen für das Arbeitsleben akzeptieren und verstehen lernen
- sich aufgrund der oft vielschichtigen neurologischen Ausfälle mit sich, als einen sich ganz anders erlebenden und verhaltenden Menschen vertraut machen.

Dieser Prozess des sich Wiederfindens, sich Neufindens und sich Akzeptierenlernens, um eine Brücke zwischen dem „alten“ und „neuen“ Leben herstellen zu können, ist das zentrale Thema der musiktherapeutischen Arbeit in der Neurorehabilitation am Weißen Hof. Viele Faktoren spielen beim Rehabilitationsprozeß eine entscheidende Rolle, wie prämorbid Persönlichkeitsfaktoren, psychosoziale Faktoren und Art, Ausmaß und Lokalisation der Hirnschädigung.

Es gibt keine optimale exemplarische Bewältigungsstrategie wie Moos und Schäfer (1984, S.6 ff) feststellen, aber in der Therapie geht es darum, die für die jeweilige Krankheitsphase geeignete zu finden. Dies stellt jedoch nach einem Schädel-Hirn-Trauma ein großes Problem dar, da durch Werkzeugstörungen wie Planungsstörung, Sprachstörung, Kritikstörung etc. auf der intellektuellen Ebene keine oder nur wenig Kompetenz vorhanden ist, entsprechende Strategien zu entwickeln oder zu übernehmen.

Das heißt, daß ein Weg über die emotionale Schiene gefunden werden muß, Entlastung, Selbstakzeptanz und eine positive Zukunftorientierung zu erlangen.

Ein Unfall mit Schädel-Hirn-Trauma führt oft zum Bruch des konstanten Selbsterlebens. Dabei sind Leistungsdefizite je nach Schädigungsgrad manchmal diffuser, manchmal auch auf ganz klare Teilleistungsstörungen abgrenzbar, wodurch es zu einer Spaltung kommen kann. Es gibt vertraute und kalkulierbare Anteile in der eigenen Person, welchen Reaktionen wie Unfähigkeit, Ratlosigkeit und Selbstentfremdung gegenüberstehen. Ist das Sprachzentrum betroffen und fehlt somit das Kommunikationsmittel 'Nummer 1' im Erwachsenenleben, gerät dieser Mensch zusätzlich zu seiner inneren noch in eine äußere Isolation, die die Annäherung an ein authentisches Selbst in Bezug zum Umfeld noch schwieriger macht.

Musik als Ansatzpunkt für die emotionale Bewältigung der Krise bietet sich als Medium deshalb an, weil sie direkt auf Empfindungen wirkt und wenig intellektuelle bzw. körperliche Fähigkeiten benötigt um anzukommen.

Wie dies ausschauen kann möchte ich nun anhand einiger konkreter Fragestellungen erläutern.

Da fehlt mir was!

Das ist die bittere Erkenntnis, die Patienten oft haben, wenn sie beginnen, ihren Zustand zu realisieren. Sowohl das Problem der retrograden als auch der anterograden Amnesie macht ihnen zu schaffen.

Unter retrograder Amnesie versteht man einen Erinnerungsverlust für Informationen, die vor Eintritt der Schädigung aufgenommen wurden. Je kürzer der zeitliche Abstand zum Eintritt der Schädigung ist, umso stärker sind die Gedächtnisinhalte betroffen. Das heißt, daß die Geschehnisse unmittelbar vor und während des Unfalls fast immer vergessen werden. Es gibt Gedächtnislücken sowohl biographischer Art (Erlebnisse, Daten) als auch im Bereich des erlernten und erworbenen Wissens. Somit ist die Vergangenheit ein Bild mit vielen schwarzen Flecken, was für die Patienten eine vielschichtige Belastung bedeutet:

- man kann keine Erklärung für den Unfall finden
- es bringt Verunsicherung in Bezug auf die bestehenden zwischenmenschlichen Beziehungen

- es kommen Zweifel an der eigenen Zurechnungsfähigkeit auf.

Besonders, wenn massive Veränderungen oder Ereignisse wie Streit, Krisensituationen, Trennung, Schul - oder Arbeitsprobleme dem Unfall vorangegangen sind, diese aber vergessen wurden, hat das oft ein marterndes und quälendes Grübeln zur Folge.

In der Musiktherapie versuchen wir zuerst einmal vorwiegend über den passiven Konsum von für die jeweilige Person bedeutungsträchtigen Musikstücken den emotionalen Kontext zu vergangenen, vergessenen Erlebnissen wiederherzustellen. Dazu muß allerdings gesagt werden, das daß, was nicht gespeichert wurde, auch nicht erinnert werden kann.

Decker-Voigt (1991, S.126 ff) zum Beispiel beschreibt eine Frau, die nach einem Autounfall und schwerem Schädel-Hirn-Trauma in der Frührehabilitation ihre Lieblingsmusik vorgespielt bekam, und mit Hilfe dieser emotionalen Stimulierung zurück ins Leben fand. Die Angst vor dem Autofahren blieb und löste sich erst später. Sie beschäftigte sich in der Therapie mit der Musik, die sie kurz vor und während des Unfalls gehört hatte und arbeitete so in langsamer Annäherung das Geschehen Stück für Stück durch. Mozarts d-moll Konzert war der Anker, an dem sich Frau B.'s Unfall Erinnerung festmachte. Ein Unfall, den sie zwar rational annahm, den sie aber unbewußt als gar nicht vollzogen, als nicht von ihr selbst verursacht sehen wollte.

Ein weiteres Beispiel: Eine meiner Patientinnen war nach der Trennung von ihrem Freund, unmittelbar nach einem Streit, auf dem Weg von einem Techno Clubbing nach Hause mit dem Auto verunglückt. Sie wußte davon nur aus Erzählungen, da die Erinnerung an diesen Abend und die vorangegangenen Tage fehlten. Auch der Freund verhielt sich entsprechend so, als wenn es diesen Streit nie gegeben hätte. Mit dem Hören von Technomusik, dem Besuch von Techno Parties während der Wochenendausgänge und dem Besprechen der damit verbundenen Gefühlsinhalte und Ängste konnte sie diese Erinnerungslücke zumindest emotional schließen. Sie merkte, daß die noch bestehende Beziehung zu ihrem Freund primär auf Schuldgefühle seinerseits und dem Gefühl der Abhängigkeit durch die Behinderung ihrerseits basierte.

Meine Erfahrung ist die, daß sich viele Patienten erst aktiv mit dem musikalischen Material und damit auch mit dem „Ist Zustand“ befassen können, wenn sie die Phase des Rückblicks durchlebt haben. Manchmal ist der Weg der Rehabilitation aus dem Koma heraus wie ein Zeitraffer der persönlichen Entwicklungs- und Lebensgeschichte. Die Primärbeziehungen zu Eltern und Geschwistern haben einen besonderen Stellenwert und altvertraute Reize und Eindrücke kommen besonders an.

Dem Zustand entsprechend muß auch das richtige musikalische Angebot abgestimmt sein auf die Kontakt- und Aufnahmefähigkeit des Patienten. Van Deest (1994, S.53) warnt zum Beispiel vor der Stimulation des Komapatienten über Tonträger, weil diese, wie er meint, eine maßlose Reizüberflutung und -überforderung darstellt. Dies wäre eine zusätzliche Belastung im übertechnisierten, unpersönlichen System der Intensivstation.

Dagmar Gustorff (1990), Musiktherapeutin im Gemeinde-Krankenhaus Herdecke nähert sich ihren Patienten primär über den Einsatz der Stimme, Berührungen und mit dem Aufgreifen des Atemrhythmus und ganz elementarem, strukturiertem, ausgewähltem Klangmaterial.

Entsprechend setze auch ich Musik bei meinen Patienten sehr unterschiedlich ein. Beginnend mit Kinder-, Wiegen-, und Schlafliedern, über Klänge, Harmonien und Rhythmen, die den vegetativen Funktionen wie Atem, Puls etc. angepaßt sind, nähere ich mich langsam den Themen, die das Leben vor dem Unfall bestimmt haben.

Die spürbare und erlebensintensive Erinnerung wird allerdings oft begleitet von der Trauer um den Verlust: dem Verlust von bestimmten Fähigkeiten, dem Verlust des Vertrauens in das „Leben an sich“ oder konkret um Freundschaften oder den Arbeitsplatz. Diese Trauerarbeit ist notwendig, auch für die Zukunft, um sich verabschieden zu können von bestimmten Lebenszielen im Sinne einer Neuentwicklung.

Ein ganz banales Beispiel:

Beim Anhören der vielgeliebten Tanzmusik wird die Ambivalenz der Gefühle deutlich. Einerseits wird die Freude an der Musik, andererseits die Trauer über die Tatsache spürbar, aufgrund der Läh-

mungserscheinungen nicht mehr gut oder gar nicht tanzen zu können. Doch nur die Beschäftigung mit solch zwiespältigen Gefühlen läßt es möglich werden, kreativ nach zukunftsorientierten Lebensinhalten zu suchen und damit zurück in ein normales Leben zu finden.

Die anterograde Amnesie bringt das riesengroße Problem der mangelnden Lern- und Verarbeitungsfähigkeit mit sich. Gelerntes, Erlebtes, Gesprochenes und Vereinbartes kann nicht oder nur unzureichend gespeichert und damit behalten werden. Das bewirkt ein Gefühl des „sich im Kreis drehens“ ohne Anhaltspunkte und Orientierung. Dieses Gefühl, keinen Schritt weiter zu kommen, ist eine riesige Belastungsprobe, in der wir mit der Musik eigentlich nur kurzfristig Trost zu spenden versuchen oder Entlastung anstreben. Die Musik gibt Sicherheit, denn sie ist meist von stabilen Gefühlsinhalten begleitet.

Ich bin nicht mehr, der ich war!

Jede sogenannte Krise wie z.B. der Verlust eines geliebten Menschen, des Arbeitsplatzes, das Aus-dem-Haus-gehen-der-Kinder oder der sogenannte Pensionsschock hat Einfluß auf das Selbsterleben bzw. Selbstwertgefühl. Ein Unfall ist so ein „live event“ und kann weitreichende Folgen auf mehreren Ebenen haben. Nach Kopfverletzungen mit Schädel-Hirn-Trauma kommen organisch bedingte, den Verarbeitungsprozeß erschwerende Faktoren dazu. Ich möchte nur einige kurz anführen und die entsprechenden musiktherapeutischen Angebote erläutern.

Da ist ja auch noch was ! Oder: Hemineglect

Hiermit ist eine halbseitige Vernachlässigung einer Körperhälfte gemeint. Diese Körperhälfte wird nur bedingt oder gar nicht wahrgenommen. Das kann sich auf das Gesichtsfeld aber auch auf die Wahrnehmung des gesamten Außenraums oder des eigenen Körpers beziehen. Werden sich die Patienten dieses Zustandes bewußt, leiden sie oft sehr darunter, da sie ein Entfremdungsgefühl erleben. Das

geht so weit, wie Sacks (1985, S.84) beschreibt, daß das eigene Bein nicht mehr als zum Körper gehörig zugeordnet und folglich mit Entsetzen als Fremdkörper abgelehnt wird.

Das Vertrautmachen mit der vernachlässigten Seite, das Ausloten des Gleichgewichts, das wieder Integrieren der abgespaltenen Körperhälfte ist über Wahrnehmungsübungen möglich. Wir beziehen diese Seite, z.B. die vernachlässigte Hand, bewußt in das Spielgeschehen ein. Das ist zu Beginn über das Mitführen dieser Hand z.B. beim Trommeln möglich, später kann ihr eine eigene Aufgabe im Wechsel zugeteilt werden.

Über den funktionellen Aspekt hinaus werden dieser Körperhälfte sehr zwiespältige Gefühle entgegengebracht. Einerseits höre ich immer wieder „Wie gut, daß ich die Hand, das Bein nicht verloren hab“! Andererseits werden durch Funktionseinschränkungen Haßgefühle auf dieses Körperteil projiziert.

Hier können wir in Form von Rollenspielen in einen Dialog eintreten. Ich spiele als Therapeutin die linke schwache Körperhälfte, der Patient spielt die rechte funktionstüchtige Seite. In einem Partnerspiel können die beiden Seiten miteinander in Kontakt treten. Später werden die Rollen dann vertauscht. Es ist zumindest ein Versuch der Annäherung und Annahme möglich, auch wenn zu Beginn oft Unwille, Haß oder Entfremdung angesichts der Funktionsuntüchtigkeit dominieren.

Hilfe das geht zu schnell! Taurus 5 Oder: Aufmerksamkeitsstörung

Die Verarbeitungskapazität beinhaltet bei bewußter Aufmerksamkeits-zuwendung nach Säring (1988) drei wesentliche Komponenten:

- Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung
- Fähigkeit zu geteilter paralleler Informationsverarbeitung
- Fähigkeit zu automatisierter und kontrollierter Verarbeitung.

Die Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, auch als kognitive Leistungsfähigkeit bezeichnet, scheint als Basisvariable vieler kognitiver Prozesse von Bedeutung zu sein.

Bei globaleren Hirnschäden treten fast immer Aufmerksamkeitsstörungen auf. Das bedeutet, daß es zur Verlangsamung kommt, daß ein Patient nur eine geringe Menge an Information aufnehmen und verarbeiten kann und leicht in Stress gerät, wenn er sich überfordert fühlt, nicht angemessen reagieren kann oder unbefriedigende Leistungen erbringt.

Der Leidensdruck ist bei guter Kritikfähigkeit sehr hoch, weil er mit dem Gefühl verbunden ist, verblödet oder unzurechnungsfähig zu sein. Das Gefühl, „nicht richtig da zu sein“, „nur die Hälfte mitzubekommen“, „wie in Watte gepackt zu sein“ oder, wie es einmal eine meiner Patientinnen formulierte, „auf Taurus 5 zu sein“, wirkt sich auf das Selbstwertgefühl sehr negativ aus. Zudem werden Kontakte gemieden, um eventuellem Nachfragen auszuweichen und sich damit nicht blamieren zu müssen. Das Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit und Kompetenz ist gering, was wiederum zu depressiven Verstimmungen führen kann.

In dem Rehabilitationszentrum, in dem ich arbeite, muß natürlich die Leistungsorientierung im Mittelpunkt stehen. In der Musiktherapie biete ich je nach Bedürfnis und Phase, in der sich der Patient gerade befindet, sehr Unterschiedliches an.

Zuerst einmal geht es darum, das eigene Tempo zu finden, es vermitteln zu können und dazu zu stehen. Rhythmusinstrumente wie Kongas, Bongos, Schlagzeug etc. bieten sich hierfür an.

Der zweite Ansatz ist der, entsprechende Stresssituationen nachzuspielen oder zu schaffen, um anhand der Gefühle und Reaktionen gemeinsam anzuschauen, was die Überforderung bewirkt bzw. nach besseren Strategien zu suchen, um Frustration oder Ausstieg zu vermeiden.

Der dritte Ansatzpunkt ist, nach Möglichkeiten zu suchen, maximale Aufmerksamkeit und emotionale Beteiligung zu erzielen: das heißt, sich ein Musikstück in voller Hinwendung anzuhören, einem Ton zu lauschen, bis er verklungen ist oder das Lieblingslied zu singen. Hier spiele ich meinen Patienten auch vor, wenn sie dies wünschen.

Was wollt ihr eigentlich von mir! Oder: Kritikstörung

Ein schwer kritikgestörter Patient kann ein ganzes Rehabilitationsteam zur Verzweiflung bringen bzw. jedes therapeutische Arbeiten unmöglich machen. Bei einer schweren Kritikstörung klafft zwischen der Selbsteinschätzung des Patienten und der Einschätzung der Außenstehenden wie Angehörige, Ärztin oder Pfleger eine riesige Lücke. Das geht so weit, daß sich ein in seinen Leistungen schwer beeinträchtigter Mensch als ganz gesund erlebt. Dadurch werden die Therapieangebote mit der Frage „wozu, ich hab doch eh nix“ oder „es ist doch nur der Fuß“ strikt abgelehnt.

Die Ursachen für die mangelnde Realitätseinschätzung sind vielschichtig:

- hirnorganische Schädigung
- ignorieren derselben, um eine drohende Depression abzuwehren
- psychisch pathologische Verarbeitungsmechanismen, die vor dem Unfall schon latent vorhanden waren wie z.B. Konversionsmechanismen (Probleme werden auf greifbare körperliche Leiden reduziert).

Der Auftrag der Musiktherapie lautet primär, die Patienten dahingehend zu motivieren, daß sie therapierbar werden, die Fähigkeit zur realistischen Selbsteinschätzung zu fördern und die drohende Depressionsgefahr abzuschwächen. Ich nähere mich meinen Patienten emphatisch und versuche eine möglichst stabile und entspannte Verständigungsbasis zu schaffen. Das geht mitunter über gemeinsames Improvisieren auf den Instrumenten, in denen ich begleite und unterstütze, aber auch über das gemeinsame Hören und Erleben von Musikstücken. Dies und das damit verbundene Gefühl der Wertschätzung und Akzeptanz sind die Vorraussetzungen dafür, sich gemeinsam auf Fehlersuche zu begeben. Ist das Vertrauensverhältnis nicht stabil genug, werde ich als Feindin erlebt und auf die andere Seite gestellt.

Nur gemeinsam und in gutem Kontakt ist es möglich, Schwächen und Fehler zuzugeben, zu akzeptieren, und die Einsicht zu gewinnen, daß daran gearbeitet werden muß. Auch ich als Therapeutin muss meine Schwächen, Unsicherheit und Fehlbarkeit zeigen und

formulieren können. Kritik ist nur in möglichst konkreten, einleuchtenden und gut zu überblickenden Situationen sinnvoll.

Leistungsorientierte Aufgaben haben den Vorteil, Gefühle des „Nicht-verstanden-werdens“ transparent und bearbeitbar zu machen. Ich lasse meine Patienten die Aufgaben eher selbst stellen, das Ziel selbst suchen und den Erfolg und die Bewältigungsprobleme selbst beurteilen. Ehrliche persönliche Rückmeldung ist allerdings unabdingbar. Begleiten im wahrsten Sinne des Wortes, sowohl musikalisch als auch emotional, ist hier gefragt als Voraussetzung dafür, die innere und äußere Bedrohung durch die „reale“ Situation verarbeiten zu können.

Wie soll ich das bloß machen! Was will ich eigentlich! Oder: Planungsstörung

Bei Patienten mit frontaler Schädigung kann man sogenannte Probleme im Planen und Handeln beobachten. Das wirkt beeinträchtigend bis chaotisch, weil die Zielgerichtetheit, ein Handlungsentwurf und die Entscheidungskompetenz fehlen. Hier heißt es in der Musiktherapie, strukturiert ein Ziel zu erarbeiten bzw. Entscheidungssituationen bewußt durchzustehen.

Beispielsweise bringe ich einem Patienten ein paar Gitarrengriffe bei und gehe Schritt für Schritt mit ihm durch, wie er sich die Begleitung seines Lieblingsliedes erarbeiten kann. Wir komponieren auch zusammen. Dazu schreiben wir erst alle Gedanken, die in dem Lied verarbeitet werden sollen, kunterbunt durcheinander auf. Dann ordnen wir den Text und bringen ihn in Form, harmonisieren ihn und suchen eine passende Melodie. Später erarbeiten wir die Begleitung auf den Instrumenten, sodaß ein befriedigendes rundes Gesamtkunstwerk entsteht. Probleme in der Entscheidungsfindung werden so beschrieben, wie wenn ein natürliches Gefühl für die eigene Person, für die Wünsche und die Vorlieben verlorengegangen wäre. Dies wird in einem Rehabilitationsalltag mit klaren Aufgaben und Trainingsprogrammen oft gar nicht so transparent. In der Musiktherapie, wo es um genau diese Stimmigkeit und Spürbarkeit geht, wo es „passen“ muß, wird das Manko der mangelnden Entschlußkraft und Einschätzungsfähigkeit erst deutlich. Manchmal

wird es schon fast zum unbewältigbaren Problem, sich eine Kassette auszusuchen, oder sich zwischen zwei Instrumenten zu entscheiden. Dies ist eine Herausforderung besonderer Art, da Entscheidungen, und seien sie auch noch so banal, emotional mitgetragen werden müssen, was ein wichtiger Baustein für die Entwicklung einer wieder tragfähigen Eigenidentität ist.

Die nötige Ruhe, ohne Zeitdruck horchen und spüren zu können und kreativitätsförderndes Material erleichtern es, ein Gefühl für die eigenen Wünsche wiederzufinden. Tröstlich dabei ist, daß bestimmte Musikstücke eindeutige, persönlich individuelle aber konstante Gefühle und Erinnerungen auslösen. Das gibt Stabilität für die eigene Erlebnisfähigkeit.

Eine Patientin beispielsweise, die unter diesen Entscheidungsproblemen massiv litt, was so weit ging, daß sie nicht einmal wußte, was sie anziehen sollte, weil sie kein Gefühl dafür hatte, ob ihr warm oder kalt sei, legte sich immer bestimmte Opernarien auf. Da war sie sich sicher, daß ihr diese Musik gut tat, sie entspannen ließ und ihr vertraute Gefühle von Sicherheit und Geborgenheit aus ihrer Kindheit vermittelten. Ein Rettungsanker in einem Sumpf von ungelösten Fragen, Aufgaben und Problemen.

Ich hab so eine Wut! Wer von euch schläft mit mir? Oder: affektive Störungen

Daß ein Unfall aus dem Gleichgewicht bringt und damit Stimmungsschwankungen einhergehen, ist klar. Die Probleme, auf die ich mich kurz beziehen möchte, haben organische Ursachen und sind damit mit normalen Verarbeitungsstrategien bzw. entsprechender Medikation gar nicht oder wenig in den Griff zu bekommen. Antriebsschwäche, Affektlabilität, Distanzlosigkeit, überschäumende Aggressionen oder Enthemmung sind die wichtigsten Erscheinungsformen. Es kommt mitunter zu unkontrollierten Wutanfällen, die nicht einbremsbar sind und unspezifisch ausgelöst werden. Weinen wird von unbegründbaren Lachanfällen abgelöst, sexuelle Triebhaftigkeit äußert sich so ungezügelt, daß wahllos Partner für sexuelle Handlungen gesucht und bedrängt werden, andererseits kann auch die totale Antriebslosigkeit trotz relativ guter Leistungs-

fähigkeit, zu Hilflosigkeit und Erstarrung führen. Sowohl für die Angehörigen als auch für den Patienten selbst kann dies von verunsichernd bis unerträglich empfunden werden, weil ja eine offensichtliche und manifeste Persönlichkeitsveränderung eingetreten ist. Auch die Mitpatienten reagieren oft mit Unverständnis oder machen sich lustig bzw. nutzen den Triebkontrollverlust für ihre Zwecke aus, wodurch so ein Patient in die Außenseiterrolle gedrängt wird, als Stationskasperl herhalten muß oder in die Gefahr gerät, sexuell mißbraucht zu werden. Letzteres ist gerade bei jungen minderjährigen Mädchen ein großes Problem.

So ein(e) Patient(in) kennt sich selbst nicht mehr wieder, ist gekränkt und irritiert von den Reaktionen der Angehörigen und Umstehenden und kann das eigene Verhalten weder bestimmen noch steuern. Den Gefühlen und Stimmungen ausgeliefert, fühlen sich diese Patienten unverstanden und im Stich gelassen, weil sie diese nicht verständlich machen und mitteilen können.

In der Musiktherapie ist Platz für das Ausleben dieser Gefühle in einer relativ unbedrohlichen, da spielerischen Art und Weise. Hier können Weinen und Lachen eng beieinander liegen, hier kann man sich seiner Antriebslosigkeit hingeben und Musik konsumieren, hier können vielfach auch Wünsche nach Zärtlichkeit, Triebhaftigkeit und Kontrollverlust stellvertretend befriedigt werden. In der musikalischen Improvisation ist dies möglich, ohne allzu große Gefährdung, denn man kann sich immer wieder auf den spielerischen Aspekt zurückziehen.

Das Ziel ist, mit diesen unkontrollierbaren Gefühlen besser umgehen zu lernen, Grenzen zu spüren und abschätzen zu lernen, Kompensationsmechanismen aufzuspüren und eine Annäherung und einen Integrationsprozeß in Richtung stabilerer Ich-Identität einzuleiten.

Hierfür bietet sich das musikalische Partnerspiel an, in dem auch vorher getroffene Vereinbarungen im Sinne eines Kommunikationstrainings eine wichtige Rolle spielen.

Trotzdem gilt: Spiel bleibt Spiel!

Wie soll ich es nur sagen! Oder: Aphasie und die Folgen

Sprachstörungen können je nach Lokalisation der Schädigung sehr unterschiedliche Ausprägungen haben. Sie erstrecken sich auf alle expressiven und rezeptiven sprachlichen Modalitäten, auf Sprechen und Verstehen, Lesen und Schreiben (Pöck 1982, S.66). Von völliger Stummheit bis zum sprudelnden unverständlichen Kauderwelsch kann man alle Formen beobachten. Mit der Sprachstörung sind die gängigen Kommunikationsstrukturen natürlich ungeheuer reduziert. Nicht verstehen, sich nicht ausdrücken können bzw. nicht verstanden werden erzeugt ein drückendes Gefühl der Einsamkeit, Isoliertheit und Orientierungslosigkeit. Dazu kommt die Wut, daß trotz aller Bemühungen des Patienten, die Umstehenden, weil sie eben den Kauderwelsch oder entsprechende Gesten nicht deuten können, überspielen oder ablenken.

Wir versuchen Kommunikation aufzubauen, Kommunikation, die Vertrauen schafft, Entlastung durch den nonverbalen Ausdruck bringt und die Mauer der Isolation zu durchlöchern hilft. Auch hier gilt wieder, daß Musik sowohl vor wie auch nach dem Unfall bestimmte gleichbleibende Assoziationen und Gefühle hervorruft. Das gibt Sicherheit und Geborgenheit. Nur kurz sei noch erwähnt, daß Lieder bei Sprachstörungen, wie Aphasien, therapeutisch hilfreich sein können. Im musikalischen Kontext, wie auch beim Aufsagen von Gedichten fällt es leichter, sich an Worte zu erinnern bzw. bestimmte Wortfolgen zu reproduzieren. Über vielgesungene oder -gehörte Lieder sprudeln die Worte oft wie von selbst, was als Ansatz zum Wieder-sprechen-lernen genutzt werden kann.

Ihr seid ja so anders zu mir! Oder: soziale Folgen

Sowohl für Freunde und Verwandte als auch für den Patienten selbst ist es schwierig, eine Neuordnung im Rollengefüge sowohl im zwischenmenschlichen Bereich als auch im gesellschaftlichen Umfeld zu finden. Beispielsweise muß ein autonomer erfolgreicher Abteilungsleiter eines großen Unternehmens, der ein Haus baute und

seine Familie ernährte, plötzlich damit leben lernen, daß er angewiesen und pflegebedürftig so gut wie nichts mehr „selber in die Hand nehmen kann“. Sich in diese neue Rolle hineinzufinden und damit leben zu lernen braucht Begleitung und neue Perspektiven.

Andererseits ist eine Rehabilitation ja auch verbunden mit einem sich ständig verändernden Grad an Bedürftigkeit und Selbständigkeit. Gerade die Eltern von jugendlichen Patienten regredieren manchmal mit ihren Kindern in ein Entwicklungsstadium, in dem sie diese als Kleinkinder zu betreuen hatten. Sie übersehen in ihrer Fürsorglichkeit die Entwicklungsschritte, die ihre Kinder in der Rehabilitation machen und behindern in ihrer Angst den Weg zurück in die Selbstständigkeit.

Ziel ist, die Patienten dahingehend zu unterstützen, daß sie dort, wo sie Hilfe brauchen, sie diese ohne Schuld- und Schamgefühle in Anspruch nehmen können, daß sie andererseits lernen, überfürsorgliche Bezugspersonen in ihre Schranken zu weisen. Ein weiteres Ziel ist, die Kontaktbereitschaft zu stärken und die Patienten darin zu unterstützen, wieder Mut zu finden, Mut, der notwendig ist, um die Angst zu überwinden, wieder in die Welt hinaus zu gehen. Der Verlust von Beziehungen und Freundschaften ist schmerzhaft und schafft Existenzängste. Dazu kommt der Wunsch, alles ungeschehen machen zu können.

Ich höre mit meinen Patienten viel Musik, lasse sie von ihren Erlebnissen und Gefühlen von früher erzählen, lasse sie trauern, teile ihre Freude darüber, wenn sie Beständiges wiederfinden oder entdecken können und versuche sie in ihren Gestaltungs- und aktiven Formungsintentionen zu unterstützen. Das „Selbst-in-die-Handnehmen“ ohne die eigenen neuen Grenzen der Leistungsfähigkeit zu mißachten schafft Unabhängigkeit und stärkt das Selbstwertgefühl. Musikalische Improvisationen, Dirigieren, den Rhythmus oder den Ton angeben zu können gibt das Gefühl, der Welt und dem Schicksal nicht ganz so ausgeliefert zu sein.

Warum gerade mit Musik?

Daß sich das Medium Musik in der Neurorehabilitation besonders anbietet, hat mehrere Gründe. Einige möchte ich zum Schluß kurz

noch einmal anführen. Im gemeinsamen Musizieren entsteht Kommunikation, die nicht an die Sprache gebunden ist. Dies ist besonders wichtig für Patienten mit Sprach- und Sprechstörungen. Der musikalische Dialog erfordert keinen besonderen intellektuellen Anspruch, sodaß auch Patienten mit massiveren Hirnschädigungen erreichbar sind. Die Musik als Stimulus fördert die Wahrnehmung, den Antrieb, die Aufmerksamkeit und die emotionale Beteiligung. Dabei wird primär die Entwicklung auf der emotionalen Ebene gefördert. Die musikalische Improvisation ermöglicht eine unmittelbare Rückmeldung durch das Klangerlebnis, was gerade bei Gedächtnisstörungen sehr hilfreich ist. Musik hören oder im musikalischen Miteinander versinken kann entspannen und entlasten. Hier ist Regression erlaubt, was gerade in einem leistungsorientierten Rehabilitationsalltag einen wichtigen Ausgleich bietet. „Gemeinsames Tun, gemeinsame Verantwortung, gemeinsames Erleben“ steht als Devise im Vordergrund. Das stärkt die Wahrnehmung für die eigenen Wünsche und Grenzen, für die Bedürfnisse der anderen und fordert zum aktiven Gestalten in der Therapiesituation auf. Dabei hilft der lustvoll stimulierende Charakter, den die Musik ja glücklicherweise hat!

Literatur

- Barolin, G.S. (1990). Neurorehabilitation in Forschung und Praxis. Stuttgart: Enke.
- Decker-Voigt, H.H. (1991). Aus der Seele gespielt. München: Goldmann Ratgeber.
- Gustorff, D. (1990). Lieder ohne Worte – Musik mit komatösen Patienten auf der Intensivstation. Musiktherapeutische Umschau, Bd.11, Heft 2, S.120-132.
- Moos, R., Schäfer, J. (1977). Coping with physical illness. New York: Plenum Medical, Vol.2.
- Pöck, K. (1982). Klinische Neuropsychologie. Stuttgart: Thieme.
- Sacks, O. (1985). Der Mann, der seine Frau mit dem Hut verwechselte. Hamburg: Rowohlt, Sachbuch 780.
- Säring, W. (1988). Neglect. In: von Cramon, D. (Hrsg.). Neuropsychologische Rehabilitation, S.182-194. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Van Deest, H. (1994). Musiktherapie in der Praxis – Heilen mit Musik. Stuttgart: Thieme.

SILKE JOCHIMS

Emotionale Krankheitsverarbeitungsprozesse in der Frühphase erworbener zerebraler Läsionen

Emotional Processes of Overcoming Illnesses in the Early Phases of Acquired Cerebral Lesions

This paper concentrates theoretically and by using several practical examples on the question of overcoming the disturbed ability for dialogue as an assumption to the introduction of an emotional way to overcome the illness of patients in the early phase after a severe case of cerebral brain trauma. By offering nonverbal, emotionally centred sound-language it is possible to gain contact with apparently non-approachable patients as well as influencing the basic abilities in emotional, social as well as cognitive planes, in order to build up the ability for dialogues and ego-functions right up to identity. By using the pre-verbal medium, which remains on the concrete plane of activity, the chance of an emotional overcoming of his illness is opened even by impaired cognitive resources. The cases originated in a four-year work in the department of Physical Medicine and Medical Rehabilitation (Chief doctor Dr. Gadomski) at the Munich hospital Bogenhausen.

Die Arbeit konzentriert sich theoretisch und anhand mehrerer Fallbeispiele auf die Frage der Überwindung der gestörten Dialogfähigkeit als Voraussetzung zur Einleitung einer emotionalen Krankheitsverarbeitung bei Patienten in der Frühphase nach einem schweren Schädel-Hirn-Trauma. Durch das Angebot einer nonverbalen, emotional zentrierten Klangsprache ist es möglich, sowohl Kontakt mit scheinbar nicht ansprechbaren Patienten herzustellen als auch die Basisfähigkeiten auf emotionaler, sozialer sowie kognitiver Ebene anzuregen, um auf diesem Weg Dialogfähigkeit und Ich-Funktionen bis hin zur Identität wiederaufzubauen. Durch das präverbale Medium, das auf der konkreten Handlungsebene bleibt, eröffnet sich auch bei eingeschränkter kognitiver Leistung die Chance zur emotionalen Krankheitsverarbeitung. Die Fallbeispiele stammen aus vierjähriger Mitarbeit in der Abteilung für Physikal. Medizin und Med. Rehabilitation (Chefarzt Dr. M. Gadomski) im Krankenhaus Bogenhausen, München.

Vortrag im Rahmen des 1st Congress of the World Council for Psychotherapy
Wien 1996

Generelle Aspekte zur Anpassungsleistung an neurologische Erkrankung

Aufgrund des meist völlig überraschenden Krankheitsbeginns haben neurologische Erkrankungen – ob mit oder ohne Hirnläsion – in vielen Fällen traumatischen Charakter. Denn die mit der Erkrankung verbleibende und meist über Nacht hereingebrochene physische und/oder geistige Behinderung wird oft als tief kränkende Erniedrigung erlebt. Sehr schwerwiegende Erkrankungen wie z.B. Schädel-Hirn-Trauma nach Verkehrsunfall können darüber hinaus den Zusammenbruch aller Ich-Funktionen bedeuten. In vielen Fällen muß daher eine neue Identität aufgebaut werden (Sacks, 1989, S. 218 ff.). In den meisten Fällen heißt es für die Erkrankten, mit chronischer Behinderung, durch die der gesamte Lebensstil einschließlich des Lebenskonzeptes einer Neuorientierung bedarf, leben zu lernen (Beutel, 1988, S. 253 ff.). Um späteren Zuständen von Depression und Apathie vorzubeugen (Kast, 1986, S. 141 ff.) scheint es notwendig, den Patienten schon frühzeitig in der Krankheitsverarbeitung zu begleiten.

Nach meiner Erfahrung ist der Patient in der Akutphase auf die Wiederherstellung körperlicher und/oder geistiger Unversehrtheit fixiert, wobei er die Existenz bestehender Grenzen zur Gesundheit gern verleugnet („Wenn ich so viel trainiere wie möglich, wird alles wieder so werden wie vorher...“). Oder aber er ist so tief geschockt von dem traumatischen Ereignis, daß er im Zustand des Gelähmtseins gefangen ist und in Hoffnungslosigkeit erstarrt („Wozu noch trainieren, es ist doch alles verloren!“). Beide Reaktionen bedeuten Verleugnung oder Verdrängung von Realität: Weder ist das Geschehen ein böser Traum, aus dem es aufzuwachen gilt, um das frühere Leben wie gewohnt aufnehmen zu können, noch ist eine körperliche und/oder geistige Funktionsverbesserung völlig ausgeschlossen. Verharrt der Patient in der Akutphase in der Verleugnung bzw. Fixierung auf die Wiederherstellung körperlicher und geistiger Unversehrtheit, klafft also die Schere zwischen Realitätswahrnehmung und Wunschvorstellung zu weit auseinander, so ist die Gefahr eines depressiven Zusammenbruchs in dem Moment gegeben, in dem die Grenzen des medizinisch Möglichen und Machbaren sicht-

bar werden. Das Trauma würde wiederholt. Versinkt der Erkrankte dagegen in apathischer Resignation, wird er das Funktionstraining u.U. in weitem Ausmaß blockieren und dadurch eine mögliche Verbesserung motorischer und kognitiver Ausfälle erschweren oder gar verhindern. In beiden Fällen werden Energien im Kampf gegen die Krankheit gebunden, die eigentlich dringend zur Anpassungsleistung an die Krankheitsfolgen benötigt würden. Nur, wenn es dem Kranken gelingt, einen Mittelweg zwischen schützendem Abwehrverhalten und vorwärtsblickendem Bewältigungsverhalten zu finden (Steffens u. Kächele, 1988), nur, wenn er beide Aspekte im Sinne einer integrierenden Anpassungsleistung im Gleichgewicht halten kann, wird er auch fähig sein, das funktional-kognitive Trainingsprogramm sinnvoll zu nutzen (Parekh, Manz, Schepantz, 1988; Zihl, 1988). In der Annahme, daß es eine Korrelation zwischen dem Ausmaß emotionaler Bewältigung und erfolgreicher funktionaler Rehabilitation gibt und mit dem Wissen, daß die ersten sechs Monate nach dem Geschehen von entscheidender Bedeutung für die volle Entfaltung des Rehabilitationspotentials sind (v. Cramon, 1988), scheint eine frühzeitige Unterstützung im Sinne einer Begleitung durch die Trauerarbeit angezeigt.

Rehabilitationsprogramme speziell in der Akutphase basieren im Wesentlichen auf funktionalem und kognitivem Training. Körper und Geist erhalten die volle Aufmerksamkeit. Die psychische Unterstützung für das gekränkte Ich wird dagegen meist in den Hintergrund gedrängt. Der Neurologe O. Sacks (1989, S. 218), der am eigenen Leibe das Trauma neurologischer Dysfunktion erlebt hat, postuliert: „Des weiteren haben wir gesehen, daß der objektive und empirische Charakter der Neurologie jede Berücksichtigung des Subjekts, des Ich ausschließt. Wenn dieser Widerspruch, diese Sackgasse, vermieden werden soll, muß etwas sehr Grundlegendes geschehen... Was wir jetzt und in Zukunft brauchen, ist eine Neurologie des Selbst, der Identität“.

Das tägliche Feedback, das diese Patienten im Training erhalten, ist: Du kannst nicht... du bist nicht fähig zu... du hast einen Mangel an... du hast eine Dysfunktion von... Unterschwellig wird dadurch doch wohl mitgeteilt, und das entspricht dem Denken einer Leistungsgesellschaft: „Du bist nutzlos, so, wie du jetzt bist“. Hierdurch

kann sich das Gefühl der Minderwertigkeit, das schon durch das Geschehen an sich mobilisiert wurde, noch verstärken. Allein die Tatsache, daß der neurologisch Erkrankte zumeist ohne innere Vorbereitungszeit damit konfrontiert wird, von einem autonomen Leben eines Erwachsenen zurückzufallen in die Hilfsbedürftigkeit eines Kindes, was verbunden ist mit Abhängigkeit und Fremdbestimmung, allein diese Tatsache bedeutet schon eine schwere Kränkung und Demütigung des Ich. Die Trainingsatmosphäre, bei der vorwiegend aufgelistet wird, was der Patient nicht kann, mag das Schwinden des Selbstwertgefühls noch beschleunigen. Natürlich ist das Arbeiten an den Defiziten eine Grundvoraussetzung zur Funktionsverbesserung; Training also unbedingt notwendig. Aber wäre es nicht auch zu überlegen, dem angeschlagenen Selbstwertgefühl Unterstützung zu gewähren, der Identitätskrise entgegenzutreten? Eine ressourcenorientierte Arbeit, in deren Mittelpunkt eben gerade nicht die Defizite stehen, wäre ein Ausweg. Aus meiner Erfahrung scheint es mir äußerst hilfreich für die volle Entfaltung des Rehabilitationspotentials, das Gefühl des Angenommenseins im Sinne von „Du bist wichtig und genauso viel wert wie jeder Gesunde“ gerade im Frühstadium zu vermitteln.

Der Zusammenbruch des Selbst, einschließlich des Selbstwertgefühls, kann sich in resignierendem Rückzug in die Isolation (Mutismus), in schwere Antriebslosigkeit oder auch in Durchbrüchen destruktiver Impulse als Folge vehementer narzißtischer Kränkung äußern (Jochims, 1991, S. 486). Als häufigste Störung wird die depressive Anpassungsstörung genannt (Prosiegel, 1988). Viele Autoren sehen eine Verbindung zwischen dem Ausbruch einer Depression und unterdrückter Trauer bzw. nicht verarbeitetem Verlust (Kast, 1986, S. 7). Vielleicht wäre es sinnvoll, die schwerpunktmäßig symptomorientierten Konzepte zur Rehabilitation neurologisch Erkrankter durch persönlichkeitszentrierte Angebote zu ergänzen.

Gestörtes Signalverhalten

Im Frühstadium eines schweren Schädel-Hirn-Traumas (SHT) ist eine Kontaktaufnahme besonders dann erschwert, wenn traumatisch bedingter Mutismus bzw. eine (Global-)Aphasie vorliegt.

Aus der Mutter-Kind-Interaktionsforschung wissen wir, daß Aufmerksamkeit zu erregen und Kontakt zur Umwelt herzustellen eine angeborene Fähigkeit ist (vgl. hierzu Richards, 1974). Vom Moment der Geburt an nimmt ein Kind aktiv am sozialen Geschehen teil, zeigt Signalverhalten und kann Signale entschlüsseln. Zweck des instinktmäßig angelegten Interaktionsverhaltens ist gegenseitiges Verständigen- und Verstehenkönnen, wobei das Wollen die Grundlage zum Können bildet.

Ein Schädel-Hirn-Traumatiker im Frühstadium scheint jedoch dieses instinktive Interaktionsverhalten verloren zu haben. Zumindest setzt er das bis zur Erkrankung erworbene kommunikative Repertoire nach dem Erwachen aus dem Koma nicht mehr spontan zum erneuten Kontakt mit der Umwelt ein. Die Ursache dafür kann nur hypothetisch vermutet werden und bedarf noch der wissenschaftlichen Erforschung. Aus der intensiven Beobachtung von etwa 30 Patienten mit schwerem SHT habe ich den Schluß gezogen, daß die lange Zeit ohne Bewußtheit (im Koma) und die anschließende vollkommene Desorientiertheit eine Identitätskrise bis hin zum Zusammenbruch aller Ich-Funktionen und eine damit verbundene Identitätslosigkeit bewirken muß. „Solche Veränderungen sind nicht analysierbar als Störungen einer Funktion oder eines Systems – sie müssen als eine Störung des Selbst betrachtet werden“ (Sacks, 1989, S. 218).

Der notwendige Neuanfang des Ich-Aufbaus im frühen Zustand nach schwerem SHT wird jedoch erschwert durch den Mangel an instinktivem kommunikativen Verhalten dieser Patienten, was entfernt an das Kommunikationsverhalten von Autisten erinnern mag (Feuser, 1988, S. 29 ff). Eine tiefe Krise des Selbst muß Angst auslösen. Dieses Gefühl wiederum kann die kommunikative Bereitschaft blockieren. Um den Neubeginn des Aufbaus aller Ich-Funktionen zu ermöglichen, bedarf es der gezielten Behandlung des gestörten kommunikativen Verhaltens.

Der Wiederaufbau von Ich-Funktionen im musiktherapeutischen Prozeß

Der zentrale Mittelpunkt von Musiktherapie ist die Lautäußerung. Im gemeinsamen Improvisieren von Therapeut und Klient

werden Klänge mitgeteilt und ausgetauscht. Das Ziel ist der Eigenausdruck, der Zugang zu tiefer liegenden Schichten des Menschen verschafft, als die Sprache es ermöglicht. Da, wo das Wort als übliche Kommunikationsform versagt, kann Musiktherapie greifen: der Klang bildet eine Brücke zum Inneren und ermöglicht dem verstummten Menschen eine gefühlshafte Ausdrucksform. Ihre besondere Bedeutung hat Musiktherapie dort, wo Sprache sinnentleert oder gar verweigert wird. Im präverbalen Dialog kann der die Sprache verwehrende Mensch ohne Leistungsdruck im scheinbar sinnlosen Spielen wieder mitteilbares Kind sein. Diese emotional getönte Beziehungsebene mag helfen, Resonanzräume zu öffnen und zu erwecken (vgl. Nitzschke, 1984; Loos, 1986; Nordorff u. Robbins, 1983, 1986). Lautäußerung ist der erste und wichtigste Schritt zur Kommunikation, sie bedeutet emotionale Aktion, die auf gefühlsmäßige Reaktion angelegt ist.

Aus dieser Definition ergibt sich die Schlußfolgerung, daß Musiktherapie zur Rehabilitation der emotionalen, sozialen sowie teilweise der kognitiven Ebene kommunikativen Verhaltens indiziert ist, daß sie aber keinen Beitrag zur Rehabilitation funktionaler Defizite leisten kann. Ihr Hauptaugenmerk liegt auf dem psychologischen Aspekt.

Anregung der elementaren emotionalen Ebene

Der Patient im Frühstadium schwerer Schädelhirnverletzungen vermittelt durch sein spontanes und reaktionsloses Verhalten den Eindruck, als ob er die emotionale Triebfeder kommunikativen Verhaltens, nämlich das dringende Bedürfnis zur Kommunikation, den Willen und das Wollen zum Einbezogensein in einen Dialog, verloren hätte. Psychisch betrachtet, könnte das als Ausdruck tiefer Verunsicherung und eines Gefühls der Haltlosigkeit (Bewußtseins- und Wahrnehmungsverunsicherung) gesehen werden. Das Gehirn, früher dazu befähigt, den Kontext zwischen Signalen herzustellen, kann diesen Halt nicht mehr bieten. Dörner und Plog (1987, S. 347 ff) bezeichnen das bei ihrem Versuch, sich empathisch hineinzudenken, als ein „Leben in einer Landschaft ohne Boden“. Verlust des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten, aber auch Mißtrauen auf-

grund des traumatischen Geschehens und der damit verbundenen Kränkung dem Leben und allen Menschen gegenüber sind die fast zwangsläufige Folge. Wer ohne Urvertrauen ist, hat übergroße Angst, verschließt sich (aus Angst) und verstummt. Der Zusammenbruch des Selbstwertgefühls und des Selbstvertrauens sowie die erdrückende Orientierungslosigkeit können zu depressiver Antriebslosigkeit und Apathie führen, zum Rückzug in die Isolation. „Depressives Verhalten kann bei erheblicher körperlicher Behinderung ... auch psychoreaktiv entstehen. Eine hirnlokalisatorische Zuordnung solcher gleichsinniger Veränderungen von Antrieb und Affektivität ist in den meisten Fällen nicht möglich“ (PoECK, 1989, S. 324).

Diesem Zustand von Antriebslosigkeit und Apathie entgegenzuwirken scheint unabdingbar. Dem Patienten mit Hilfe des Klanges auf emotionaler Ebene zu begegnen, ihn innerlich anzustoßen, damit er Bewegung nach außen bringen kann (= emovere), eröffnet einen adäquaten Zugang zum verstummten, weithin reaktionslosen und asponanten Patienten (vgl. auch GADOMSKI u. JOCHIMS, 1986; JOCHIMS, 1990; REUTER, LINKE, KURTHEN, 1989). Normalerweise beginne ich mit rezeptiver Musiktherapie in der Art, daß ich altbekannte Kinder- oder Wiegenlieder singe, während ich die Person streichele oder auch schaukele. Oder ich bringe ein Stück komponierter Musik mit, die vom Patienten in Zeiten früherer Gesundheit geliebt wurde (Musikanamnese). Die komponierte Musik muß jedoch sanft im Ausdruck und ruhig im Tempo sein, wie ich experimentell herausgefunden habe. Hard-Rock z.B. steigert Angstzustände auch bei denen, die früher diese Art von Musik liebten.

Herr H., 28 Jahre alt, Polytrauma einschließlich Mutismus nach Verkehrsunfall, nahm immer dann, wenn jemand in seine Nähe kam, eine stark spastisch anmutende, abwehrende Haltung des rechten Armes an. Wenn jemand ihn ansprach oder sich auch nur an sein Bett stellte, versteifte sich sein rechter Arm in stark abgewinkelter Haltung, während sein linker Arm durch Lähmung ohnehin unbeweglich blieb. War der rechte Arm erst einmal in dieser abgewinkelten Position, ließ er sich keinen Millimeter mehr bewegen. Aufforderungen an Herrn H., seinen Arm zu öffnen, blieben ergebnislos. Er hinterließ deshalb bei der Krankengymnastin den Eindruck

eines spastisch Gelähmten, dessen Spastik unwillkürlich einschließt. Da ich dieser These nicht uneingeschränkt folgen konnte, beschloß ich, über ein Videogerät zu beobachten, wie er sich verhält, wenn niemand in seiner Nähe ist: Der rechte Arm spielte frei und mit willkürlicher Bewegung mit dem Teddybär über seinem Bett. Machte ich mich jedoch bemerkbar, so zog er den Unterarm fest zu sich heran und spannte ihn so an, daß jegliche Bewegung unmöglich wurde. Das ließ den Schluß zu, daß seine vollständige Verkrampfung Ausdruck seines inneren Zustandes sein mußte. Die Körpersprache deutete auf vehemente Angst hin.

Herr H., ein auf Brust und Armen tätowierter Mann, liebte früher Hard-Rock. Erklang aber jetzt diese Musik, verkrampfte er den Arm immer fester, bis er schützend die Bettdecke über den Kopf zog. Sein Körper, vor allem aber sein Gesichtsausdruck war die personifizierte, sich selbst ausdrückende Angst, die er als abgehobenes seelisches Gefühl noch nicht zu empfinden vermochte.

Eine gänzlich andere Reaktion zeigte Herr H. auf Wiegen- und Schlaflieder und auch auf die berühmte „Air“ von Bach. Schon bei den Wiegenliedern drehte er sich sehr bald zu mir (der Schallquelle) hin, schaute mich mit großen, unendlich fragenden Augen an, lächelte zaghaft und verzog später dann sein Gesicht zu einem breiten Grinsen. Der rechte Arm allerdings wurde spastisch und verkrampft. Erst viel später im Verlauf der Stunde, bei drei aufeinanderfolgenden Fassungen der Bach-Air, bei denen ich ihn zu streicheln begann, entspannte sich auch der rechte Arm. Schrittweise öffnete er ihn und spielte gedankenverloren mit meiner Hand. In späteren Stunden ging ich dazu über, seinen Arm zu dieser Musik sanft zu wiegen, bis er ihn frei geöffnet hatte. Das war die Voraussetzung zur Klangproduktion, zum freien Spiel mit Instrumenten. Dieses Stück war und blieb der Schlüssel zur Angstreduktion. Jede Stunde begannen wir auf diese Weise, damit Herr H. seine Hand gezielt einsetzen konnte.

Im nachhinein konnte ich mir seine angstverzerrte Reaktion auf seine einstmals geliebte Musik gut erklären: Hard-Rock putscht auf, ist nervig und treibt den Puls an. Dem innerlich stabilen Menschen schadet es nicht, ein bißchen „angetörnt“ zu werden, zumal er die Musik abstellen kann, ihr also nicht schutzlos ausgeliefert ist. Wohl

aber schadet sie dem Schädel-Hirn-Traumatiker, denn er ist ein Bündel voller Angst, die durch diese Art von Musik eher geschürt als reduziert wird. Wiegen- und Abendlieder dagegen haben den Vorteil, an frühe symbiotische Zeiten anzuknüpfen, Erinnerungen zu wecken und damit die Bewußtheit zu heben.

Während die Musik erklingt, übertrage ich das, was ich höre, durch leichtes Drücken mit den Fingerkuppen auf den Körper des Patienten: die Weichheit im Ausdruck durch sanftes Streicheln, den Rhythmus durch leichtes rhythmisches Drücken, einen Instrumentalwechsel durch Wechsel der Berührungsstelle. So sind beide Partner durch die Musik verbunden, von ihr umhüllt, beeinflusst und bewegt. Als erstes huscht meist nach wenigen Stunden ein Lächeln über das Gesicht, und der Kopf dreht sich zu mir hin, manchmal stellt sich auch schon ein kurzer Augenkontakt ein. Bei vielen Patienten ergibt sich sehr schnell ein taktiles Wechselspiel im Austausch rhythmischer Muster, wobei beide Partner durch den externen Puls miteinander verbunden sind.

R. K., ein 19jähriger Patient nach schwerem SHT, dessen Wachheitsgrad nicht gesichert diagnostiziert werden konnte und der in seinen Möglichkeiten unterschätzt wurde (vgl. Jochims, 1992), liebte vor dem Unfall Classic-Pop, also sanfte, weiche Musik, die geeignet ist, liebevolle Wärme zu verbreiten. Er reagierte mit starkem Zittern und tiefer Seufzeratmung auf mein erstes Klangangebot, eine Pop-Fassung der 5. Sinfonie von Beethoven. Seine rechte Faust fing bei diesem Stück mit minimalen Gesten an, das Metrum mitzuklopfen. Jede Wiederholung dieses Stückes evozierte dieselbe Bewegung. Er schien also zu hören und aufzunehmen, innerlich bewegt zu sein. Ich testete, ob diese Reaktion vielleicht bei jeder Musik käme. Er blieb aber bei jedem anderen Stück ausdruckslos und ohne gestische Reaktion.

Bei einem anderen, durch die Musikanamnese als wichtig herauskristallisierten Stück schwang ich seinen Arm hin und her. Er genoß es spürbar, denn er lächelte dabei und hielt mir bei Beginn der Stunde häufig von sich aus den Arm hin. Irgendwann übertrug er das auch auf die Krankengymnastin und hielt ihr den Arm entgegen: ein stummer Auftrag, statt trainiert lieber gewiegt zu werden. Sie

ging darauf ein, obwohl sie einen anderen Arbeitsauftrag hatte. Ihre Entscheidung war richtig gewesen, wie sich später herausstellte. Nach längerer Zeit des passiven Gewiegtwerdens war er, der über eineinhalb Jahre aufgrund seiner Reaktionslosigkeit zu den Aufgegebenen zählte, durchaus bereit, das Bewegungstraining aufzunehmen.

R.s metrischer Fingerdruck paßte sich zunehmend dem Tempo der Musik an. Es war offenkundig: er erkannte die Musik wieder, spürte mich und war bereit, Signale zu senden. Der erste nicht nur mehr einseitig verlaufende Kontakt war hergestellt. Die Musik übernahm zwischen uns die Mittlerrolle.

R. K., ebenso wie Herr H., war also nicht ohne inneres Leben. Es war nur tief verborgen, umgeben von einer fast unüberwindbar dicken Mauer, in die R. K. eingeschlossen war, unfähig, sich selbst zu befreien. Von der direkten emotionalen Sprache der Klänge ließ er sich bewegen, sie erreichte ihn in seinem Inneren und bildete eine Brücke zur Außenwelt. Über diesen Kanal gelang es ihm, Signale zu empfangen und zu senden.

Das Grundgefühl in der Beziehung während der rezeptiven Arbeit mag dem Gefühl des Einsseins mit der Welt nahekommen, vergleichbar dem symbiotischen Erleben eines Neugeborenen. Ich versuche demnach, mit den Patienten im Frühstadium schwerer Schädelhirnverletzungen in Kontakt zu kommen, indem ich ein mütterlich-symbiotisches Regressionsangebot mache, um Urvertrauen wieder aufzubauen (Gadomski u. Jochims, 1986). Der Wunsch nach kommunikativem Austausch stellt sich in dem Moment ein, in dem ich dem Patienten in seiner Angst und Verunsicherung, die er nicht als zu benennende Gefühle erlebt, sondern die er ist, auf einer im Konkreten erfahrbaren Ebene begegne.

Ist im taktilen und gestischen Bereich die Signalgebung wieder in Gang gekommen, gehe ich dazu über, klang-produktives Verhalten zu fördern, indem ich Instrumente anbiete. Jeder Klang wird als Signal gehört und beantwortet. Der enorme Aufforderungscharakter, der von Instrumenten ausgeht, hat bisher noch bei niemandem seine Wirkung verfehlt. Alle, auch die noch so Antriebsgestörten, haben den Finger ausgestreckt, um auf der Leier zu zupfen, oder die flache

Hand auf die Trommel fallen lassen, um nur zwei stets sehr beliebte Instrumente zu nennen.

Anregung der elementaren sozialen Ebene

Der Prozeß der Sozialisation schließt Vielfältiges ein: Kommunikationsverhalten, Sprache, Denkvermögen, wachsende Bewußtheit sowie Konzeptbildung von einem „Selbst“ und einem „Anderen“, von Ich und Nicht-Ich. Zur gelungenen Sozialisation gehört die tolerierte, nicht angstbesetzte Erfahrung zweier voneinander getrennter Individuen, wodurch sich eigene Identität und innere Autonomie herausbilden können (vgl. Klein, 1989; Kohut, 1973; Mahler, Pine, Bergmann, 1980; Richartz, 1987; Spitz, 1967; Stork, 1982; Winnicott, 1974). Aus der intrapsychischen Wahrnehmung des „Ich bin“ wird interpsychisches Aufeinander-bezogen-Sein, aus dem verschmolzenen Identisch-Sein wird ein getrenntes Miteinander. „Mangelhafte Abgrenzung des Ichs von der Außenwelt, gestörtes „Urvertrauen“, mißtrauische Grundhaltung bei schizoiden, paranoiden und sensitiven Entwicklungen weisen psychodynamisch auf Störungen der Primärbeziehung zwischen Mutter und Kind“ (Richartz, 1987, S. 45). Die Übertragung der Theorien auf die Situation eines Schädel-Hirn-Traumatikers ist sicherlich gewagt, aber sie scheint mir – aus der Beobachtung heraus – nicht völlig abwegig.

Trennung von Ich und Du wäre bei dieser Hypothese der nächste Schritt zur Reifung. In einer musikalischen Beziehung kann das symbolisch durch unterschiedliche Klänge von Therapeut und Klient sowie durch wechselseitige Spielmuster vollzogen werden. Die Symbiose, musikalisch durch ineinander verschwimmende, nicht abgegrenzte Klänge symbolisiert, sollte behutsam aufgelöst werden und durch dialogische Strukturen in ein Erleben zweier voneinander getrennter Personen hineinführen.

Roland war 19 Jahre alt, als er durch einen Verkehrsunfall ein schweres SHT erlitt. Nach zweimonatiger Behandlung auf der Intensivstation wurde er auf die Rehabilitationsabteilung verlegt. Er verhielt sich so, wie ich es für einen Patienten in der Frühphase beschrieben habe, stumm und absolut nicht kommunikativ

(Mutismus). Wir begannen den bereits beschriebenen rezeptiv-symbiotischen Weg. Mit den Instrumenten hatte er technische Probleme: seine rechte Hand war zu spastisch für eine Bewegung, seine linke dagegen ataktisch. Seine Klangproduktion war dadurch in Gefahr, nicht intentional zu sein.

Ungünstigerweise schüttelte er die Maracas immer nur einmal, dann gab er sie mir wieder zurück. Zwei Monate lang gab er nicht mehr als die sehr kurzen Impulse von sich, die für ihn nicht lang genug sein konnten, um sich selbst als klangerzeugendes Wesen wahrnehmen zu können. Zwei Monate gaben wir die Maracas hin und her, er akzeptierte kein anderes Instrument. Weil er den Kopf immer zur Wand drehte, wenn ich ins Zimmer kam oder ihn ansang, gab er mir das Gefühl, überhaupt nicht in Kontakt treten zu wollen. Andererseits aber hellte sich sein Gesicht auf und der Kopf wandte sich mir zu, wenn ich ihn in Verbindung mit der Musik zu streicheln begann. Von dieser Art Beziehung wollte er offenbar mehr. Hartnäckig blieb er dagegen in seinem Widerstand, zum Individuum zu werden.

Gelegentlich drückte er Wut und Ärger aus, indem er mit der Maracas gegen die Zimmerwand schlug, das Gesicht voller Zornesröte. Diese Impulse waren länger, mit erkennbaren, sich wiederholenden Strukturen. Ich begleitete ihn in solchen Phasen des inneren Ausbruchs nur spärlich, ich wollte ihm Zeit lassen, sich selbst zu spüren, sich zunächst einmal unbeeinflusst von meinem Klang zu hören. Noch stand die Wahrnehmung des „Ich bin“, des Selbst, im Vordergrund, nicht schon die Interaktion. Gelegentlich begleitete ich diese Ausbrüche singend mit wütendem Stimmklang als Spiegel seiner Aktivität.

Nach etwa zwei Wochen der Zusammenarbeit begann ich die tägliche Stunde mit einem speziell für ihn komponierten Begrüßungslied, in das rhythmische Pausen zur möglichen Antwort hineinkomponiert waren. Durch Wiederholen des Liedmaterials in jeder Stunde bot ich einen sicheren musikalischen Rahmen, der ihm helfen sollte, sich geschützt zu fühlen. Über lange Zeit antwortete er nie instrumental. Aber überraschend plötzlich, nach etwa zwei Monaten, behielt er die Maracas das ganze Lied hindurch in der Hand und antwortete rhythmisch sicher in die Pausen hinein. Wir konn-

ten das Lied mehrere Male nacheinander wiederholen, ohne daß er die Antwort schuldig blieb. Das war unser erste präverbaler Dialog. Roland realisierte mich offenbar als Partner im Klang und war bereit für wechselseitiges Spiel, obwohl er immer noch stumm war.

Jedoch nur eine Woche lang akzeptierte er den Dialog, danach wurde sein Widerstand sehr stark. Er berührte kein einziges Instrument mehr. Während diese Zeit drückte ich im Spiel stellvertretend für ihn seine möglichen Gefühle aus: Ich spielte z.B. drei kurze Stücke in drei verschiedenen Stimmungen und bat ihn, mir zu zeigen, welche Stimmung mit seinem Inneren korrespondieren würde. Er zeigte es absolut spontan und ohne Widerstand durch Kopfnicken. Offenbar war es die Angst vor der Trennung aus der Symbiose, die seinen Widerstand gegen die eigene Klangproduktion aufrecht hielt. Ich hatte zu warten...

Nach den Weihnachtsferien fing Roland an zu sprechen. Da erst wurde das Ausmaß der Stimmbandschädigung klar. Die Stimmbandlähmung verhinderte klare Lautgebung. – Im Verhalten wurde er kooperativer und freundlicher, auch ausgesprochen neugierig. Wir verlegten die Stunden in meinen Arbeitsraum, der mit verschiedensten Instrumenten angefüllt war. Als er das Klavier sah, machte er gestisch deutlich, daß er darauf spielen wolle. Nie hatte er bisher an einem Klavier gesessen, berichteten die Eltern. Er wählte die linke, tiefe Seite und machte mir deutlich, ich solle mich nah zu ihm hinsetzen. So kam es dazu, daß wir uns das Instrument teilten – offenbar brauchte er immer noch den Ein-Klang mit mir.

Das Klavier wurde das ideale Instrument für ihn, um die große Schwingungsbreite seiner Gefühlswelt zum Ausdruck bringen zu können. Mein gleichzeitiges Spiel tolerierte er, hörte mir zu und trieb mich an, beeinflusste intentional meine Musik und ließ sich streckenweise von mir beeinflussen. Lange horchte er seinen einzeln angeschlagenen Tönen nach – sein Ausdruckswille besiegte zeitweise seine Ataxie. Melancholisch sanfte Traurigkeit, nachdenklich verhaltenes Staunen überwog zunächst in seinem Ausdruck. Später kamen dann Ausbrüche von Donnerrollen in ganzen Clustern (mit dem Arm gespielt) hinzu. Sehr schnell waren alle grundlegenden Muster zur Beziehungsfähigkeit wiederhergestellt: er imitierte und initiierte, er akzeptierte wechselseitiges Spielen und setzte seine Aktivitäten im

Beziehung zu den Aktivitäten seines Partners. Seine innere Befindlichkeit drückte er auf sehr intensive und differenzierte Art und Weise aus.

Langsam entdeckte er, zusätzlich zum Klavierspiel, die Freude am stimmlichen Ausdruck. Das Begrüßungslied beantwortete er nun singend, im Rahmen der Harmonie und die Schlußwendung vorwegnehmend. Schritt für Schritt trennten wir uns symbolisch im Klang, wobei er sich zunehmend stimmlich äußerte und ich auf Trommel oder Klavier begleitete. Immer stärker bevorzugte er das Singen, obwohl er nach wie vor große Schwierigkeiten bei der Artikulation hatte. Er improvisierte mit der Stimme, liebte antiphonales Singen und war glücklich, wenn wir Volkslieder, Pop-Songs oder auch Operettenmelodien durchgingen. Am Ende seines Klinikaufenthaltes wurde er ein sehr glücklicher, auf der Station überaus beliebter Sonnyboy, der sich überall singend bemerkbar machte („Wien, Wien, nur du allein“, schmetterte er vor dem Dienstzimmer des Logopäden). Die Zuwendung, die er erhielt, war groß.

Die klangliche Ebene der Mitteilung bietet die Möglichkeit, in einer weniger abstrakten Form als der Sprache zu kommunizieren. Für einen Hirngeschädigten kann musikalische Aktivität eine lebendige Beziehungserfahrung bedeuten, in der er nicht auf abstraktes Denkvermögen angewiesen ist. Der Wunsch, als kompetentes Mitglied von der Gesellschaft angenommen zu werden, erwacht bei zerebral Geschädigten leichter über dieses auf der konkreten Ebene erfahrbare Beziehungsangebot.

Anregung der elementaren kognitiven Ebene

Herr N., ein fast 40jähriger Bankkaufmann, erlitt durch einen Motorradunfall ein schweres SHT mit buccofazialer Apraxie, spastischer Parese links, Neglect links sowie Mutismus. Als ich ihn – direkt im Anschluß an die Intensivstation – übernahm, war er zwar noch sehr wortkarg, sprach aber schon hin und wieder ein Wort. Sein Vater beschrieb ihn von früher als lebenslustig, kontaktfreudig und sehr beliebt. Seine große Liebe vor dem Unfall war die Musik. Er besaß eine E-Orgel und war zeitweise Mitglied in einer Band. –

Der Hauptgrund zur Überweisung in die Musiktherapie war seine Antriebslosigkeit.

Nach einer nur sehr kurzen rezeptiven „Aufwärmphase“ deutete er von sich aus auf die afrikanische Sprechtrommel, der erste Antriebsimpuls zum Spielen. Von da an trommelte er unentwegt und ohne erkennbare Strukturen im schnellen Tempo. Mir blieb zunächst nichts anderes übrig, als begleitend darauf einzugehen. Ich sang bekannte Volkslieder und Schlager dazu, stets mich seinem Tempo anpassend. Wurde er langsamer, so ging ich mit. Versuchte ich jedoch meine Eigenständigkeit in Form von Tempowechsel einzubringen, fand ich kein Echo. Zaghafte Versuche von Störungen gingen offensichtlich an ihm vorbei. Spielte ich „off-beats“, also zwischen seine Schläge, blieb er sicher und fest, geriet nicht, wie so viele andere, ins Wanken. Er blieb für mich unbeeinflussbar, abgeschirmt, nicht greifbar. Sein Kommentar nach einer halben Stunde dieses unentwegten, pausenlosen Trommelns: „Schööön“, sein einziges Wort in dieser Stunde. So vergingen eine Reihe von Stunden. Sein Spiel blieb strukturlos und zusätzlich ohne erkennbaren Mitteilungsscharakter an mich. Ein Instrumentenwechsel änderte auch nichts – die Hand schien automatisiert.

Das ließ auch die funktional-diagnostische Betrachtungsweise einer Perseveration als Begleiterscheinung ideomotorischer Apraxie zu (Prosiegel u. Säring, 1988, S. 264 ff). Da sich perseveratorisches Verhalten sowohl auf Planen und Handeln (von Cramon, 1988, S. 248 ff) als auch auf ein gelingendes soziales Interaktionsverhalten hinderlich auswirken kann, schien mir eine weiterführende Therapie sehr wichtig zu sein.

Herr N. ließ wohl Kon-Takt (begleitendes Spiel im gleichen Taktmaß) zu, wechselseitiger Austausch jedoch wurde durch sein strukturloses Endlos-Spiel verhindert. Er konnte sich offenbar nicht selbst organisieren und ordnen, auch schien er von mir angebotene Strukturen (= kurze Motive) nicht wahrzunehmen. Strukturentwicklung stand daher im Vordergrund der Arbeit. Die Beschränkung auf lineares Klanggeschehen (kein gleichzeitiges Spiel) half, seine Aufmerksamkeit zu bündeln und seine Aufnahmefähigkeit zu intensivieren. Spielte ich auf demselben Instrument wie er, erfaßte und imitierte er sehr bald kurze Strukturen. War ich räumlich und

akustisch distanzierter, also auf einem anderen Instrument, verfiel er in strukturloses Reperieren. Er schien meine Nähe zu brauchen, um im Einklang mit mir reagieren zu können (symbiotisches Erleben). So wurde die Konga über lange Zeit unser gemeinsames Instrument.

Schritt für Schritt distanzierte ich mich, zunächst durch die Hinzunahme einer zweiten, anders gestimmten Konga. Im weiteren Verlauf überließ ich ihm beide Kongas, während ich zwei Bongos spielte. Das erlaubte mir eine klangliche Abgrenzung bei räumlich großer Nähe. Nach zweimonatiger gemeinsamer Arbeit war er so weit selbständig, daß er die räumliche Distanz von der Konga zum Klavier aushielt, ohne in strukturloses Perseverieren zu verfallen. Er imitierte sicher, auch schwer erfaßbare Strukturen, beherrschte das wechselweise Einsetzen, aber er initiierte nur spärlich. Sein schöpferischer Wille war noch nicht erwacht, und seine Selbständigkeit stand auf schwachen Füßen.

Nach ca. drei Monaten spielte er auch mit Schlegeln an inzwischen drei Trommeln strukturiert und auf sein Gegenüber bezogen. Sein Ich schien gestärkter, sein Mut zum Schöpferischen größer, denn er initiierte viel häufiger als noch einen Monat vorher. Auch mit der Stimme begann er im Begrüßungslied zu antworten, während er früher eher nachsang (Echolalie). Sein anfänglich reines Imitationsverhalten hatte sich Schritt für Schritt in Ansätze selbständigen Handelns verwandelt.

In der Musiktherapie war er äußerst aktiv, entwickelte sich zu einem stets wachen Dialogpartner, erlernte vorgegebene Aktivitätslieder und spielte diese voller Stolz den Ärzten vor. Die Tür zu meinem Arbeitsraum – drei Stockwerke tiefer als seine Station – fand er alleine und stand manchmal ohne Terminabsprache davor mit der Bitte um eine Extrastunde. Seinen Eßplatz im nahegelegenen Eßraum jedoch fand er bis zum letzten Tag nicht sicher.

Außerhalb der Musiktherapie blieb er antriebslos, apathisch, interesselos. So war er z.B. immer noch inkontinent, trotz vieler pädagogischer Bemühungen. Sein sehr unterschiedliches Verhalten erschien mir jedoch auch irgendwie verständlich. Was hatte er schon für Zukunftsaussichten... Ihm blieb nur die Wahl, entweder zu seinen betulichen, sehr alten Eltern als pflegebedürftiges Kind – mit fast 40 Jahren – zurückzukehren oder sich ins Pflegeheim einweisen

zu lassen. Eine eigene Familie hatte er nicht. Ist es nicht verständlich, bei solchen Perspektiven in Resignation zu verfallen? Bisher konnte nur das lustbetonte Musizieren die Antriebslosigkeit überwinden. Es fehlte noch der innere Antrieb, sich mit den unangenehmen Seiten des täglichen Lebens auseinanderzusetzen. Dafür wäre es notwendig gewesen, Zeit zu haben zur Krankheitsverarbeitung, die noch nicht hatte beginnen können, weil die Vorbedingung, die Dialogfähigkeit, noch nicht gegeben war (vgl. Jochims, 1990, 1991).

Diskussion

Da klangliche Angebote bei Patienten mit Hirnläsionen fast durchweg den noch gesunden Teil des Menschen erreichen (vgl. Alvin, 1976; Bang, 1980; Nordorff/Robbins, 1983 u. 1986; Rett u. We-secky, 1975), ist es möglich, über Musiktherapie Kontakt mit scheinbar nicht ansprechbaren Patienten herzustellen. Das Medium des Klanges ermöglicht einem schwer Hirngeschädigten, auf einer ihm gemäßen – präverbalen – Ebene Beziehung aufzunehmen. In diesem Kontext kann der Patient etwas, während er im täglichen Training beständig auf seine Defizite hingewiesen wird. Durch Musiktherapie kann man dem Hirngeschädigten die Erfahrung einer partnerschaftlich gestalteten Beziehung geben, wenn Therapeut und Klient in einem Medium kommunizieren, das beiden gleichermaßen zugänglich ist.

Der aktiv Musizierende kann mit Hilfe der produzierten Klänge mit dem Selbst in Kontakt kommen und dadurch Ich-Identität neu aufbauen. Er kann die ersten Erfahrungen in der Selbstorganisation sammeln, im Erfassen von Strukturen und im Strukturieren der eigenen Aktivitäten. Darüber hinaus kann er seine Äußerungen und Handlungen in Verbindung bringen mit denen eines Gegenübers. Musik ist – analog zur Sprache – strukturierter Klang. Musiktherapie mit beziehungsgestörten Patienten meint spontanes Agieren und Reagieren auf der Ebene auditiver Klänge, wobei Aktion und Reaktion sich gegenseitig bedingen und beeinflussen.

Da Sendebereitschaft eine Voraussetzung zur Dialogbereitschaft ist, geht es zu Beginn der Kontaktaufnahme vorwiegend um die

Wiederanregung elementarer emotionaler Anteile des Beziehungsgeschehens. Bevor das Ich nicht zum Senden und Empfangen von Signalen bereit und befähigt ist, kann es dem Du nicht begegnen. Das Wiederanregen grundlegender sozialer Verhaltensweisen bahnt den Weg zu dialogischer Begegnung. Die elementaren kognitiven Bereiche im Beziehungsgeschehen bilden ein wesentliches Bindeglied zwischen dem psychologischen und dem funktionalen Aspekt zur Kommunikationsfähigkeit. Alle drei Bereiche sind in gleichem Maße am Wiederaufbau von Ich-Funktionen und wachsender sozial-kommunikativer Kompetenz beteiligt.

Die Zeit der präverbaler Verständigung ist eine ungemein wichtige Phase in der Entwicklung des Menschen. Sie bedeutet das behutsame Hineinwachsen in eine soziale Welt im Schutze eines druckfreien, affektiv getönten Raumes, in dem das noch unabgegrenzte Ich so viel innere Stabilität und Sicherheit entwickeln kann, bis es angstfrei die weitere Umwelt erobern mag. Eine schlecht gelungene präverbale Beziehungsaufnahme führt zu angstbesetzter Abhängigkeit (Nitzschke, 1984, S. 167 ff.). Gibt man dem schwer Hirngeschädigten Zeit für das Durchleben präverbaler Interaktionsräume, habe ich ihn später leistungswilliger und kognitiv ansprechbarer erlebt. „So gesehen ist Rehabilitation eine Rekapitulation, eine zweite Kindheit, denn wie die Kindheit ist sie mit maßgeblichen Lernakten, unvermitteltem Aufsteigen von einer Ebene zur nächsten verbunden...“ (Sacks, 1989, S. 187). Sollte diese Rekapitulation sich nicht auch auf den psychischen Apparat und die Beziehungsfähigkeit ausdehnen lassen?

Die Entwicklung einer Ich-Identität und eines Selbst-Konzeptes, wie O. Sacks (1989) es eindringlich fordert, kombiniert mit der Entwicklung wachsender Fähigkeit zur Beziehungsaufnahme und -gestaltung, mögen dazu beitragen, das Rehabilitationspotential eines Schädelhirntraumatisierten in einem anderen Lichte zu betrachten. Vielleicht ist die in vielen Veröffentlichungen zu spürende Resignation gegenüber der Rehabilitationsfähigkeit eines schwer Hirngeschädigten Ausdruck einer Hilflosigkeit angesichts der Sprachlosigkeit und Kontaktabwehr dieser Patienten. Das Medium des Kluges kann dazu beitragen, der häufig geäußerten Aussichtslosigkeit wirksam entgegenzutreten zu können..

Krankheitsverarbeitung bei zerebraler Läsion

Erst mit einer wiedergewonnenen Fähigkeit zur Signalgebung und Signalverarbeitung wird die Phase der eigentlichen Krankheitsverarbeitung im Sinne einer Trauerarbeit möglich. Erworbene Hirnläsionen ziehen leicht psychische Probleme nach sich: Die Patienten fühlen oft, ohne rational erfassen zu können, warum, den Unterschied zwischen ihrem früheren Da-Sein (d.h. „normal“ gewesen zu sein) und ihrem jetzigen Zustand (d.h. ihrem Gefühl nach „schwachsinnig“ oder „blöd“ zu sein). Sie merken an der Reaktion ihrer Umwelt, daß etwas mit ihnen nicht stimmt, können aber den Zusammenhang zwischen der Erkrankung und den kognitiven Ausfällen nicht herstellen. Autistische Tendenzen und/oder aggressiv-explosives Verhalten mögen in diesem Lichte, als Ausdruck tiefer Verunsicherung und Demütigung, betrachtet werden. Beziehungsstörungen bis hin zur Beziehungsverweigerung entstehen nicht selten nach Hirnläsionen.

Bei neurologischen Patienten mit zerebraler Läsion ist das Organ zur „Verarbeitung“ betroffen. So beklagt Schlösser (1988, S. 624) die Schwierigkeit psychotherapeutischer Begleitung bei zerebralen Läsionen, mißt aber gleichzeitig der emotionalen Krankheitsverarbeitung eine wesentliche Bedeutung für das Gelingen rehabilitativer Maßnahmen zu. Mit einem Medium, das auf dem präverbalen, konkreten Level arbeitet, ist es in der Tat möglich, das intakte Innenleben eines Hirnverletzten zu erreichen, wodurch sich die Chance zu einer emotionalen Verarbeitung des Verlustes eröffnet.

Herr H. hatte mit 22 Jahren einen Verkehrsunfall. Der unfallverursachende Fahrer war sein Freund, er blieb unverletzt. Herr H. dagegen erlitt ein Polytrauma und war hemiplegisch. Nach drei Monaten auf der Intensivstation wurde er auf die Rehabilitationsabteilung verlegt. Im Arztbericht stand: persistierender Antriebsmangel, Minderung von Vigilanz und Auffassung, deutliche Konzentrationsstörungen sowie Mutismus.

Herr H. war zur Zeit des Unfalls Student der Betriebswirtschaft und befand sich am Ende der Ablösungsphase vom Elternhaus.

Gleich in der ersten Sitzung im Musiktherapieraum bestand er darauf, das Drumset zu spielen. Er gestikulierte mit Arm und Bein, um es mir deutlich zu machen. Mit ohrenbetäubendem Krach drosch er eine Dreiviertelstunde drauflos, sein Gesicht wutverzerrt, seine Gestik weit ausholend. Meine Versuche, gegen seinen Krach mit gleicher Lautstärke anzukommen, blieben erfolglos. Zum Schluß wollte er nicht aufhören. Ich mußte ihm schließlich die Schlegel wegnehmen. Nach dieser Stunde war ich für einige Stunden taub, taub vor Schmerz – sein Schmerz?

Die zweite Sitzung verlief ähnlich. Ich überlegte, die Therapie abzubrechen. Solidaritätsgefühle gaben den Ausschlag, es weiter zu versuchen, was bedeutete: nicht mehr gegen den Lärm ankämpfen, sondern ihn akzeptieren durch die Haltung des einfach nur Da-Seins.

In der dritten Stunde drohte die Gongwand umzufallen, weil er mit solcher Wucht und Dauerhaftigkeit dagegen schlug, daß alles in Schwingungen geriet. Mir wurde klar, wie wichtig es war, daß ich blieb, und diese Atmosphäre von extremer Aggression und Destruktion aushielt. Mein Weglaufen oder Aufgeben würde für ihn die Unaushaltbarkeit seiner Gefühle signalisieren.

Die fünfte Sitzung brachte den Durchbruch. Er begann wie üblich: vehementes, wütend-chaotisches Trommeln, ohne erkennbaren Mitteilungscharakter an mich. Ich beschloß, die Leier zu spielen. Da ich gehört werden wollte, stellte ich mich sehr nah zu ihm hin. Gewillt, mich seiner wütenden Lautstärke nicht mehr anzupassen, blieb ich bei meinem eigenen, sehr leisen Ausdruck. Zunächst ging mein Leierspiel in seinem Trommelgetöse unter, dann brach die Lautstärke ein, er hörte aufmerksamer zu, spielte leiser und rücksichtsvoller. Plötzlich machte er das Angebot einer rhythmisch geordneten Pop-Musik Begleitfigur. Indem er dieses Muster stetig wiederholte, erschien es mir im Sinne eines intentionalen Beziehungsangebotes. Ich antwortete zunächst durch rhythmisches Händeklatschen, bis mir der Beatles-Song „Hey Jude“ einfiel, den ich spontan zu singen anfang. Sofort paßte er die rhythmische Begleitfigur an das Lied an und markierte mit einem kräftigen Beckenschlag am Ende der ersten achttaktigen Periode die Zäsur. Folgerichtig wiederholte er diese Hervorhebung am Ende jeder achttaktigen Periode bis zum

Schluß des Liedes, dessen Ende er vorausdenkend mitvollzog. Dasselbe geschah mit weiteren Beatlesliedern, die ich noch versuchte. Er kannte sie offenbar alle und reagierte auf dieselbe vorausschauende, formal strukturierende Art. Er war sogar bereit, seine Lautstärke zurückzunehmen, wenn sie meine Stimme zu erschlagen drohte.

Was war bis zur fünften Stunde geschehen? Seine Antriebslosigkeit schlug in der Musiktherapie in ein vehementes Ausagieren an den Trommeln um. Von einer Vigilanzstörung oder einer minderen Auffassungsgabe war hier nichts zu spüren. Er zeigte eine unglaublich schnelle Reaktionsfähigkeit, formale Auffassungsgabe und lange Konzentrationsfähigkeit.

Ich erreichte offensichtlich seine noch gesunden Anteile, aber ebenso auch seine emotionale Verstörtheit. Wieder – wie schon vorher demonstriert – wurde die Diagnose durch die Hilfe eines nonverbalen Mediums geändert. Er würde keine Chance ohne dieses hörbare Dokument bekommen haben.

Nach diesen mehr diagnostisch relevanten Sitzungen konzentrierten wir uns auf die emotionale Kränkung und Demütigung durch das Geschehen selber sowie dem Umstand, daß sein Freund, der den Unfall verursacht hatte, unverletzt blieb. Nach vier Wochen gemeinsamer Arbeit begann er wieder zu sprechen – zunächst über seine Kränkungsaggression, die er vorher schon so eindrücklich nonverbal mitgeteilt hatte. Besonders fühlte er sich von den jungen Teammitgliedern wie z.B. den Pflegern tief gedemütigt, obwohl sie sehr freundlich mit ihm umgingen. Es war eine Verschiebung: Im Grunde war sein junger Freund gemeint, der sein gerade beginnendes Leben ruiniert hatte.

Dann fing er an, über die Zeit auf der Intensivstation zu erzählen: was an seinem Bett geredet worden sei... ein hoffnungsloser Fall... (wie die Ärzte gesagt hätten). Seine Habseligkeiten wären verteilt worden... über die Aussichtslosigkeit seiner Heilung geredet worden... Er erzählte es in abgehackten Sätzen. Ohne Kommentar. Mir verschlug es die Sprache... wie ihm seinerzeit!

Die erste Konsequenz seines verlorenen früheren Lebens half, der Realität ins Auge zu schauen: seine langjährige Freundin wollte ihn verlassen, wagte aber nicht, wirklich Schluß zu machen. Er fühlte es, aber wagte nicht zu fragen. Wir improvisierten über: „Ich hab’ Wut

auf meine Freundin, weil sie nicht herkommt ins Krankenhaus.“ Als er, wie gewohnt am Drumset, allein begann, schien er gefangen und verloren in seiner unendlichen Wut, chaotisch, strukturlos, ohne Halt im Metrum trommelnd. Nach einer Weile erst schaltete ich mich (am Klavier) ein und bot einen metrisch ordnenden Rahmen einschließlich kurzer rhythmischer Motive, die er beantworten konnte, da ich ihm Pausen ließ. Unterstützung durch Strukturierung und externen Puls war für ihn in diesem Moment entscheidend. Es schützte ihn davor, wie er mir später erzählte, von seinen tiefen, grenzenlosen Gefühlen fortgerissen zu werden. Er beantwortete die rhythmischen Motive und übernahm somit Verantwortung für die gemeinsame Gestaltung. Noch wurden die schmerzlichen Gefühle nur in der Klangsprache ausgedrückt, eine verbale Aufarbeitung wäre zu früh gewesen. Der Wut war er vehement ausgeliefert. Trauer aber konnte er noch nicht wahrnehmen, obwohl sie ihm schon im Gesicht geschrieben stand. Durch die Gleichzeitigkeit unseres Spiels erst, indem er einzig die Wut und ich, aus der Gegenübertragung heraus, vornehmlich die Trauer ausdrückte, wurde das ganze Spektrum seiner ihn beherrschenden Gefühle erlebbar, auch die ihm noch unbewußten.

Auf der Station wurde er zunehmend aggressiver. Er warf jeden Gegenstand, den er erreichen konnte, gegen jeden, der seinen Raum betrat. Das passierte hauptsächlich zur Einschlafenszeit. Er konnte seine Impulse nicht kontrollieren und die Konsequenz, die Einweisung in die Psychiatrie, nicht überschauen. Ich fand heraus, daß der besagte Freund ihn täglich besuchte. Das bedeutete eine nie abreißende Konfrontation mit dem Menschen, der ihm das Leben zerstört hatte. So konnten die Wunden nie heilen. Der Freund wurde daher gebeten, für eine Weile fernzubleiben.

In der Therapie entschied ich mich einerseits zur didaktischen Führung in rein sprachlicher Form: Dem Aufzeigen und Aussprechen der Konsequenz, der Einweisung in die Psychiatrie. Ich zeigte ihm die Grenzen aggressiven Handelns auf und machte deutlich, daß tätliche Angriffe nicht akzeptabel seien, wenngleich seine Wut durchaus verständlich sei.

Andererseits arbeiteten wir im klanglich-emotionalen Bereich an eben diesem Gefühl. So entstand die „Wutmusik“, eine achttaktige bekannte Boogie-Woogie-Melodie, die ich textlich unterlegte.

Immer noch konnte er seine Gefühle nicht ansprechen, weshalb ich stellvertretend für ihn sang und dabei die Ich-Form wählte. Nach wie vor wurde er von der formalen Struktur gehalten, was ihm half, seiner Wut ins Auge zu blicken. Alles chaotisch Ungeordnete hätte ihm nur Angst gemacht und ihn zum Aufhören oder Übertönen gezwungen, wie er mir später eingestand.

Als ich vom Wut-Lied zum moll-geöteten Trauermarsch mit den gesungenen Worten: „Warum – ich weiß die Antwort nicht“, wechselte, begann er zu überdecken und aus dem Metrum auszubrechen. Die Trauer war offenbar noch unerträglicher als die Wut.

Das wütende Schlagen wurde indes immer zwanghafter und befreite ihn nicht. Ich schlug darum vor, ein Lied zu komponieren in der Hoffnung, die Arbeit mit der Stimme würde ihm mehr Freiheit bringen. Zum ersten Mal nun mußte er bei der Textsuche all die kränkenden und demütigenden Dinge benennen, das aussprechen, was so tief verletzend war und ist (z.B. „mein 18jähriger Bettnachbar schaut zu, wenn ich gewandelt werde“. Oder: „Ich versteh' die Zusammenhänge bei einem Spielfilm im Fernsehen nicht und bin doch Student“).

Als er von mir um einen Refrain gebeten wurde, begann er spontan zu singen: „Faulsein ist schön.“ Er sang es rezitativisch in der Kindermelodik. Das war der erste Schritt zum antiphonalen Singen und zu stimmlichen Klangspielereien, manchmal in sehr lustiger, humorvoller Weise, manchmal in tiefe Gefühle hineingehend. Dann begann er von sich aus die Wutmusik zu singen. Er konnte zu seiner eigenen Wut stehen. Im Fortschreiten dieser Sitzung versuchte ich, seinen vehementen Zorn in einem Zusammenhang mit den Unfall zu bringen. Bisher hatte er nur Wut auf „die bösen Ärzte, die ihn ins Krankenhaus gebracht haben“. Er nahm meine Deutung an und begann die Ursache seiner destruktiven Impulse zu begreifen. Dennoch setzte er seine witzigen Stimmspiele fort und kombinierte sehr kreativ alle möglichen Variationen. Nach einiger Zeit kehrte er zum „Faulsein ist schön“ zurück. Ich griff es singend auf und untermalte mit einer pulsierenden Boogie-Begleitung. Im wechselseitigen Singen

versuchten wir uns zu übertreffen in der Steigerung „Faulsein ist schön... herrlich... wunderbar... affengeil. „.

Bald gesellte sich eine zweite Refrainzeile hinzu: „Krüppelsein ist schwer“. Ich unterlegte sie mit stockenden, dissonanten Akkorden, harmonisch ins Moll wechselnd. Auch hier suchten wir abwechselnd nach Steigerungen „... grauenvoll... mörderisch...“ Diesmal hielt er der Traurigkeit im musikalischen Ausdruck stand. Als Lachen möglich wurde, konnte er das Weinen annehmen. Am Schluß wurden Lustgewinn und Schattenseiten der Unfallfolgen miteinander verglichen: „Lieber gesund und arbeiten“, reflektierte er. Die Regression hatte Risse bekommen, ein Stück weit war er in Kontakt mit seinen gesunden Anteilen gekommen.

Kurz nach dieser Sitzung wurde er nach Hause entlassen, nach neun Monaten Krankenhauszeit. Er lebt jetzt zu Hause mit seinen Eltern, studieren oder etwas lernen ist nicht möglich. Aber er arbeitet einige Tage in der Woche in einer beschützenden Werkstätte. Laufen hat er wieder gelernt. Er hinterläßt den Eindruck, ein recht glückliches Kind zu sein, das nicht gegen sein Schicksal ankämpft, sondern versucht, die Situation, wie sie nun einmal ist, zu akzeptieren und das Beste daraus zu machen.

Zusammenfassung

Hirnläsion beeinträchtigt das Organ, das zur Krankheitsverarbeitung notwendig ist. Mit einem präverbalem Medium, das auf der konkreten Handlungsebene bleibt, ist es möglich, das intakte Innenleben eines Hirngeschädigten zu erreichen. Dadurch eröffnet sich auch bei eingeschränkter kognitiver Leistung die Chance zur emotionalen Krankheitsverarbeitung.

Durch die gemeinsame Gestaltung im Klang werden die so schwer aushaltbaren destruktiven Impulse für beide Beziehungspartner gleichermaßen erträglicher. Der Patient 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. Das zwischenge-

schaltete Medium macht es möglich, daß der Konflikt symbolisch ausgetragen werden kann, ohne daß es ein Zerstören geben muß. Destruktivität wird somit umgewandelt in konstruktive Kreativität. Die durch die Gleichzeitigkeit des Spiels entstehende Klang-Gestalt, das Symbol für den Konflikt, spiegelt das ganze innere Spektrum des Patienten, seine ihm zugänglichen, aber auch die abgespaltenen Gefühle wider. Auf diese Weise wird das ganze Spektrum der Trauerarbeit für ihn auf emotionaler Ebene erlebbar und damit dann der rationalen Bearbeitung zugänglich.

Schöpferisches Handeln impliziert Erleben von und Umgang mit Veränderung. Es impliziert ebenfalls, durch Verknüpfung verschiedener „Muster“ noch nicht erprobte Möglichkeit zu versuchen. Altes, Gewohntes, wird zu Gunsten von Neuem, Anderem, aufgegeben. Schöpferisches Handeln beinhaltet somit „wesentliche Aspekte der Lebenskunst überhaupt“ (Kast, 1986, S. 163). Der um sein verlorengegangenes Leben Trauernde bedarf der Aspekte des Schöpferischen, um Perspektiven für ein neues, gänzlich anderes Leben als körperlich und eventuell auch geistig „Behinderter“ entwickeln zu können. Er bedarf auch der Erfahrung des Probehandelns im geschützten Raum, um das Vertrauen in die Veränderbarkeit durch Wandlung im Handeln erlebend aufbauen zu können.

Literatur

- Alvin, J. (1976). *Music for the handicapped child*. Second Edition. Oxford: University Press.
- Bang, C. (1980). *A world of sound and music*. J. Brit. Assn. Teachers of the deaf 4.
- Beutel, M. (1988). *Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen*. Reihe: Psychologie in der Medizin, (Hrsg. U. Koch) Weinheim: VCH Verlagsgesellschaft, Edition Medizin.
- Cramon, D. von (1988). *Prognostische Faktoren*. In: Cramon, D. v., Zihl, J. (Hrsg.): *Neuropsychologische Rehabilitation* (S. 21-39). Berlin: Springer Verlag.
- Cramon, D. von (1988): *Planen und Handeln*. In: Cramon, D. v., Zihl, J. (Hrsg.) *Neuropsychologische Rehabilitation*, (S. 248-255). Berlin: Springer Verlag.

- Dörner, K., Plog, U. (1987). *Irren ist menschlich*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Feuser, G. (1988). Grundlegende Aspekte eines Verständnisses des kindlichen Autismus. *Musikther. Umsch.*, Bd. 9, Heft 1, S. 29-54.
- Gadomski, M., Jochims, S. (1986). Musiktherapie bei schweren Schädel-Hirn-Traumen. *Musikther. Umsch.*, Bd. 7, Heft 2, S. 103-110.
- Jochims, S. (1990). Krankheitsverarbeitung in der Frühphase schwerer neurologischer Erkrankungen. *Psychother. med. Psychol.* 40. Jahrg., Heft 3/4, S. 115-122.
- Jochims, S. (1991). Krankheitsverarbeitung und freie Improvisation. Zur Funktion aktiver Klanggestaltung am Beispiel der Trauerarbeit. *Musikther. Umsch.*, Bd. 12, Heft 1, S. 4-20.
- Jochims, S. (1991) Umgang mit Destruktivität. Chancen musiktherapeutischer Be-Handlung. *TW Neurologie, Psychiatrie*, Heft 9, S. 486-495.
- Jochims, S. (1992). Präverbaler Kontakt. Musiktherapie zur Erweiterung diagnostischer Möglichkeiten im Frühstadium schwerer Schädel-Hirn-Traumen. *ZFA* 68. Jahrg., Heft 16, S. 549-559.
- Kast, V. (1986) Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses. Stuttgart: Kreuz Verlag.
- Klein, M. (1989). *Das Seelenleben des Kleinkindes*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kohut, P. (1973). *Narzißmus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Loos, G. (1986). *Spiel - Räume*. Reihe: Praxis der Musiktherapie, Bd. 7. Stuttgart: G. Fischer.
- Mahler, M.S., Pine, F., Bergman, A. (1980): *Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Nitzschke, B. (1984). Frühe Formen des Dialogs. *Musikther. Umsch.*, Bd. 5. Heft 3, S. 167-187.
- Nordorff, P., Robbins, C. (1983). *Musik als Therapie für behinderte Kinder*. Stuttgart: Klett - Cotta Verlag.
- Nordorff, P., Robbins, C. (1986). *Schöpferische Musiktherapie*. Reihe: Praxis der Musiktherapie, Bd. 3. Stuttgart: G. Fischer.

- Parekh, H., Manz, R., Schepank, H. (1988). Life-Events, Coping, Social Support: Versuch einer Integration aus psychoanalytischer Sicht. *Zsch., psychosom. Med.* 34. Jahrg., Heft 3, S. 226-246.
- Poeck, K. (1989). Störungen von Antrieb und Affektivität. In: Poeck, K. (Hrsg.): *Klinische Neuropsychologie* (S. 323-330). Stuttgart/New York: Thieme.
- Prosiegel, M. (1988). Psychopathologische Symptome und Syndrome bei erworbenen Hirnschädigungen. In: Cramon, D.v., Zihl, J. (Hrsg.) *Neuropsychologische Rehabilitation* (S. 57-83). Berlin: Springer.
- Prosiegel, M., Säring, W. (1988). Bewegungsfolgen. In: Cramon, D.v., Ziehl, J. (Hrsg.) *Neuropsychologische Rehabilitation* (S. 264-274). Berlin: Springer.
- Rett, A., Wesecky, A. (1975). Musiktherapie bei hirngeschädigten entwicklungsgestörten Kindern. In: Harrer, G. (Hrsg.) *Grundlagen der Musiktherapie und Musikpsychologie* (S. 187-195). Stuttgart: G. Fischer.
- Reuter, B.M., Linke, D.B., Kurthen, M. (1989). Kognitive Prozesse bei Bewußtlosen? *Arch. Psychol.*, Bd. 141, Heft 3, S. 155-173.
- Richards, M. (1974). *The integration of a child into a social world*. Cambridge, England: Cambridge: University Press.
- Richartz, M. (1997). Entwicklungspsychiatrie. In: Kisker, K.P., Freyberger, H., Rose, H.-K., Wulff, E. (Hrsg.) *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (S. 38-61). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Sacks, O. (1989). *Der Tag, an dem mein Bein fortging*. Hamburg: Rowohlt.
- Schlösser, E. (1988). Zerebrale Läsionen. In: Koch, U., Lucius-Hoehne, G., Stegie, R. (Hrsg.) *Handbuch der Rehabilitationspsychologie* Berlin: Springer.
- Spitz, R. (1967). *Vom Säugling zum Kleinkind*, Stuttgart: Klett.
- Steffens, W., Kächele, H.: Abwehr und Bewältigung – Mechanismen und Strategien. Wie ist eine Integration möglich? In: Kächele, H., Steffens, W. (Hrsg.): *Bewältigung und Abwehr* (S. 1-50). Berlin: Springer.
- Stork, J. (1982). Die seelische Entwicklung des Kleinkindes aus psychoanalytischer Sicht. In: Eicke, D. (Hrsg.) *Tiefenpsychologie*.

Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. 2. Weinheim: Kindler.

Winnicott, D.W. (1974). Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Weinheim: Kindler.

Zihl, J. (1988). Methodische Voraussetzungen zur neuropsychologischen Rehabilitation. In: Cramon, D.v., Zihl, J. (Hrsg.) Neuropsychologische Rehabilitation (S.1-21). Berlin: Springer.

INGE BRACKE

Musiktherapie im Rahmen der Kinderonkologie

Music Therapy in a Pediatric Setting of Oncology

Music therapeutical work in a pediatric cancer department is not self-evident. The medical world has only begun, in the last few years, to interest itself in healing the whole person and not only the the body of a human. Music therapy is a part of the psychosocial treatment of cancerous children and juveniles, with the aim of maintaining the psychic health of the child and to assist normal development. Music therapy should seek a point of contact with insecurity, loss of control, the threat to self image and the negative feelings of the cancerous child. It can aid the child by offering ways of expressive behaviour and assist in getting the child to confront its illness, its fears and its uncertainties. Above all, for children unable to express themselves on a verbal level, music therapy can induce an important relationship. In this report music therapeutical attempts are presented by practical facts. It is not intended to refer to the influences of a better psychic treatment due to the somatic processes of the illness.

Die musiktherapeutische Arbeit auf einer Kinderkrebsstation ist nicht selbstverständlich. Die medizinische Welt hat sich erst in den letzten Jahren darauf besonnen, den ganzen Menschen zu behandeln und nicht allein den Körper des Menschen. Musiktherapie ist ein Teil der psychosozialen Betreuung von krebskranken Kindern und Jugendlichen, sie hat das Ziel, die psychische Gesundheit des Kindes zu erhalten und die normale Entwicklung zu unterstützen. Musiktherapie soll ansetzen bei der Unsicherheit, dem Kontrollverlust, der Bedrohung des Selbstbildes und den negativen Gefühlen des krebskranken Kindes. Sie kann dem Kind Ausdrucksmöglichkeiten anbieten und ihm helfen, mit seiner Krankheit, seinen Ängsten, seinen Unsicherheiten usw umzugehen. Vor allem für Kinder, die sich auf der verbalen Ebene nicht gut ausdrücken können, kann über die Musiktherapie eine wichtige Beziehungsmöglichkeit hergestellt werden. In diesem Beitrag werden anhand von Fallbeispielen musiktherapeutische Ansätze besprochen. Auf mögliche Einflüsse einer besseren psychischen Verarbeitung auf den somatischen Krankheitsprozess hingegen soll hier nicht eingegangen werden.

Vortrag im Rahmen des 2nd International Congress of the World Federation of Music Therapy Hamburg 1996

Einleitung

Durch die Initiative der ehemaligen Oberärztin Prof. Dr. Casteels-Van Daele wurde die Musiktherapie Teil der psychosozialen Betreuung der krebskranken Kinder auf der Abteilung für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie der Universitätsklinik U.Z. Gasthuisberg in Leuven (Belgien). Prof. Dr. Casteels-Van Daele hatte sich einen Vortrag über die Musiktherapie auf der Abteilung für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie der Universitätsklinik in Frankfurt am Main angehört, was einen tiefen Eindruck auf sie gemacht hat. Kurze Zeit danach hat sie sich entschieden, eine Musiktherapeutin anzustellen.

Unmittelbar nachdem ich meine musiktherapeutische Ausbildung in Wien abgeschlossen hatte (Oktober 1990), konnte ich im Kinderkrankenhaus mit der Musiktherapie anfangen. Es war ein unbekanntes Gebiet für alle Mitglieder der Station. Weil ich selbst vorher nie mit Kinderkrebspatienten konfrontiert wurde und sehr wenig Literatur über Musiktherapie mit krebskranken Kindern vorhanden war, wurde meine Arbeit maßgeblich geprägt durch folgende Fragen: Wie stelle ich zu diesen schwerkranken Kindern und Jugendlichen und deren Eltern eine Beziehung her, wie verhalte ich mich den Krankenschwestern und Ärzten gegenüber, wo und wie finde ich meinen Platz im Team? usw.

Die Erfahrung hat gezeigt, daß Musiktherapeuten, die mit krebskranken Kindern und Jugendlichen arbeiten, neben ihren psychotherapeutischen und musiktherapeutischen Kenntnissen und Erfahrungen ein gründliches Wissen über Entwicklungspsychologie, Theorien zu Todeskonzepten und medizinische Kenntnisse haben müssen. Sie müssen die psychosozialen Aspekte und die Folgen der Krankheit für diese Patienten kennen. Das Wissen über das spezifische Erleben des Krankseins des Kindes und des Jugendlichen ist eine Voraussetzung. Erfahrungen und Kontakte (zusätzlich zur Musiktherapie) mit den krebskranken Kindern und Jugendlichen sind wesentlich, um sich in ihre Welt einleben zu können.

Das krebskranke Kind

Die Überlebenschancen eines an Krebs erkrankten Kindes sind in den letzten Jahrzehnten erheblich gestiegen. Etwa 70% der Kinder mit Leukämie überleben ihre Krankheit. Andere Malignitäten haben Überlebenszahlen von 10 bis 90%.

Die Behandlung von Krebs ist intensiv, langfristig und beinhaltet sehr viele Nebenwirkungen. Manche sind reversibel: Übelkeit, Erbrechen, Gewichtsverlust, Haarverlust. Andere Nebenwirkungen wie Wachstumsrückstände, Übergewicht, Infertilität und Intelligenzabnahme sind irreversibel, treten aber nicht immer auf.

In der Literatur wird allgemein angenommen, daß ein Kind, das an Krebs erkrankt, nicht psychisch krank ist, es wird betrachtet als ein normal funktionierendes Kind. Wenn Krebs diagnostiziert wird und die medizinische Behandlung anfängt, muß das Kind jedoch mit einer extrem stressvollen Situation zurechtkommen, wodurch psychische Probleme auftreten können.

Kennzeichnend für die Situation der Kinderkrebspatienten sind:

- Unsicherheit (Unvorhersehbarkeit der fernen und unmittelbaren Zukunft, der eigenen Gefühle)
- Kontrollverlust (Kontrolle ist notwendig um psychisch gesund zu bleiben, das Kind wird abhängig, erfährt Beschränkungen, Overprotection durch Eltern, es hat wenig Kontrolle über den eigenen Körper und die Gefühle, es hat kaum Kontrolle über die Zukunft)
- Bedrohung des Selbstbildes (das Selbstbild wird verändert, vor allem bei Verstümmelung, Amputation, Abnahme der kognitiven und körperlichen Möglichkeiten, bei Problemen mit der sozialen Integration);
- negative Gefühle (Isolation, Angst, Schuldgefühle, Scham, Einsamkeit, Apathie, Bitterkeit, Verwirrung).

Kinder und Eltern entwickeln Strategien, um die Unsicherheit zu vermindern, um Kontrolle zu bekommen, um das Selbstbild zu behalten und zu beschützen und um die negativen Gefühle zu reduzieren. Bürgin (1985) stellt zu dieser Problematik fest: „Dieses plötzliche „Anders-Sein“ und diese akute Veränderung des emotionalen Klimas gleichen einer unmittelbaren Verwandlung der gesamten Erfahrungs- und Erlebniswelt des Kindes und entsprechen einem tiefen

Einbruch des bis dahin für sicher gehaltenen Bodens. Das Vertrauen in die Fähigkeit der Eltern, das Kind vor Schlimmem zu schützen, zerbricht. Einsam, ausgeliefert und hilflos bleibt dem jungen Patienten oft nur der Rückgriff auf frühere Verhaltens- und Erlebnisweisen, um die Angst zu reduzieren und eine frische Vertrauensbasis zu finden“ (zit. nach Griessmeier & Bossinger, 1994, s.9).

Setting

Es erscheint mir erwähnenswert, daß Musiktherapeuten auf einer Kinderkrebstation meistens nicht innerhalb eines psychotherapeutischen Settings arbeiten. Die meisten Mitglieder des onkologischen Teams der Kinderkrebstation in Leuven (Ärzte, Krankenpfleger, eine Sozialarbeiterin, eine Erzieherin, ein Pastor, verschiedene Lehrer und Physiotherapeuten) haben geringe psychotherapeutische Kenntnisse und Erfahrungen, nur wenige (die Psychologin und ich) arbeiten psychotherapeutisch.

Die psychosoziale Betreuung der Kinderkrebspatienten und ihrer Familien wurde in den letzten Jahren mehr und mehr ausgebaut. Auch die Musiktherapie hat hier allmählich einen Platz bekommen. Trotzdem gibt es Faktoren, welche die musiktherapeutische Arbeit nicht immer leicht machen.

Dauer und Frequenz der Aufnahmen im Krankenhaus sind abhängig von der Notwendigkeit der jeweiligen medizinischen Behandlungen. Es gibt für die musiktherapeutische Arbeit nur wenige Möglichkeiten hinsichtlich einer Erhaltung der Kontinuität. Die einzigen diesbezüglichen Faktoren sind meine Anwesenheit auf der Abteilung, meine Person, die zur Verfügung steht und meine kontinuierliche therapeutische Haltung.

Der Musiktherapieraum, den ich mit der Psychologin teilen muß, steht nicht immer zur Verfügung, das heißt, daß ich mit den Kindern auch in den Krankenzimmern arbeiten oder einen anderen Raum suchen muß. Die Patienten kommen freiwillig in die Musiktherapie, es gibt keine festen Therapiezeiten, man kann den Tag nie vorher planen. Die Musiktherapiesitzung kann jederzeit gestört werden: Medikamente müssen verabreicht werden, die Lehrerin kommt, die Ärztin schaut vorbei u.a.m. Die Abteilung verfügt über

ein Rooming-in-System : ein Elternteil (meistens die Mutter) ist Tag und Nacht beim kranken Kind.

Wir sind viele auf der Station, die dem Kind und seiner Familie eine optimale Behandlung und Begleitung anbieten möchten, jeder will mit dem kranken Kind und seiner Familie eine Beziehung aufbauen und oft kann man eine unausgesprochene Konkurrenz spüren. Vor allem bei den sympathischen Kindern möchte man die wichtigste Person in den schwierigsten Lebensmomenten des krebskranken Kindes und seiner Familie sein. Viele Teammitglieder sind sich darüber nicht bewußt.

Die Erwartungen gegenüber der Musiktherapie sind vor allem Ablenkung, Spaß und das Genießen von Musik. Vor allem das Team (das oft die Musik mithört) und die Eltern möchten, daß die Musiktherapie dem Kind Möglichkeiten bietet, Abstand von der Krankheit zu nehmen und in eine normale (körperlich und psychisch gesunde) Kinderwelt eintreten zu können. Zu sehen, daß die Kinder Spaß haben – trotz ihrer Krankheit – hilft den Eltern immer wieder, Mut zu fassen, ebenso hilft es dem Team, die schwere Arbeit besser zu tragen.

Es ist noch immer schwer, dem Team verständlich zu machen, daß die Musiktherapie an die Erlebnisswelt des kranken Kindes anschließt und Möglichkeiten bieten kann, die Krankheit auf einer symbolischen Ebene zu verarbeiten, mit anderen Worten: daß die Musiktherapie auf diese Weise ihre spezifische psychotherapeutische Wirkung hat.

Die Ergebnisse der Musiktherapie sind für das Team möglicherweise zu wenig spürbar oder auch zu langfristig erreichbar, um sie richtig fassen zu können. Hat ein Kind z.B. Schmerzen, dann bekommt es ein Medikament dafür und die Schmerzen werden gelindert (das Ergebnis ist konkret und kurzfristig erreichbar). Ist ein Kind depressiv, dann soll ich oder meistens die Psychologin zu ihm gehen. Das Team hat die Erwartung, daß nach der Stunde die depressiven Gefühle des Kindes verschwinden, ist dies nicht so, dann bekommt das Kind oft ein Antidepressivum.

Vorträge über Musiktherapie sind nicht ausreichend, um das Team in die abstrakte Welt der Gefühle und der Symbolik, die die Kinder in der Musiktherapie zeigen, einzuführen. Eine wirksamere

Möglichkeit könnte sein, den Teammitgliedern musiktherapeutische Erfahrungen anzubieten und sie auf diese ganz direkte Weise die Wirkung der Musiktherapie spüren und somit klarer werden zu lassen. Die Integration der Musiktherapie ist ein ständiger Prozeß mit immer wieder schwierigen Momenten. In Zeiten, in denen es mehreren Kindern schlecht geht, spürt man eine sehr große Spannung im Team, und die Integration der Musiktherapie wird dann wieder schwieriger. Auf diese Weise lernte ich spüren, was auf der Abteilung passiert und ebenso, mir behutsam einen Weg zu bahnen.

Die Konfrontation mit dem Tod oder dem Kampf um das Leben gibt dem Leben der Eltern und Kinder, aber auch dem Leben aller Mitglieder des Teams andere Dimensionen.

Die Musiktherapie

In meiner musiktherapeutischen Arbeit gehe ich von der extrem streßvollen Situation, in der sich die krebskranken Kinder befinden, aus: Unsicherheit, Kontrollverlust, Bedrohung des Selbstbildes und negative Gefühle kennzeichnen ihre Lebenssituation. Jedes Kind sucht eine Art, um mit dieser Situation umzugehen. Eine völlige Akzeptanz des Kindes heißt, daß auch ich die Copingstrategien des Kindes (auch wenn es sich hier um Verneinung und Vermeidung handelt) akzeptieren muß. Es besteht die Gefahr, daß Musiktherapeuten, die mit Patienten arbeiten, die eine lebensbedrohliche Krankheit haben, Themen, die sie selbst nicht verarbeitet haben (z.B. Tod und Angst vor dem Tod) problematisch in die Therapie einbringen. Musiktherapeuten, die mit krebskranken Kindern arbeiten, sollten sich besonders davor hüten, die Therapie in eine Richtung zu lenken, die den Bedürfnissen des Kindes nicht entspricht. Sie müssen die Bedürfnisse des Kindes, das psychisch und physisch sehr verletzlich ist, spüren und darauf eingehen, damit das Kind gestützt wird und sich verstanden fühlt.

Bedrohung des Selbstbildes

Viele krebskranke Kinder greifen auf frühere (sichere) Verhaltensweisen zurück, um ihre Lage aushalten zu können (Regression).

Sie haben oft eine sehr enge Beziehung zu ihrer Mutter. Die Musiktherapie kann Möglichkeiten bieten, aus der Regression herauszutreten und Schritte in Richtung einer normalen Entwicklung zu machen. Das Beispiel von Anne zeigt, wie ein Kind sich wieder auf die adäquate Entwicklungsebene begeben kann.

Anne, ein dreijähriges Mädchen, hatte gerade einen Rückfall erlitten. Es ging ihr sehr schlecht. Sie wollte nur mit dem Schnuller und dem Bärchen (Übergangsobjekt) im Kinderwagen herumgefahren werden. Nach längerem Drängen kam sie in das Musiktherapiezimmer, zusammen mit ihrer Mutter. Ich sang für sie vertraute Kinderlieder und spielte auf dem Klavier. Die erste Sitzung war kurz, Anne war sehr ruhig. Am nächsten Tag kam sie wieder und spielte auf dem Klavier ein bißchen mit; ihre Mutter sang dazu. In der vierten Therapiestunde gab sie ihrer Mutter den Bär und nach einer Weile auch den Schnuller. Sie spielte auf dem Klavier und sang leise mit. Anne kam gerne in die Musiktherapie und liebte es, die Instrumente auszuprobieren, immer als Begleitung zu den Kinderliedern, die ihre Mutter und ich für sie sangen. Eines der Lieder war: „Ich sah zwei Bären Brötchen streichen“ (ein sehr bekanntes Kinderlied in Belgien, bzw. in Flandern). Wir änderten den Text und sangen von Papa, der zur Arbeit gehen muß, vom Bruder, der in die Schule geht usw. Dann sang Anne selbst eine neue Version des Liedes: „Ich sah zwei Giraffen die Mama bestrafen“. Die Mutter konnte akzeptieren, daß Anne das sang, fragte aber nach. Warum singst du so? Bist du böse? Anne meinte, die Mama habe sich aufgeregt, weil sie ihre Pillen nicht schlucken wollte, daß sie böse sei, weil diese sie immer dazu anhalte, diese Pillen zu schlucken, und weil sie nach Hause gehen wolle usw. Die Mutter erklärte darauf ihrer Tochter, warum sie diese Pillen schlucken müsse, warum sie noch im Krankenhaus bleiben müsse, und sagte, es sei sehr schlimm, daß sie so krank sei. Anne schien dies zu akzeptieren. Nach diesem kurzen Gespräch und einem anderen Lied gingen beide in ihr Zimmer zurück. Eigentlich konnte Anne ihre Gefühle nicht richtig loswerden: ihre Wut, die sie ihrer Mutter gegenüber (wichtigste Vertrauensperson) zeigte, wurde durch die Worte der Mutter stark gebremst, indem sie Anne eigentlich sagte, daß sie ihr nicht böse sein solle, und daß sie auch nichts dafür könne, daß Anne krank sei. Anne hatte aber genügend

Gründe (die Krankheit an sich, die Aufnahme im Krankenhaus usw.) um böse zu sein, aber die Mutter war in dem Moment nicht imstande, diese negativen Gefühle ihrer Tochter mitzutragen. Anne und ihre Mutter wurden trotzdem „richtige Musiker“, und wenn heute Spannungen auftauchen, können sie diese in der Musiktherapie austragen.

Rückschau: Wir sehen, daß Anne von ihren regressiven Verhaltensweisen (die von mir getragen werden), Abstand nehmen kann. Die Musik und die Lieder, die ich vorspiele, passen zum emotionalen Zustand ihrer Regression (Wiegenlieder, ...). Durch die Musik entsteht ein intermediärer Raum, Anne bekommt die Möglichkeit, sich in diesen intermediären Raum hineinzubewegen und fängt an, mitzuspielen. Sie gibt den Bär und den Schnuller her. Die Musik schafft also einen (intermediären) Raum, in dem Kommunikation und Spiel möglich werden. Die Musik ändert sich mit dem Verhalten Annes. Ich singe Lieder, die ihrem Alter mehr entsprechen, nachdem sie gezeigt hat (durch das Hergeben des Schnullers und des Bärs), daß sie bereit ist, einen Schritt in Richtung Loslösung von der Mutter zu machen. Nachdem sie sich in diesen intermediären Raum hineinbewegt hat, kann sie auch Konflikte in die Musiktherapie bringen, indem sie den Text des erwähnten Liedes ändert.

Akzeptanz (musikalisch und in dem Verhalten der Musiktherapeutin) hilft dem Kind, sich selbst zu akzeptieren. Die gesunden Teile des kranken Kindes sollen angesprochen werden: die Kreativität, das Erlernen eines Musikinstrumentes (man ist jemand wenn man etwas tun kann, etwas leisten kann). In welcher Weise das Spielen mit Noten sehr sinnvoll sein kann, zeigt uns das Beispiel von Lukas, einem zehnjährigen Buben.

Infolge seiner Krankheit durfte Lukas u.a. keinen Sport mehr treiben. Er lernte im Krankenhaus, mit großer Hingabe auf dem Keyboard zu spielen. Nach seiner Behandlung fing er dann an, Musikstunden zu nehmen und konnte so seine anderen Beschränkungen besser akzeptieren.

Es ist wichtig festzustellen, daß auch hier die Haltung des Musiktherapeuten eine akzeptierende ist. Nicht das pädagogische (musikalische) Ergebnis steht im Vordergrund, sondern das Gefühl des Kindes, etwas leisten zu können trotz seiner Krankheit. Oft

kann aus diesem gemeinsamen Musizieren eine Beziehung entstehen, die weit mehr als eine rein pädagogische Beziehung darstellt.

Unsicherheit und Kontrollverlust

Ich versuche, den krebskranken Kindern in der Musiktherapie sowohl Sicherheiten (eine sichere stressfreie Situation, bekanntes und vertrautes musikalisches Material) anzubieten, als auch die Möglichkeit zu bieten, ihre Unsicherheiten auszudrücken. Freie Improvisationen können sehr viel Unsicherheit auslösen: Sie drücken aus, was sich auf der sowohl bewußten als auch unbewußten Ebene in jemandem abspielt, sie sind ein Spiegel der Erlebnisse wie Angst vor Kontrollverlust und Unsicherheit des krebskranken Kindes. Es ist also selbstverständlich, daß die Kinder, die Angst haben und unsicher sind, eine sehr große Hemmung zur freien Improvisation empfinden. Es hat daher keinen Sinn, die Musiktherapie in diese Richtung der freien Improvisation zu lenken. Die Kinder zeigen selbst, wann sie zum Improvisieren bereit oder fähig sind. Man könnte hier eine Beziehung sehen zum Individuationsprozeß des Kleinkindes (vgl. Mahler, 1979), das die Mutter loslassen kann und in die Welt hineintreten kann, wenn es sich sicher und getragen fühlt. Weil die Welt des krebskranken Kindes sehr bedrohlich ist, braucht es besonders viel Sicherheit (häufig z.B. eine symbiotische Beziehung zur Mutter). Kann es – wie so oft – nicht loslassen, so kann es auch nicht improvisieren.

Meistens spielen die Kinder am Anfang des musiktherapeutischen Prozesses bekannte Lieder mit, wobei ich ihnen die Möglichkeit lasse, sich musikalisch zu äußern. Die Lieder bieten dem Kind eine Struktur und sind ihm vertraut. Der Inhalt des Liedtextes, die Bedeutung der Worte (digitale Ebene) kann, muß aber nicht von Bedeutung für das Kind sein. Es ist möglich, daß die analoge Ebene an sich (der musikalische Ausdruck, die Art und Weise wie das Lied gesungen wird) eine Bedeutung hat, noch ohne Verbindung zu dem Inhalt des Liedes. Einige Beispiele sollen zeigen, wie krebskranke Kinder ihre Gefühle des Kontrollverlusts und ihre Unsicherheit zeigen und wie sie damit in der Musiktherapie umgehen.

Lotte, ein Mädchen von 16 Jahren wollte mit den Instrumenten nicht improvisieren und sagte zu mir :“ In einer Improvisation weiß ich nicht, was kommen wird, es macht mir Angst“. Sie drückte ihre Angst vor Kontrollverlust aus, bzw. ihre Angst vor ihren eigenen Gefühlen (von Wut und Trauer), die sie nicht kontrollieren konnte. Sie brauchte während des ganzen Krankheitsprozesses Situationen, in denen sie keine Angst haben mußte, in denen sie sich sicher fühlen konnte. Ich spielte mit ihr vor allem bekannte Lieder auf dem Klavier, und wenn es ihr schlecht ging, spielte ich ihr auf der Gitarre vor.

Ein fünfjähriges Mädchen „hackte mir in einem Paukenüberraschungsspiel immer die Hände mit den Paukenschlägeln ab“ und zeigte mir mit dieser Inszenierung Gefühle, die ich als „es nicht mehr in der Hand zu haben“ verstand.

Lisa wurde mit 6 Jahren im Krankenhaus aufgenommen. Als ich ihr bei der ersten Aufnahme begegnete, wirkte sie auf mich sehr offen und spontan, aber sie hatte ihren Namen geändert. Zu Beginn der Behandlung sah ich sie selten und als Lisa dann zu mir kam, wollte sie mit Noten spielen. Sie spielte z.B. „Frère Jacques“, und als sie das Keyboard kennengelernt hatte, wollte sie darauf spielen lernen. Lisa war sehr unsicher und wollte keine Fehler machen. An dem Tag, an dem sie ihre letzte Chemotherapie bekam und danach wieder nach Hause gehen durfte, kam sie noch einmal zur Musiktherapie. Am Anfang der Stunde war sie noch sehr kontrolliert und spielte auf dem Keyboard. Danach wollte sie „trommeln“ und fing eine Reihe von Improvisationen an. Wir spielten eine ganze Stunde lang. Zuerst spielte sie noch unsicher auf der Pauke, wurde dann aber immer freier und probierte im weiteren Verlauf fast alle Instrumente aus. Anschließend meinte die Mutter (die teilweise mitgehört hatte), sie sei so froh zu hören, daß ihre Tochter sich loslassen konnte in der Musik. Für sie war es belastend, daß Lisa sich während der Behandlung so verändert hatte, „ich kannte meine Tochter nicht mehr“. Jetzt sah sie, daß Lisa, die vor der Behandlung spontan und offen war, ihre Spontanität nicht verloren hatte und daß sie ihre fast krampfartige Kontrolle wieder aufgeben konnte. „Meine Lisa ist wieder da“. Dabei ist wichtig, zu sehen, daß Lisa noch im Krankenhaus den ersten Schritt machte, die Kontrolle zu lösen. Ich sehe ihr

Spiel als einen Versuch, aus der Krankenrolle auszubrechen (in der sie viele Sicherheiten brauchte), anhand von Musik (intermediärer Raum) konnte sie wieder spielen und improvisieren und zeitweise ihre Kontrolle aufgeben. Dies war für Lisa ein wichtiger Schritt in die Zukunft, der erster Schritt in das normale Leben.

Negative Gefühle

Erst wenn ein Kind sich akzeptiert und sicher fühlt, kann es seine negativen Gefühle äußern. Der Musiktherapeut kann den negativen Gefühlen gegenüber entweder tröstend auftreten (palliative Musiktherapie, psychisches und körperliches Leiden lindern) oder dem Kind Ausdrucksmöglichkeiten anbieten. Bei beiden Arbeitsweisen ist Containment das Schlüsselwort.

Trost

Wie Schmerzen durch Empathie und die Akzeptanz der negativen Gefühle des Kindes gelindert werden können, zeigt das Beispiel von Andreas.

Andreas ist ein fünfjähriger Junge. Ich kenne ihn schon eine Weile, und er liebt es, zu musizieren und die „Samsonlieder“ zu singen (Samson ist ein „Fernseh-Hund“, den fast alle Kinder lieben). Eines Tages wurde er im Krankenhaus aufgenommen mit Bauchschmerzen. Als ich zu ihm ins Zimmer ging, wußte ich noch nicht, wie schlecht es ihm ging. Ich fragte, ob er Musik machen wolle. Andreas sagte „ja“, und als ich mit den Musikinstrumenten in das Zimmer zurück kam, waren gerade einige Krankenschwestern bei ihm und versuchten mit ihm, ein lustiges Lied zu singen. So sang ich ein Indianerlied und Andreas wurde sogar als Indianer verkleidet. Dann aber sah ich, wie schlecht es ihm wirklich ging, seine Augen schienen Funken zu sprühen und Pfeile zu schießen. Singend gingen die Krankenschwestern wieder hinaus und ich versuchte, auf Andreas' Gemütsverfassung einzugehen. Ich spürte Gefühle wie Schmerz und Trauer. Ich spielte auf der Gitarre und sang Lieder für ihn, und versuchte, diese Gefühle in die Musik miteinzubringen (Containment). Zuerst spielte er noch mit, aber dann wollte er ins

Bett gehen und bat mich, noch weiter zu spielen und zu singen. Eine viertel Stunde später schlief er ein. Ausgelöst wurde Andreas' Aggression durch die scheinbar fröhliche, aufgesetzte Musik, die er in dem Moment überhaupt nicht ertrug. Von mir wurde die Aggression akzeptiert und gehalten, Andreas konnte dadurch loslassen und sich entspannen. Andreas' Gefühle wurden in die Musik, die ich spielte, übersetzt und gaben ihm das Gefühl, verstanden zu werden und nicht allein mit diesen Gefühlen zu sein (Containment). Diese empathische Reaktion (das Spielen der richtigen Musik) beruhigte ihn und konnte seine Schmerzen lindern.

Musikalischer Ausdruck

Nicht alle Kinder, die an der Musiktherapie teilnehmen, sind in der Lage, ihre Gefühle zu äußern. Die Kinder brauchen sehr viel Vertrauen und Sicherheit, um musikalisch (durch Singen oder Improvisieren) ihre Gefühle auszudrücken. Das empathische Mitspielen des Musiktherapeuten gibt dem Kind das Gefühl, verstanden zu werden. Diese Gefühle werden oft nicht verbal aufgearbeitet. Der Musiktherapeut fängt die Gefühle des Kindes in seinem Spiel auf. So ist es nicht mehr alleine mit seinem Gefühl, das durch den musikalischen Ausdruck und das Zusammenspiel geteilt wird und das durch den Musiktherapeuten mental „verdaut“ wird. Er bringt Struktur ins Spiel und macht die negativen Gefühle für das Kind erträglich.

In der Anfangszeit meiner Arbeit auf der Station lernte ich Stephan (12 Jahre alt) kennen. Schon am Anfang seiner Chemotherapie kam er gerne, um mit mir zu musizieren und auch auf den Instrumenten zu improvisieren. Nach einigen Stunden klangen Gefühle von Trauer, Wut und Angst in den Improvisationen durch. Als ich fragte, wie es ihm gehe, meinte er, die Musik sei traurig, weil er nicht nach Hause gehen dürfe, weil er seinen Bruder sehr vermisse, usw. Eines Tages stellte er die Trommel so auf, wie er es zuvor nie getan hatte. Er fing sehr laut und aggressiv an zu spielen, schlug ab und zu zart auf das Xylophon und dann wieder sehr laut mit den Congas und auf die Pauke. Ich spielte auf dem Klavier mit und versuchte, Struktur in sein Spiel zu bringen. So brachten wir zusammen

seine Gefühle zum Ausdruck. Nach dem Spiel sagte ich, er habe sehr laut gespielt. Stephan meinte, er sei sehr böse, und zwar auf die Ärzte. Die Congas stellten die Ärzte dar, sie gaben ihm den Eindruck, daß sie ihn krank machten anstatt ihn zu heilen (Nebenwirkungen der Chemotherapie). Das Xylophon, worauf er sehr zart spielte, war seine Familie. Mein musikalisches Einsteigen auf sein Spiel machte es ihm möglich, sich zu entladen und seine Gefühle verbal mitzuteilen.

Franz ist ein Junge von 12 Jahren. Er kommt immer wieder gerne um zu improvisieren. Er liebt vor allem die Gitarre und das Schlagzeug. Ich kenne ihn schon längere Zeit, weiß aber nicht, wie groß sein Vertrauen mir gegenüber ist. Als er anfangs in die Musiktherapiestunde kam, war er zuerst sehr geladen und spielte sehr laut auf den Congas und auf der Pauke. Sofort danach wollte er die Gitarre. Ich spielte sehr behutsam auf dem Keyboard mit. Das Spiel war sehr intensiv, ich spürte Gefühle der Trauer und Einsamkeit. Franz mag die Gitarre. Nach einer Pause spielten wir weiter. Als ich nach dem Spiel sagte, ich hätte den Eindruck, daß es ihm nicht so gut gehe, sagte er, er habe gerade erfahren, daß es Fritz, den er gut kannte, nicht gut ginge und daß er deswegen traurig sei. Er sagte nicht, daß er erfahren hatte, daß Fritz gestorben war, deswegen wagte ich es nicht, darauf einzugehen (auf der Station wird meistens über den Tod der Kinder geschwiegen). Wir spielten aber weiter und ich hatte den Eindruck, daß es so für Franz in Ordnung war. Da Franz danach aus dem Krankenhaus entlassen wurde, und ich ihn nach drei Wochen später wiedersah, sprach ich nach der Stunde mit der Mutter. Die Mutter sagte zu mir, sie habe ihm vom Tod des Fritz erzählt und ich teilte ihr meinen Eindruck mit, daß ihn das noch sehr beschäftige. Die Mutter, die einen guten Kontakt zu ihrem Sohn hat, war froh, daß ich ihr das erzählte. Sie nahm sich dann vor, zusammen mit ihm eine Karte an die Familie von Fritz zu schicken und mit ihm über seine Gefühle zu reden. Bei der nächsten Aufnahme erzählte sie mir, daß sie ein gutes Gespräch mit Franz hatte und daß sie – wie vorgenommen – die Karte weggeschickt hätten. Die musikalische Improvisation machte es für Franz möglich, seine Gefühle zu äußern und diese mit mir zu teilen. Nachher

sprach Franz nicht mehr darüber, er hatte diesem traurigen Geschehen einen Platz in seinem Leben geben können und fühlte sich wieder besser.

Karin ist ein Mädchen von acht Jahren. Sie bekommt eine sehr schwere Behandlung und ist oft in ihrem Zimmer isoliert. Sie ist sehr still und schüchtern. Ich gehe sehr oft zu ihr und singe bekannte Kinderlieder für sie. Sie spielt kaum mit und ich höre sie sehr leise flüstern. Sie mag es aber, daß ich zu ihr komme und so singe ich immer wieder ihre Lieblingslieder, die sie jetzt schon selbst auswählt. Karin liebte ein Lied von einem kranken Häschen, das aber schnell wieder gesund wird. Als ich vorschlug, selbst ein Lied zu machen, ging Karin gerne darauf ein. Die Geschichte des Häschens wurde die Geschichte der Karin. Sie erzählte mir von ihren Erlebnissen im Krankenhaus, von ihrer Angst, von ihrer Wut, vom Haarverlust, auch von den angenehmen Dingen wie z.B. den Geschenken, die sie bekommen hatte. Sie erzählte, und ich sang ihre Geschichte. Anderen gegenüber blieb sie still und schüchtern. Meine Akzeptanz ihres Verhaltens (sie muß nicht mitsingen oder mitspielen) trug dazu bei, daß sie sich freier fühlte und es ihr somit möglich wurde, ihre Erlebnisse zu erzählen. Die Beschäftigung mit bekannten Liedern war notwendig, damit Karin sich sicher fühlen konnte und die Situation in der Musiktherapie zumindest teilweise kontrollieren konnte.

Hans war fünf Jahre alt bei seiner Aufnahme. Auch er liebte das „Samsonrepertoire“. Am Anfang seiner Behandlung machte er gerne Musik. Meistens spielte er sehr laut, sang und schrie und hatte immer viel Spaß. Nachdem Hans einen Rückfall erlitt, wollte er mich nicht mehr regelmäßig sehen. Nur noch ab und zu wollte er Musik machen, meistens aber schickte er mich weg, wenn ich zu ihm kam. Er war oft isoliert auf dem Zimmer und durfte dort auch nicht laut sein (Lärm für andere Patienten). Somit mußte ich ihn immer wieder bremsen und fühlte mich damit recht unbehaglich. In der Folge schickte mich Hans einige Monate hindurch immer weg wenn ich kam und regte sich sehr auf – er wollte mich nicht mehr sehen. Ich hielt aber durch und ging immer wieder zu ihm, um mich zu erkundigen, wie es ihm gehe und ob er nicht doch Musik machen

wolle (negative Gefühle, die auf mich projiziert werden, werden gehalten und ertragen). Hans mußte dann eine Knochenmarktransplantation über sich ergehen lassen. Nach der Transplantation sprach Hans kaum noch, er war sehr zurückgezogen, aß nicht mehr, regredierte. Er wollte aber Musik machen. Wichtige Schritte im musiktherapeutischen Prozess waren getan, die es Hans möglich gemacht hatten, aus seiner Regression hervorzutreten und einen Teil seines Krankseins auf symbolischer Ebene zu verarbeiten. Als wir wieder mit den Musiktherapiestunden anfangen, hatte Hans mit dem Keyboard zuerst nur „geschossen“. Dieses Verhalten wurde von mir akzeptiert und Hans begann, sich anders zu verhalten. Er spielte sehr laut auf den Instrumenten (er durfte wieder aus seinem Zimmer heraus) und schrie viel. Später fing er an, wieder zu singen. Sein Spiel wurde kreativer und differenzierter und er brachte sogar lustige Elemente in die Lieder ein (spontane Textänderungen). Dann sangen wir (Improvisationen) über die Erlebnisse eines Schweinchens, die seine eigenen Erlebnisse widerspiegelten.

Hier eine Kurzfassung dieser Lieder:

Ein Schweinchen (Freddy) betrinkt sich und wird ganz irre wie ein Huhn (so wie Hans sich oft fühlte). Papa und Mama sind sehr böse auf Freddy (es könnte sein, daß Hans seine Krankheit als eine Strafe erfährt oder daß er sich schuldig fühlt an seiner eigenen Krankheit). Freddy sagt, er werde das nie mehr machen. Er betrinkt sich aber wieder und wird im Keller eingesperrt (bezieht sich auf Hans' Isolation. Es ist möglich, daß Hans die Isolation als Strafe versteht). Er bricht aus und geht viel essen, nur fette Dinge, und wird so dick wie ein Ochs (Bedürfnis nach oraler Befriedigung). Danach ist die Rede von einem anderen Schweinchen, nämlich Eddy (Eddy könnte den Bruder oder das Über-Ich von Hans darstellen). Sie spielen zusammen im Schlamm (Beziehung zur analen Stufe, Hans hat auch Sauberkeitsprobleme). Papa und Mama sind böse. Die Schweinchen müssen draußen schlafen. Es fängt an zu regnen, sie werden wieder sauber. Sie dürfen hinein, möchten aber draußen essen (sind trotzig). Später spielen sie im Garten. Eddy versteckt sich in einem Baum und gewinnt das Spiel. Er zeigt Freddy, wie er in den Baum geklettert und auf den Boden gesprungen ist. Freddy versucht

es auch, bricht sich aber den Arm und das Bein. Er muß ins Krankenhaus (Freddy schafft nicht, was sein Bruder macht, auch Hans erfährt viele persönliche Beschränkungen). Im Krankenhaus werden Bein und Arm amputiert. Hier werden die Lieder abgeschlossen: „Jetzt ist die Geschichte fertig“ sagt Hans. (Könnte dies daraufhin deuten, daß Hans für sich schon ein schlimmes Ende voraussieht ?)

Nachher sangen wir nicht mehr über Eddy und Freddy. Nur wenige Musiktherapiestunden fanden noch statt. In diesen sangen wir „Samsonlieder“ und Hans verweigerte wieder den Kontakt. Ich sah ihn dann später bei seiner neuerlichen Aufnahme im Krankenhaus als er einen weiteren Rückfall erlitt. Einige Musiktherapiestunden, in denen Hans zu mir sehr lieb war, fanden statt, dann aber verweigerte er völlig den Kontakt. Meinem Gefühl nach war damit für Hans die Musiktherapie abgeschlossen. Er durfte nach Hause gehen und konnte noch kurze Zeit genießen, mit seiner Familie und seinem Hund zusammen zu sein. Bald aber wurde das unglückliche Ende seines Liedes Realität. Hans starb sehr friedlich bei seiner Familie zu Hause.

Schlußbemerkung

Der Einsatz von Musiktherapie auf einer Kinderkrebstation bleibt eine Herausforderung. Das Klima, in dem um das Leben der kranken Kinder gekämpft wird, erzeugt sehr oft Spannungen im Team. Sich in diesem fast ständigen Spannungsfeld behutsam zu bewegen, fordert eine sehr große Flexibilität des Musiktherapeuten.

Die Musiktherapie hat allmählich einen Platz bekommen auf der Kinderkrebstation in Leuven. Für viele Kinder hat(te) die Musiktherapie eine sehr große Bedeutung. Die psychotherapeutische Kultur muß aber noch weiter entwickelt werden.

Das wichtigste Ergebnis der Musiktherapie ist, daß gerade die Kinder, die wenig verbale Möglichkeiten haben oder Kinder, die „verstummen“ während ihrer Krankheit, mittels Musiktherapie dazu kommen, ihre Gefühle, Phantasien und Erlebnisse auszudrücken und zu verarbeiten. Auf diese Weise kann die Musiktherapie dazu beitragen, die schwere Krankheit leichter zu tragen.

Anmerkung: Mit dem Ausdruck „Kinderkrebspatienten“ sind genauso die Jugendlichen gemeint, die normalerweise auch auf der Kinderkrebsstation behandelt werden.

Literatur

- De Backer, J. und Van Camp, J. (1996). Muziek in de behandeling van psychotische patiënten. In : De Hert, M (Hrsg.), Zin in Waanzin. Berchem: EPO vzw, S. 179-192.
- Griessmeier, B. und Bossinger, W. (1994). Musiktherapie mit krebskranken Kindern. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Mahler, M. S. (1979). Symbiose und Individuation. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Van Dongen-Melman, J. (1995). On surviving childhood cancer. Late psychosocial consequences for patients, parents and siblings. Ablasserdam: Haveka.
- Winnicott, D.W. (1987). Vom Spiel zur Kreativität . Stuttgart: Klett-Cotta.

HANNA FAK / BRIGITTE SCHMIDTMAYR

Musiktherapie ohne Musik?

Grenzen des Mediums Musik in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen

Music Therapy without Music?

Limits of the Medium Music in the Therapy of Children and Juveniles

This contribution, as well as the seminar of the same name, tries to illuminate possible backgrounds to the phenomena that for children and juveniles in music therapy music is often set aside, denied, estranged, enlarged or replaced by other media. The following aspects, amongst others, are deemed to be relevant: Therapy contract/ optionality; special phases of development; phases in the therapeutic process; phenomena of resistance; the expectations of the therapist, patient and parents; musical-biographic antecedents. The question to be put first: Are these cases of contra-indication of music therapy or is an extension of the definition of musictherapy needed? The authors are of the opinion that the limits of music therapy are to be defined individually by the music therapist — through her definition of musical occurrences and due to her special professional competence — as well as by the institutional context.

Der Beitrag versucht ebenso wie das gleichnamige Seminar, mögliche Hintergründe für das Phänomen, daß Musik von Kindern und Jugendlichen in der Musiktherapie häufig ausgespart, verweigert, entfremdet, erweitert oder durch andere Medien ersetzt wird, zu beleuchten. Folgende Aspekte werden u. a. als relevant erachtet: Therapievertrag/Freiwilligkeit; spezielle Entwicklungsphasen; Phasen im therapeutischen Prozeß; Widerstandsphänomene, Erwartungshaltung von Therapeutin, Patientin und Eltern; musikalisch-biographische Vorgeschichte. Die Ausgangsfragestellung lautet: handelt es sich hier um Fälle von Kontraindikation für Musiktherapie oder bedarf es einer Erweiterung der Definition von Musiktherapie? Die Autorinnen vertreten die Auffassung, daß die Grenzen der Musiktherapie sowohl individuell von der Musiktherapeutin gesetzt werden als auch durch den institutionellen Kontext geprägt sind.

Vortrag im Rahmen des 2nd International Congress of the World Federation of Music Therapy Hamburg 1996

Einführung

Ziel des zweistündigen Seminars war es, das Phänomen, daß Kinder und Jugendliche in der Musiktherapie sich häufig nicht des Mediums Musik bedienen, einer näheren Betrachtung zu unterziehen.

Die Ausgangsfragestellung lautete:

- Handelt es sich um Fälle von Kontraindikation für Musiktherapie, wenn Kinder oder Jugendliche Musik aussparen, verweigern, entfremden oder andere Medien vorziehen?
- Wenn nicht, bedarf es dann einer Erweiterung der Definition von Musiktherapie?

Das rege Interesse an der Arbeitsgruppe (ca. 50 Teilnehmerinnen, s. Anm.) bestätigte unsere Vermutung, daß das Thema viele Kolleginnen in der Praxis betrifft. Viele von ihnen äußerten Erleichterung darüber, mit dem Phänomen nicht alleine zu sein und vermuteten, daß es sich hier um ein tabuisiertes Thema unter Musiktherapeutinnen handelt.

Im Folgenden werden wir jene Aspekte zusammenfassen, die unserer Meinung nach für die Fragestellung relevant sind und die teilweise in diesem Seminar in Rollenspielen erarbeitet und im Erfahrungsaustausch diskutiert wurden.

- Freiwilligkeit
- Setting und Therapievertrag
- Musikalische Vorerfahrungen
- Entwicklungsspezifische Phasen
- Widerstandsphänomene
- Phasen im therapeutischen Prozeß
- Erwartungshaltung von Therapeutin, Patientin und Eltern

Freiwilligkeit

Kinder und Jugendliche entscheiden sich selten freiwillig aufgrund ihres eigenen Leidensdruckes für eine Therapie. Meist werden sie von Eltern, Erziehern etc. dorthin „geschickt“, weil sie in ihrem Verhalten nicht den Normen der Erwachsenen entsprechen oder weil Anzeichen einer gestörten emotionalen, intellektuellen oder

sozialen Entwicklung zu sehen sind. Oft genug sind sie dabei nur Symptomträger eines gestörten komplexeren Systems.

Vor allem bei Jugendlichen ist die Zuweisung zur Therapie oft mit Schamgefühlen und Angst vor einer Stigmatisierung verbunden („nur Verrückte brauchen Therapie“). Was liegt also näher, als mit der verständlichen Verweigerung dort zu beginnen, wo die Erwartungen – allein schon durch die Bezeichnung „Musiktherapie“, die vielen Musikinstrumente usw. – am deutlichsten sind? Die Inanspruchnahme des Mediums Musik kann in solchen Fällen nicht Voraussetzung für therapeutisches Arbeiten sein, sondern sollte als *ein* Indikator für die Bereitschaft der Patientin, sich auf den therapeutischen Prozeß einzulassen, gesehen werden und – im Falle einer Ablehnung des musikalischen Angebots – wie jede andere Form des Widerstandes auch – respektiert und bearbeitet werden.

Setting und Therapievertrag

Die Einführung des Mediums zu Beginn einer Therapie ist von zentraler Bedeutung. Einerseits sollte die Therapeutin genügend Informationen über Musik, über die Instrumente und deren Verwendungsmöglichkeiten geben, andererseits sollte das Thema „Musik“ innerhalb des Arbeitsvertrages so behandelt werden, daß dem Kind/Jugendlichen die Möglichkeit offen bleibt, selbst der Musik ihren Stellenwert zu geben. Die Therapeutin kann der Patientin die Instrumente und deren Klänge näherbringen, ihr Interesse dafür wecken und die Situation so gestalten, daß auf die Instrumente zugegangen werden kann, aber nicht muß.

Mit dem Angebot des Raumes, der Einrichtung, den Instrumenten und Tonträgern, eventuell vorhandenem nicht-musikalischem Spielmaterial etc. transportiert die Therapeutin Möglichkeiten, Grenzen, Erwartungen, Forderungen und auch persönliche Interessen und Vorlieben, womit sie das (musikalische) Verhalten der Patientin beeinflusst.

Musikalische Vorerfahrungen

Häufig werden Kinder/Jugendliche mit dem Hinweis auf ihre Musikalität zur Musiktherapie überwiesen. Tatsächlich spielen musikalische, insbesondere musikpädagogische Vorerfahrungen eine große Rolle dabei, ob ein Kind/Jugendlicher nun Musik oder andere Medien bevorzugt um sich auszudrücken. Die Erfahrung im Umgang mit Musik kann den Ausdruck erleichtern, solche Kinder bewegen sich im „musikalischen Raum“ sicher und gewandt. Musik kann auch mit „lernen“, „üben“, „vorspielen“ oder „präsentieren/präsentiert werden“ verknüpft sein und daher aufgrund der Vertrautheit bevorzugt oder aufgrund belasteter Erfahrungen gemieden werden.

Kinder/Jugendliche kennen aus Elternhaus und Schule bestimmte Regeln und Normen für Verhalten und musikalischen Ausdruck (richtig = schön, falsch = häßlich, laut = schlimm, etc.). Diese werden im therapeutischen Kontext scheinbar aufgelöst, was Verunsicherung und Verwirrung stiftet. Leistungsfreiheit als neu eingeführte Norm bietet keinerlei Hilfe, sich in diesem ungewohnten Freiraum zu orientieren und kann – im Gegenteil – sogar blockierend wirken.

Entwicklungsspezifische Phasen

In verschiedenen Alters- und Entwicklungsphasen stehen für Kinder unterschiedliche Mittel zur Selbstdarstellung, Erlebnis- und Konfliktverarbeitung, diverse Ausdrucks- und Kontaktformen im Vordergrund.

Kinder, soweit sie in ihrer Entwicklung nicht sehr schwer beeinträchtigt sind, spielen – das bedeutet, sie verwenden Musikinstrumente auch unspezifisch oder entfremden sie. Zwar haben die Instrumente durch ihre klanglichen Qualitäten einen besonderen Aufforderungscharakter und spezielle Möglichkeiten des Spielens; dennoch werden Klangbausteine beispielsweise Bauklötze, das Xylophon wird ein Kuhstall mit den Klangstäben als Kühen, der Geigenbogen wird ein Schwert, die Schlegel werden Pfeile, um auf die Gong-Zielscheibe zu schießen etc. Kinder nützen die Vieldeutigkeit der Instrumente, um ihnen selbst eine Bedeutung zu geben, der

spielerische Effekt ist ihnen dabei wichtiger als der klangliche. Die Tonerzeugung ist für kreative Kinder nur *eine* Möglichkeit, Instrumente zu verwenden, oft ist der entstandene Klang nicht mehr als ein angenehmer Nebeneffekt.

Jugendliche hingegen finden es manchmal geradezu kindisch auf Instrumenten zu spielen. Besonders der Umgang mit dem Orff-Instrumentarium ist ihnen peinlich oder wird nach einiger Zeit als unbefriedigend erlebt. Die Scheu, sich musikalisch auszudrücken, kann während der Pubertät in der Verunsicherung bezüglich der eigenen Identität und in der Befangenheit im Umgang mit Erwachsenen begründet sein oder aber in dem Wunsch, durch verbale Kommunikation ihr eigenes Erwachsensein darzustellen.

Manchmal ist es einfach eine Frage des musikalischen Geschmacks, die Patientinnen aktive oder rezeptive therapeutische Angebote ablehnen läßt. Die schönsten Monochorde, Klangschalen und Afro-Percussionsinstrumente sowie die hinreißendste Interpretation eines Mozart-Divertimentos werden einen Jugendlichen, der sich mit „Techno“ oder „Heavy Metal“ identifiziert, nicht ansprechen.

Widerstandsphänomene

Neben vielen anderen Phänomenen ist es auch der Umgang mit dem Medium Musik, der den Widerstand der Patientin zum Ausdruck bringt. Wie schon erwähnt, kann es sich um einen grundsätzlichen Widerstand gegenüber dem therapeutischen Setting aufgrund der unfreiwilligen Zuweisung handeln. Dies ist besonders häufig in stationären Einrichtungen zu beobachten.

Die Eigenschaft der Musik, unmittelbar und schnell Gefühle ansprechen und auslösen zu können, macht es verständlich, warum es in Phasen des intrapersonellen Widerstandes notwendig sein kann, sich vor dem Auftauchen schmerzlicher Empfindungen und Erinnerungen auch durch die Vermeidung von Musik zu schützen. Beim rezeptiven Einsatz von Musik muß diesem Umstand besonders Rechnung getragen werden.

Auch der Widerstand innerhalb der therapeutischen Beziehung ist oft von der Weigerung, die Instrumente zu benützen, gekennzeichnet, wenn etwa eine musikalische Interaktion mit der Therapeutin

zu gefährlich, zu nahe, durch das Hörbar-werden des Beziehungs-geschehens zu verbindlich erscheint.

Wenn die Therapeutin hingegen zu nachdrücklich oder zu einem unpassenden Zeitpunkt auf der Verwendung des Mediums Musik insistiert, so muß das als behandlungstechnischer Fehler gesehen werden, der – unnötigerweise – Widerstand provoziert.

Phasen und Themen im therapeutischen Prozeß

Die Aussparung des Mediums Musik beschränkt sich oft auf bestimmte Phasen innerhalb des Therapieverlaufes. In der Anfangsphase kann ein Grund dafür die Scheu sein, mit unbekanntem Instrumenten auf unkonventionelle Weise umzugehen (kein „richtig“ und „falsch“, keine Noten etc.); das Medium muß erst erobert werden. Patientinnen wollen zuerst einmal Kontakt mit der Therapeutin herstellen – und zwar oft über das Gespräch oder vertrautes Spielmaterial, „ganz normal“ sozusagen, bis genügend Vertrauen entstanden ist, um sich in etwas Unbekanntes zu wagen.

Manchmal sind Phasen ohne Musik Phasen des Rückzugs, der Regeneration oder der Oberflächlichkeit, um sich danach wieder neu einlassen zu können, Pausen also in einem durchaus musikalischen Sinn. Gerade in Phasen, in denen es um Selbstbestimmung geht, kann es besonders wichtig für Kinder und Jugendliche sein, neue Wege und Ausdrucksformen zu entwickeln, ohne in der Wahl des Mediums beeinflußt zu werden.

Für die Bearbeitung bestimmter Themen bzw. für die Vermittlung mancher Erfahrungen ist Musik aber nicht ausreichend oder einfach nicht geeignet. Ein Thema wie „Sicherheit/Waghalsigkeit“ beispielsweise läßt sich nur innerhalb eines Mediums ausdrücken, in dem die Person tatsächlich Sicherheit besitzt; hier wird sich für das Kind Spielmaterial aus seiner unmittelbaren Alltags- und Erfahrungswelt eher anbieten. Das Mitbringen von eigenen Spielsachen in die Therapiestunde kann unter anderem diese Bedeutung haben.

Dort, wo es um eindeutige Inhalte geht, ist Musik oft zu abstrakt, zu symbolhaft, nicht körperlich genug. Störungen aus ambivalenten Primärbeziehungen erfordern ein hohes Maß an Eindeutigkeit und Klarheit, sowohl im Nonverbalen (Körpersprachlichen, Musikali-

schen etc.) wie auch im Verbalen. Für heranwachsende Kinder bleiben musikalische Mitteilungen oft verwirrend vieldeutig. Defizitäre Entwicklungen erfordern die Erfahrung von „Aufgefangen werden“ oder „Gehalten werden“. Diese läßt sich selten durch Musik alleine vermitteln, sie braucht ganzkörperliches Erleben und das konkrete menschliche Gegenüber.

Musik als intermediäres Objekt hat nicht nur Verbindendes, sondern auch Trennendes. Im therapeutischen Abwägen von Nähe und Distanz erscheint es wichtig zu erkennen, wann Musik verbindet und wann sie trennt. Oft ist zu beobachten, daß das Medium in einer späteren Phase der Therapie endgültig oder vorübergehend nicht mehr notwendig ist, weil die Patientin ihre Vermittlerfunktion nicht mehr braucht (zum Herstellen von Kontakt, zur Umgehung der Sprache...).

Wenn die Motivation der Therapeutin für den Einsatz von Musik methodisch-technischen Überlegungen entspringt, so beruht die der Patientin auf der Kongruenz dieses Ausdrucksmediums mit ihrer ganz persönlichen Situation.

Erwartungshaltung von Therapeutin, Patientin und Eltern

Wenn Therapie ein Raum sein soll, in dem sich ein Kind frei entfalten kann, wieso dann eine Einschränkung auf ein bestimmtes Medium? Ist die Erwartung, daß in dieser Stunde gerade und ausschließlich Musik zur Kontaktaufnahme und zur Darstellung seelischer Vorgänge benützt werden soll, nicht schon eine Einschränkung von vornherein? Kinder kennen viele kreative Ausdrucksformen. Es wäre schade, wenn dieses Repertoire nicht in seiner ganzen Bandbreite zur Verfügung stehen sollte.

Aufgrund der Berufswahl und der Ausbildung einer Musiktherapeutin können wir davon ausgehen, daß Musik für sie das bevorzugte Ausdrucksmittel ist und sie diese Einstellung ihren Patientinnen – auch unbewußt – vermittelt. Keinesfalls sollte eine Musiktherapeutin unter dem Druck stehen, daß in ihren Therapiestunden ausschließlich zur Musik gegriffen wird, ebensowenig sollte sie diesen Druck an ihre Patientinnen weitergeben. Lehnt ein

Kind/Jugendlicher nun „ihr“ Medium ab, so kann dies eine bewußte oder unbewußte Kränkung bei ihr auslösen. In einem solchen Fall handelt es sich zumeist um eine Übertragung der Therapeutin, die in der Supervision zu reflektieren ist.

Die Erwartungen jüngerer Kinder beschränken sich meist darauf, in den Therapiestunden spielen zu dürfen. Bei älteren Kindern finden sich vermehrt Erwartungen in Richtung Erlernen eines Instrumentes. Bei Jugendlichen ist der musikalische Geschmack meist schon deutlich ausgeprägt. Auf ihrer Identitätssuche spielen nicht zuletzt musikalische Vorbilder eine große Rolle. Das prägt ihre Erwartungen an die Musik der Musiktherapie. Sie bewegen sich zwischen Größenphantasien („Ich will ein Star sein und auf der Bühne bejubelt werden“) und Selbstzweifeln, dem Gefühl von Nichtigkeit („Was kann ich und wer bin ich überhaupt? Werde ich ernst genommen mit dem, was ich bin und tue? Kann ich mich selbst ernst nehmen?“). Hier trifft Musik unter Umständen einen neuralgischen Punkt in der Identitätsentwicklung. Wenn die Therapeutin es versteht, die musikalischen Vorstellungen der Heranwachsenden in die Therapie miteinzubeziehen und auch über ein entsprechendes Instrumentarium verfügt, wird dies jedoch kein Hindernis, sondern eher ein Potential für eine musiktherapeutische Behandlung darstellen.

Oft wird jedoch von den Eltern erwartet, daß während einer Musiktherapiestunde schöne Töne aus der Tür des Therapieraumes dringen. Musik wird in unserer Kultur häufiger mit „lernen“ als mit „spielen“ assoziiert. Musikalische Entfaltung wird nur allzugerne in die Hand von Fachleuten delegiert. Darüberhinaus hat Musiktherapie als Disziplin die Schwierigkeit, von der Bezeichnung her durch das verwendete Medium definiert zu sein. Immer wieder werden also musikpädagogische Erwartungen von Eltern, Lehrern und Erziehern an Musiktherapeutinnen herangetragen. Für viele erscheint es schwer verständlich, daß nicht die Musik im Zentrum steht, sondern vielmehr die therapeutische Beziehung als Grundlage für initiierte Entwicklungsprozesse. Es bedarf hier einer besonders sorgfältigen Aufklärung über diese Therapieform.

Kommen wir nochmals zur Ausgangsfragestellung zurück: Geht es um Kontraindikationen oder um eine Erweiterung der Definition von Musiktherapie?

Wenn wir versuchen zu unterscheiden, was *noch* und was *nicht mehr* Musiktherapie ist, so handelt es sich hier zumeist um eine subjektive Grenzziehung der Musiktherapeutin oder um eine Abgrenzung innerhalb eines interdisziplinären Teams.

In einem institutionellen Kontext, in dem verschiedene Therapieformen angeboten werden, wo ein Kind unter Umständen mehrere Therapien gleichzeitig besucht, ist die Beschränkung auf das Medium Musik im Sinne eines sehr speziellen Angebotes naheliegend. Wenn ihre Methode nicht greift, muß die Therapeutin, je nachdem wie die Grenzen zwischen verschiedenen Professionen und Therapieformen in dieser Institution gehandhabt werden, zu Kolleginnen aus anderen Sparten überweisen oder sie muß ihr erweitertes Verständnis von Musiktherapie fachlich argumentieren.

In jedem Fall ist es unerlässlich, die eigenen Fähigkeiten und Grenzen vor allem auf therapeutischer Gesprächsebene oder im nicht-musikalischen therapeutischen Spielraum einschätzen zu können. Fachliche Kompetenz in anderen, der Musiktherapie angrenzenden Disziplinen kann durch Aus- und Weiterbildung erworben und erweitert werden.

Was wir noch oder nicht mehr als Musiktherapie bezeichnen, hängt auch von unserer persönlichen Definition musikalischer Ereignisse ab. Was bedeutet es, wenn ein Kind einen Zug aus Klangbausteinen baut oder wenn der zuvor erwähnte Gong durch den Treffer mit dem „Pfeil“ zum Klingen gebracht wird? Erkennen wir auch Situationen, in denen nicht in einem engeren Sinn musiziert wird als „musikalisch“ an? Sind unsere verbalen – stimmlichen – Interventionen musikalische Interventionen?

Zu beantworten bleibt noch die Frage, was eine Musiktherapeutin von einer Psychotherapeutin für Kinder und Jugendliche unterscheidet. Allem voran ist es die in der Ausbildung erworbene Erfahrung (die Selbsterfahrung sowie die therapeutisch-methodische Erfahrung) im Umgang mit dem Medium Musik. Sie ist es letztlich, die es – neben dem zur Verfügung gestellten musikalischen Spielmaterial – ermöglicht, daß sich in einer Therapie „Musik ereignet“. Eine

Musiktherapeutin kann auch scheinbar nicht-musikalische Situationen musikalisch auffassen und musikalisch beantworten.

Die spezifische musiktherapeutische Kompetenz besteht darin, daß Musiktherapeutinnen durch ihre Ausbildung geschult sind im Hören und Mitschwingen, im Dialog auf einer spielerisch-symbolhaften Ebene, im bewußten und differenzierten Einsatz ihrer Stimme, ihrer Sprachmelodie, ihrer nonverbalen Äußerungen etc. All das stellt ein therapeutisches Potential dar, das die Frage „Musik oder Nicht-Musik“ in unseren Augen nebensächlicher erscheinen läßt.

Wenn wir darauf vertrauen, daß unsere Patientinnen das ihnen jeweils adäquate Ausdrucks- und Kommunikationsmittel finden und wir uns in unserer musiktherapeutischen Kompetenz dadurch nicht irritiert fühlen, wird es uns auch nicht verunsichern, wenn eine zeitlang in der Musiktherapie kein Ton erklingt.

Anmerkung der Autorinnen:

Soweit es der Lesbarkeit dient, verwenden wir hier wie im folgenden die weibliche Form, auch wenn männliche Personen gleichermaßen gemeint sind.

ELENA FITZTHUM

Einzel-Lehrmusiktherapie im institutionellen Rahmen

Individual Training Music Therapy in an Institutional Frame

Individual Music Therapy is not a genuine part of teaching in all music therapeutical forms of training. Traditionally there is no concept in teaching music therapy, it is only after music therapy and psychotherapy approached each other that different institutes of training began to offer and even to promote personal-therapy (which must not of its own be personal music therapy). Following is a description of way of teaching music therapy of the Viennese Training which has been strongly influenced by the two foremost persons in teaching Music Therapy: Elena Fitzthum and Carlies Leitzinger-Mechtler, who offer individual music therapy since the beginning in 1992. The requirements of the education, of the teams, professional practice and a corresponding bearing with concepts of teaching therapy of well-known psychotherapeutical professional trainings must be considered. It is thus apparent that there are aspects and concepts of teaching therapy independent of schools, nevertheless for music therapy there must be aspects of teaching music therapy that can only be taught in schools.

Einzel-Lehrmusiktherapie ist nicht in allen musiktherapeutischen Ausbildungseinrichtungen ein genuiner Ausbildungsteil. Traditionell gibt es kein Konzept für Lehrmusiktherapie, erst durch die Annäherung der Musiktherapie an die Psychotherapie begannen verschiedene Ausbildungsstätten, die Eigentherapie (die nicht per se Eigen-Musiktherapie sein muß) anzubieten, bzw. zu empfehlen. Die im Folgenden beschriebene Lehrmusiktherapie der Wiener Ausbildung ist stark geprägt von den Therapeutinnen Elena Fitzthum und Carlies Leitzinger-Mechtler, welche seit den Anfängen im Jahre 1992 die Einzel-Lehrmusiktherapie anbieten. Die Anforderungen der Ausbildung, des Teams, der Berufspraxis und eine korrespondente Haltung mit Konzepten der Lehrtherapien bekannter psychotherapeutischer Fachausbildungen wollen berücksichtigt werden. So stellt sich heraus, daß es schulunenabhängige Aspekte und Konzepte einer Lehrtherapie gibt, für die Musiktherapie jedoch stellt sich darüber hinaus die Frage nach schulenspezifischen Aspekten einer Lehrmusiktherapie.

Vortrag im Rahmen des 2nd International Congress of the World Federation of Music Therapy Hamburg 1996

Einleitung

Die Ausbildung zur MusiktherapeutIn an der Hochschule für Musik und Darstellende Kunst in Wien ist die älteste in Europa. Vor ca. 35 Jahren entstand sie in Wien, hat sich im Laufe ihrer Existenz verändert und um neue Bereiche ergänzt. Viele Persönlichkeiten waren an diesem Prozeß beteiligt, brachten ihr Wissen, ihre Geisteshaltung und ihre psychotherapeutische Grundorientierung mit ein. Das, was die Wiener Ausbildung immer charakterisiert hat, nämlich eine vielfältige Gestaltung der Musiktherapie in Österreich, war auch immer der größte Verdienst der Institution Hochschule: ein Team mit einer langen Geschichte, welches von den Anfängen an zum Mitdenken, Mitarbeiten und Mitgestalten eingeladen war, ohne eine ausgesprochene Präferenz für eine gemeinsame Grundorientierung – wie etwa Analyse versus Gestalt.

Wandlung der Identität – Wandlung eines Ausbildungskonzeptes

Die Musiktherapie und ihre Ausbildung in Österreich stand in den Gründerjahren den Ärzten (Rett, Ringel, Hartmann, Schindler) sehr nahe und profitierte sicher von deren Engagement und Mitarbeit. Die damals von Ärzten postulierte These, Musiktherapie sei ein ärztlicher Hilfsberuf, der sich niemals der ärztlichen „Supervision“ entziehen dürfe, hat in der Retrospektive sicher Doppelbödiges. Der Vorteil war das klinische Wissen, welches den Studenten via medizinischer Vorlesungen und klinischer Praktika angeboten wurde – daher auch der heute nicht verzichtbare klinische Aspekt der Wiener Ausbildung. Der Nachteil für die damals tätigen MusiktherapeutInnen war eine nicht zufriedenstellende Identität. Die Gestalt der Musiktherapie war an ihren Rändern immer ein leicht ausgefranstes Gebilde (Fitzthum,1996), u.a. wegen der Tatsache, daß sie eine Querschnittsdisziplin war und ist. Schon bei ihrer Geburt standen zwei wesentliche Disziplinen Pate : die Musik und die Medizin (s. Müller/Kehl in diesem Buch). Schnell gesellten sich die Psychologie, (Musik-)Soziologie, Pädagogik und Psychotherapie hinzu, um nur einige zu nennen. Die für uns „Jungen“ von damals nicht befriedigende Identität, die zum Teil niedrige Wertschätzung in therapeutischen Teams und die oft sehr schlechte Bezahlung in

Institutionen brachten jene, welche außerhalb der Hochschule arbeiteten in die Situation, sich nach Neuem umzuschauen. Man wählte oft zur Ergänzung ein akademisches Studium. Einige von diesen KollegInnen vergaßen trotzdem ihre Primäridentität – die der MusiktherapeutIn – nicht und ließen ihr neuerworbenes Wissen der Lehre der Musiktherapie zukommen (Oberegelsbacher/ Wimmer-Illner). Dann kam die Legalisierung der Psychotherapie in Österreich und 1991 das für Europa einzigartige Psychotherapiegesetz. Viele waren bereits im psychotherapeutischen Fachspezifikum oder begannen damit. Die Erfahrungen zeigen, daß sehr viele ihr Wissen und ihr Selbstbewußtsein, welches aus der neu erworbenen Sekundäridentität resultiert und die damit verbundene gesellschaftliche Aufwertung, der Lehre und der Ausübung der Musiktherapie zur Verfügung stellen. Und so entsteht seit Jahren in Österreich ein großes Potential an gut und mehrfach ausgebildeten MusiktherapeutInnen. Nicht zu vergessen all jene KollegInnen, die auf eine ununterbrochene musiktherapeutische Tätigkeit von ein, zwei und drei Jahrzehnten zurückblicken.

Nachdem die Hochschule wiederum genau jene doppelt (und dreifach) Ausgebildeten in den Lehrkörper beruft, entstehen Ressourcen und ein neues Selbstbewußtsein, welches auf die StudentInnen und die Lehre gleichermaßen einwirkt.

So entstand in den letzten Jahren eine nicht zu übersehende Anbindung an eine junge Disziplin: die Psychotherapie. Die zuletzt rasante Entwicklung des österreichischen Psychotherapiegesetzes, der weltweiten Psychotherapieforschung und die Gründung des psychotherapeutischen Berufsverbandes ÖBVP mußten zwangsläufig auf die Konzeption der Ausbildung an der Hochschule Einfluß nehmen.

Was u.a. Gathmann/Schmölz in den 80er Jahren begannen (Gathmann/Schmölz, 1990, S. 253 ff), wird heute konsequent weitergeführt: die Anlehnung der Musiktherapie an psychotherapeutische Verfahren. Im Hochschulteam sind zwölf MusiktherapeutInnen, wovon zehn eine psychotherapeutische Zusatzqualifikation haben und zwei sich gerade im Fachspezifikum befinden. Nicht erwähnt sind hier die KollegInnen der Psychologie und der Medizin, wovon übrigens jede a u c h PsychotherapeutIn ist.

Im Zuge der eben verdeutlichten Neuorientierung und der gesetzlichen Situation in Österreich war es ein kleiner Schritt, im Lehrplan der Hochschule Einzel- und Gruppenlehrtherapie zu etablieren. Wir schlossen uns also dem main stream an, welcher die Eigentherapie in allen (psychotherapeutischen) Ausbildungen zum Teil eines methodischen Zirkels macht. Heute haben wir die methodischen Elemente:

- Theorie
- Methodentraining
- Supervision
- Selbsterfahrung
- Arbeit am Kranken unter Aufsicht einer lehrbeauftragten MusiktherapeutIn in einem professionellen, multitherapeutischen Team und die musikalisch- handwerkliche Ausbildung

Einzel-Lehrmusiktherapie ist heute im Kurzstudium in Wien eine 6- semestrige Lehrveranstaltung, pro Woche eine Einheit, in drei Jahren bedeutet dies eine Anzahl von 60 Stunden. Die folgende Abbildung 1 soll den methodischen Zirkel verdeutlichen. Dieser paßt sich in Inhalt und Terminologie den bestehenden psychotherapeutischen Fachspezifika an.

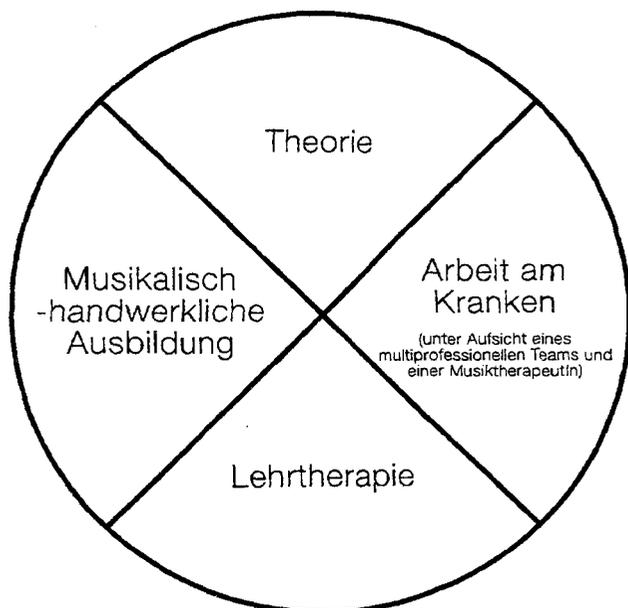


Abb. 1: Methodischer Zirkel Kurzstudium Musiktherapie Wien

Die MusiktherapeutInnen der Hochschule in Wien haben also immer wesentlich am Selbstbild der Musiktherapie in Österreich gearbeitet. Aber nicht nur die KollegInnen der Hochschule. Bei der rund zehn Jahre andauernden Planung des Kurzstudiums Musiktherapie hat auch der ÖBM – Österreichischer Berufsverband für Musiktherapie- (s. Müller/Kehl) mitgearbeitet und die bei praktizierenden MusiktherapeutInnen bedauerten Mängel der damaligen Ausbildung und Erfahrungen aus dem Berufsalltag recherchiert und als Diskussionsgrundlage mit eingebracht.

Die Institution Hochschule ist zugleich die einzige staatliche Ausbildungsstätte für Musiktherapie in Österreich, und daraus ergibt sich für die Lehrenden eine besondere Verantwortung:

- wir sind für die *Lehre* verantwortlich und prägen damit nachhaltig das Selbstbild der Musiktherapie in Österreich
- wir sind den *StudentInnen* gegenüber verantwortlich; wir vermitteln ihnen Handwerk und musiktherapeutische Identität
- wir sind den *Praktizierenden* gegenüber verantwortlich; wir alle kommen von einer Hochschule, aber nicht alle haben sich der „Psychotherapeutisierung“ angeschlossen, was jeder für sich entscheiden kann und muß. Sie sind aber gerade deshalb geschätzte KollegInnen, weil sie eine andere Sichtweise einbringen und wir müssen im Auge behalten, daß wir heute nicht neue KollegInnen „1. Klasse“ ausbilden und die AbsolventInnen vom vormaligen Lehrgang zur „2. Klasse“ degradiert werden.

Wir arbeiten also in ständiger Korrespondenz mit dem „draußen“. Wir kennen eine Vielzahl der Berufstätigen, haben die meisten von ihnen ausgebildet, einige von uns arbeiten aktiv im Berufsverband und wir haben mit dem neuen Kurzstudium und dessen Lehrplan sicher auch in die Berufspolitik eingegriffen. Bei jeder Neuplanung überlegen wir die Relevanz für das berufliche Umfeld, welches wir in der Eigenschaft als „draußen“ tätige Musik- und PsychotherapeutInnen bestens kennen, nicht zu vergessen die politische Arbeit einiger KollegInnen im Psychotherapeutischen Berufsverband oder ähnlichen Verbänden. Dieses Spezifikum Österreichs, welches sicher auch auf seine geringe Größe zurückzuführen ist, wird in der

Musiktherapieszene besonders spürbar: Irgendwie kennt jeder jeden, oder jeder kennt einen, der einen kennt, der was weiß...

Dies mag von „außen“ sehr selbstgenügsam wirken oder wie ein Grüppchen, in das ein Fremder nicht so leicht hineinkommt. Was sicher stimmt, ist wie folgt: ein Teil unserer gemeinsamen Identität besteht darin, daß sich bei uns Bezüge und Beziehungen gebildet haben, die denen einer Familie gleichen. Der Grad der Verwandtschaft ist in der Tat hoch: wir haben alle einen gemeinsamen Stammvater – ich meine damit Prof. Schmölz – und im selben Haus gelernt. Wir arbeiten nach 35 Jahren immer noch in den gleichen Räumen und zum Teil auf den selben Instrumenten.

Ich habe mir vor kurzem die Inventarliste meines Arbeitsraumes in der Hochschule angeschaut und dabei bestätigte sich meine Vermutung: das große Xylophon und die Pauke wurden 1975 und 76 angeschafft. Ich spielte also schon während meiner Ausbildungszeit auf ihnen. Auch das schafft Identität!

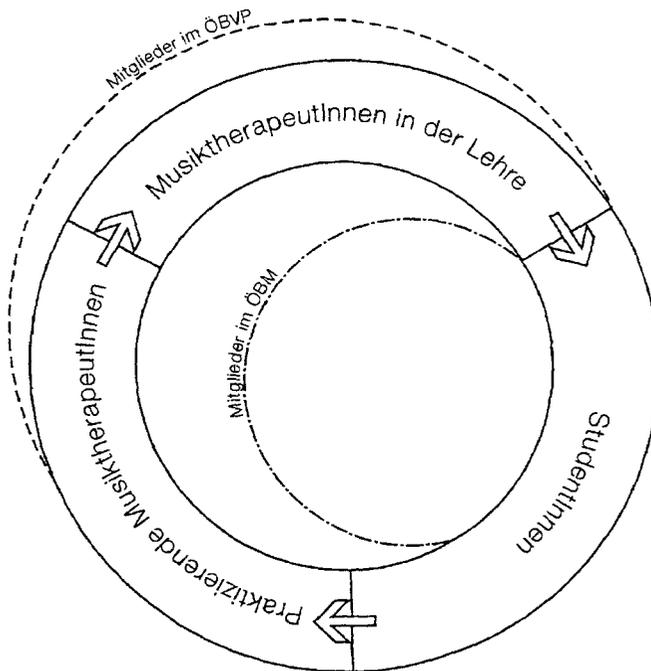


Abb.2: Verwandtschaften innerhalb Österreichs

Musiktherapie und Psychotherapie in Österreich - eine Standortbestimmung

Unter dem Begriff „Lehrtherapie“ subsumiert der ECP (European Complete for Psychotherapy) folgende Begriffe: Selbsterfahrung, Selbsttherapie, Lehranalyse, Lehrtherapie, didaktische Therapie. Wenn wir uns einer Vokabel bedienen, die aus der Analyse, bzw. Psychotherapie kommt, diese vielleicht sogar als Begründung einer besonderen Nähe zur Psychotherapie benutzen, so müssen wir auch so konsequent sein und einen Vergleich zwischen dem Kurzstudium Musiktherapie in Wien und anderen psychotherapeutischen Fachspezifika wagen, obwohl sich derzeit beide noch auf unterschiedlichen bildungshierarchischen Ebenen bewegen.

Anerkannte psychotherapeutische Fachspezifika in Österreich (Stand April 1995) im Vergleich mit dem Kurzstudium Musiktherapie, Wien

(untersucht wurden 16 Methoden bei 24 Ausbildungseinrichtungen in Österreich, errechnet wurde von den angegebenen Minimalforderungen der Durchschnitt)

Psychotherapeutische Fachspezifika Kurzstudium Musiktherapie

Aufnahmemodus

von 2 Gesprächen bis 3 Jahre laufende 2-tägige Aufnahmeprüfung
therapeutische Analyse

Dauer der Ausbildung in Jahren

4-8, im Durchschnitt 5,8 3-4, eher 4

Lehrtherapie/Selbsterfahrung in Stunden

Einzel: 309	Einzel: 90
Gruppe: 215,1 (4 Ausbildungen) ohne Gruppe	Gruppe: 180

Theorie in Stunden

403

670

Praktikum in Stunden

550 alle

720, Wahlpraktika nicht mitgerechnet

Praktikumssupervision in Stunden

30 alle

ca. 290, Wahlpraktika nicht mitgerechnet

Abschluß

verschieden: Abschlußkolloquium, Fall-
darstellung, Abschlußvortrag, Fachartikel,
etc.

Abschlußarbeit und Prüfung nach
den Regeln einer Diplomprüfung

Supervision der therapeutischen Arbeit

Einzel und (oder) Gruppe: 169

wird anders gehandhabt: da die
Praktika den Rahmen thera-
peutischer Arbeit bilden, ist dort
auch die Supervision angesiedelt;
somit sind hier die ca. 290 Stunden
von oben zu berücksichtigen

Tab. 1: Ausbildungsvergleich von Fachspezifika und Kurzstudium
Musiktherapie Wien

Ich muß hier noch erwähnen, daß die Zahlen selbstverständlich ohne Gewähr sind, da bei uns von Semester zu Semester geringfügige Schwankungen auftreten, bzw. variiert das Verhältnis von Supervision zu Therapie am Kranken auch wegen der individuellen Praktikumsgestaltung unserer PraktikumsleiterInnen oder wegen klinikinterner Sachzwänge.

Eine vorläufige quantitative Auswertung zeigt wie folgt:

Theorie und Praktika haben bei uns ein viel größeres Ausmaß. Ebenso die Supervision der Praktika, welche bei uns ja nur in Kleingruppen abgehalten wird und die SupervisorIn auch während der

Therapien anwesend ist und diese begleitet. Dies könnte auf eine größere Praxisnähe als bei den psychotherapeutischen Ausbildungen hinweisen.

Im Bereich der Lehrtherapie ist es anders. Hier ist das Verhältnis bei der Einzeltherapie 309 zu 90 Stunden, bei der Gruppentherapie 215 zu 180 Stunden. Wir müssen also zur Kenntnis nehmen, daß im Kurzstudium bei einem Kernstück der Ausbildung quantitativ weniger geboten wird.

Im Moment ist eine formale Eingliederung der Musiktherapie in die Familie der psychotherapeutischen Fachspezifika nicht realisierbar, vor allem, weil noch kein Konsens in Fragen der Saluto- und Pathogenese, Weltbild, Menschenbild und der Frage des staatlich – akademischen Rahmens hergestellt ist. Ein großer Schritt zur Einbindung in die psychotherapeutische Ausbildungslandschaft gelang der Hochschule mit der (fast vollständigen) ministeriellen Anerkennung unseres Studiums als psychotherapeutisches Propädeutikum. Dieses ist dem psychotherapeutischen Fachspezifikum vorangestellt und Vorbedingung zur weiteren psychotherapeutischen Ausbildung. Das Propädeutikum ist normalerweise berufsbegleitend, dauert im Schnitt zwei Jahre und kostet ca. 50.000 ATS.

Ein Vergleich mit den Ausbildungsnormen des Propädeutikums zeigt, daß nun die Relationen ganz anders aussehen. Es zeigt sich nämlich, daß das Kurzstudium Musiktherapie weit mehr bietet als der Staat von einem Propädeutikum verlangt. Es fehlen bei uns nur einige Stunden „Ethik“, „Rahmenbedingungen für die Ausübung der Psychotherapie“ und „Erste Hilfe in der psychotherapeutischen Praxis“, welche man an der Universität inskribieren kann.

Aus diesen Vergleichen ergibt sich wie folgt: *Das Angebot des Kurzstudiums steht quantitativ und qualitativ weit über dem des Propädeutikums und ist gleichzeitig dem Fachspezifikum in beiden Aspekten unterlegen.*

Es entsteht also eine merkwürdige Zwitterstellung. Wir sind mehr als die einen und weniger als die anderen. Ein Gefühl, das ich aus meinen frühen Berufsjahren sehr gut kenne. Wir üben eine Querschnittsdisziplin aus und sitzen auch sonst noch zwischen allen möglichen Stühlen. Ein weiterer Umstand, der eine Identitätsbildung erschwert.

möglichen Stühlen. Ein weiterer Umstand, der eine Identitätsbildung erschwert.

Um aber das Bild, welches sich aus der Außenbetrachtung ergibt zu vervollständigen, sei ein Vergleich mit dem im Juni 1997 anlässlich der 7. Generalversammlung des EAP in Rom gemeinsam beschlossenen ECP-Standards für eine europaweite psychotherapeutische Fachausbildung angeführt.

Der EAP wurde 1991 in Wien gegründet und PsychotherapeutInnen aus Deutschland, Schweiz, Ungarn und Österreich waren Gründungsmitglieder. Heute umfaßt der EAP 130 Organisationen aus 26 europäischen Ländern und vertritt daher 50.000 PsychotherapeutInnen. Grundlage des ECP bildet die Straßburger Deklaration zur Psychotherapie 1990 und diese könnte unter Umständen in den Punkten 1.1 bis 1.4. auch als Grundlage eines unabhängigen musiktherapeutischen Berufstandes innerhalb Europas dienen.

Straßburger Deklaration zur Psychotherapie von 1990

1. Die Psychotherapie („Musiktherapie“, Anm. der Autorin) ist eine eigenständige wissenschaftliche Disziplin, deren Ausübung einen selbstständigen und freien Beruf darstellt.
 2. Die psychotherapeutische („musiktherapeutische“, Anm. der Autorin) Ausbildung erfolgt auf hohem, qualifizierten und wissenschaftlichen Niveau.
 3. Die Vielfalt psychotherapeutischer Verfahren („musiktherapeutischer Methoden und Techniken“, Anm. der Autorin) ist gewährleistet.
 4. Eine vollständige psychotherapeutische („musiktherapeutische“, Anm. der Autorin) Ausbildung umfaßt Theorie, Selbsterfahrung und Praxis unter Supervision. Über andere psychotherapeutische Verfahren werden ausreichende Kenntnisse erworben.
 5. Der Zugang zur Ausbildung erfolgt über verschiedene Vorbildungen, insbesondere Human- und Sozialwissenschaften.
- (Strassburg, den 21. Oktober 1990)

Kriterien für die Zuerkennung des Europäischen Zertifikates für Psychotherapie

Bei der 7. Generalversammlung des EAP in Rom wurde nach vielen Jahren der Vorbereitung und der Diskussion am 29.6. 1997 bezüglich Dauer und Inhalt einer psychotherapeutischen Ausbildung wie folgt beschlossen: (...)

5.1 Die Gesamtdauer der Ausbildung wird nicht weniger als 3200 Stunden umfassen, verteilt über die Zeit von 7 Jahren. Davon müssen mindestens vier Jahre in einer psychotherapeutischen Fachausbildung absolviert werden.(...)

5.2. (...)

5.3 Supervision und Lehrtherapie müssen von PsychotherapeutInnen angeboten werden, deren Ausbildungen den Kriterien, welche für die Erlangung des ECP notwendig sind entsprechen (.....).

5.4 Die psychotherapeutische Ausbildung muß den Kriterien einer Grundausbildung, so wie sie im EAP erstellt wurden, entsprechen und folgende Inhalte aufweisen:

5.4.1 *Psychotherapeutische Selbsterfahrung oder Gleichwertiges.* Hier gibt es keinen einheitlichen Begriff(.....).

5.4.2 *Theoretisches Studium.* Es wird einen allgemeinen Teil in Form eines Universitätsstudiums oder einer Berufsausbildung geben und einen spezifischen Ausbildungsteil in Psychotherapie.(.....) Der spezifische Ausbildungsteil (im Minimum 4 Jahre psychotherapeutische Fachausbildung, Anm. der Autorin.) soll folgende Elemente beinhalten:

5.4.2.1 Theorie der Entwicklung des Menschen über den gesamten Lebenszyklus hindurch, einschließlich der Sexualentwicklung

5.4.2.2 Ein Verständnis über andere psychotherapeutische Ansätze

5.4.2.3 Eine Theorie der Veränderung

5.4.2.4 Ein Verstehen von sozialen Fragen in Bezug auf Psychotherapie

5.4.2.5 Theorie der Psychopathologie

5.4.2.6 Theorie der Bewertung und der Intervention

5.4.3 *Praktikum*. Das Praktikum beinhaltet eine hinlängliche praktische Tätigkeit unter kontinuierlicher Supervision der jeweiligen psychotherapeutischen Methode und umfaßt eine Mindestdauer von 2 Jahren.

5.4.4 *Praktikum in einer Nervenheilanstalt oder gleichwertige berufliche Erfahrung*. (....)

6. Abschluß der Ausbildung

6.1 Am Ende der siebenjährigen Ausbildung muß der Ausbildungskandidat seine persönliche, soziale und berufliche Reife nachweisen(...). Die national anerkannte Organisation wird darüber bestimmen, wie dies von den Ausbildungseinrichtungen bewertet wird. (Protokoll der EAP Jahreskonferenz 1996/1997)

Beim Lesen dieser Kriterien vermißt man konkrete Zahlen, anderseits deuten die wenigen Zahlen, auf die man sich einigen konnte, auf eine höchst umfangreiche, bzw. langwierige und kostenintensive Ausbildung hin. Ein quantitativer Vergleich zwischen der Wiener Ausbildung für Musiktherapie und den europäischen Ausbildungsrichtlinien für Psychotherapie ist somit nicht möglich, bzw. erst, wenn in der Folge eine Übereinstimmung über die Anzahl der Stundeneinheiten erzielt wird. Zum qualitativen Aspekt einer zukünftigen psychotherapeutischen Musiktherapieausbildung kann jedoch schon heute mit Sicherheit gesagt werden, daß wahrscheinlich keine der heute im deutschsprachigen Raum existierenden musiktherapeutischen Ausbildungsinstitutionen diese zukünftige Ausbildung alleine tragen kann, denn, so heißt es weiter im Protokoll: „....Universitäts- oder Berufsausbildungen, welche zu einem ersten Universtätsabschluß (grad) führen oder eine gleichwertige berufliche Qualifikation in einem Fachgebiet, welches für die Psychotherapie von Belang ist, können als Teil oder zur Gänze für den allgemeinen Teil der Ausbildung anerkannt werden, ersetzen aber keineswegs die vier Jahre der psychotherapeutischen Fachausbildung.“

Diese Richtlinien greifen also tief in die Struktur der bis dato üblichen musiktherapeutischen Ausbildungen ein, sofern sich solche berufen fühlen, ein Fachspezifikum für Musiktherapie anzubieten. Ich

persönlich bin der Meinung, daß hier die Zukunft der Musiktherapie liegen wird, aber bei jeder Naivität muß man feststellen, daß 1. die theoretische Basisarbeit noch zu leisten ist, 2. das Ausmaß einer solchen Ausbildung nicht unterschätzt werden darf, auch bezüglich ihrer Finanzierbarkeit, 3. muß ein qualifiziertes und den Richtlinien des EAP entsprechendes Ausbildungspersonal gefunden werden und 4. wird dies nur in Zusammenarbeit mit Universitäten, bzw. Hochschulen *und* Ausbildungsvereinen möglich sein. Dies kann nur bedeuten, daß die begonnenen Schritte der Vernetzung – z.B. die Treffen der Leiter staatlicher (und privater) musiktherapeutischer Ausbildungen in Deutschland oder die Initiative des EAP – konsequent weiterbetrieben werden müssen und solistische Seitläufer vom Absturz bedroht sind, mögen sie den Spagat auf demselben auch noch so gut beherrschen.

Zum Begriff Lehrtherapie

Der Aspekt der Lehre

Der Duden (1989) gibt Auskunft über vier mögliche Bedeutungen des Wortes „Lehre“. Er meint damit 1. die Ausbildung für einen (handwerklichen) Beruf, 2. den Inhalt eines Gedanken- bzw. Glaubenssystems (Kants Lehre vom.....), 3. die Erfahrung, die man auf Grund bestimmter Vorfälle macht und aus denen man lernen kann. („das war mir eine Lehre“) und 4. das Lehren an der Hochschule (Forschung und Lehre).

Die im dialektischen Prozeß einer Lehrtherapie gemachten Erfahrungen auf der Ebene einer Körper-Geist-Seele Einheit unterscheiden sich von der kognitiven Rezeption einer Vorlesung. Unser therapeutisches Handeln im Prozeß vermittelt immer auch unsere musiktherapeutischen Fertigkeiten. Was für die StudentIn zu Beginn noch wie Handeln aus der Intuition wirkt, formt sich im Laufe der Jahre immer mehr zu einem Bild professionellen Umgangs mit dem Handwerk und kann damit auch immer mehr zu einem Gegenstand der Reflexion werden.

Wir vermitteln natürlich nicht die Lehre des Herrn XY, auch nicht den Glauben einer Gründerperson. Vielleicht wäre dann so manches für uns leichter! Wir stehen aber in einer Kette tradierter

musiktherapeutischer Erfahrung, welche wir wahrscheinlich implizit weitergeben.

Die am Selbst erlebten Momente von Loslassen, Gehalten-werden, in-der-Nähe-bleiben, Stützung, Spiegelung, Regredieren-können und-dürfen, Widerstand, Konflikte-durchstehen, all die vielen Stimmungen und Atmosphären, die in der Therapie Gestalt annehmen, all dies und noch vieles mehr bildet einen Grundstock zukünftiger personaler und professioneller Kompetenz.

Ich denke, daß das Wort „Lehre“ sehr sinnvoll und exakt ist. Die Begriffe „Eigentherapie“ oder gar „didaktische Therapie“ lehne ich im Kontext einer musiktherapeutischen Ausbildung ab.

Der Aspekt der Musik

Musik ist neben unserer Sprache das wichtigste Medium. Was uns von TherapeutInnen anderer Methoden unterscheidet, ist unsere Sachkenntnis über das Medium Musik, unsere Fähigkeit, sich dieses Mediums nach Bedarf zu bedienen, in diesem Medium und mit diesem Medium zu intervenieren, dem Medium als Wirkfaktor trauen zu können, weil wir es professionell einsetzen können. Manchmal ist es auch unsere Lust, gerade mit diesem Medium zu arbeiten. Gerade dies unterscheidet die Musiktherapie von der Psychotherapie mit kreativen Medien. Ich persönlich bin der Meinung, daß sehr oft unter der Etikettierung von Musiktherapie eigentlich Psychotherapie mit kreativen Medien gemacht wird! Und da müßte man noch hinterfragen, ob Kreativität zwangsläufig an ein Medium gebunden sein muß! Überhaupt ist die Diskussion „Musiktherapie versus Psychotherapie mit kreativen Medien“ noch zu führen.

Der Aspekt der Therapie

Die Problematik des Wortteils „therapie“ wird in allen Methoden diskutiert. „Therapieren“ wir die StudentInnen oder „begleiten“ wir sie? Therapie setzt Therapiebedürftigkeit und größtmögliche Freiwilligkeit voraus, sie setzt in manchen Methoden Krankheitswertiges voraus. Die Kombination von Therapie und Lehre ist sicher problematisch. Frau Leitzinger-Mechtler geht in ihrem Beitrag sehr

ausführlich auf dieses Thema und auf die zu beachtenden Konsequenzen für TherapeutIn, StudentIn und die Konzeption der Ausbildung ein.

Die therapeutische Beziehung

„Die zentrale Bedeutung der zwischenmenschlichen Beziehung von Therapeut und Patient für den Therapieerfolg darf als empirisch bestgestützte Aussage der Psychotherapieforschung gelten.“ (Csogalik 1990) Nachdem ein wissenschaftlicher Konsens der neueren Psychotherapieforschung über die therapeutische Beziehung als wichtiger, ja bei manchen Theoretikern als wichtigster Wirkfaktor erkannt wird, ist es selbstverständlich, daß die Musiktherapie diese Tatsache für die musiktherapeutische Beziehung ebenso gelten läßt. Zudem ist unser Medium, die Musik, per se beziehungsstiftend. In diesem Zusammenhang ist die wissenschaftliche Arbeit der Kollegin Wimmer-Illner (1995) interessant. Sie stellte entsprechend den Anforderungen an die Musiktherapieforschung, aus der Sicht der Psychotherapieforschung und beziehungsweise auf die Entwicklungspsychologie D. Sterns (1992) folgende Hypothesen auf:

- prozeßorientierte Einzelmusiktherapie führt zu einer Reduktion von auffälligem Verhalten bei einem lernbehinderten, verhaltensauffälligen Kind
- es werden jene Therapieszenen von ExpertInnen als am bedeutendsten für einen möglichen Therapieerfolg eingeschätzt, die durch eine hohe wahrnehmbare Qualität der therapeutischen Beziehung gekennzeichnet sind.

Die Ergebnisse waren:

- prozeßorientierte Einzelmusiktherapie führt bei einem lernbehinderten, verhaltensauffälligen Kind zu einer signifikanten Reduktion auffälliger Verhaltensweisen
- die höchste Relevanz für einen möglichen Erfolg der Therapie wird von ExpertInnen der Qualität der therapeutischen Beziehung, gemessen am Ausmaß der emotionalen Übereinstimmung zwischen Patientin und Therapeutin zugemessen. Musikalische Parameter sind im Rahmen einer prozeßorientierten Einzelm-

siktherapie also nicht per se, sondern nur in Kombination mit der therapeutischen Beziehung wirksam.

- emotionale Übereinstimmung wird hauptsächlich durch die musikalische Interaktion sichtbar.

Im bekannten Forschungsgutachten (Meyer et al., 1991) zu einem in Deutschland geplanten Psychotherapiegesetz heißt es zum Thema Lehrtherapie: „Der angehende Psychotherapeut kann in der Rolle des Patienten den Charakter und die Wirkmechanismen der therapeutischen Beziehung intellektuell und erfahrend / erlebend (d.h. mit durchaus heftigen Affekten, Konflikten verbunden) erlernen. Mit dem Ziel einer besseren Selbsteinsicht und Selbsterkenntnis vor allem derjenigen persönlichen Eigenschaften, die den therapeutischen Prozeß maßgeblich bestimmen können, ermöglicht ihm die Lehrtherapie insbesondere auch korrigierende Einsichten im Zusammenhang zwischen aktuellen Konflikten in der therapeutischen Beziehung und solchen aus seiner Lebensgeschichte.“ (S. 129).

Diese dankenswerte Formulierung läßt Analytikerherzen sowie „Humanisten“-herzen gleichermaßen beruhigt schlagen. Wunderbar!

Exkurs 1

Und so scheint es, daß uns MusiktherapeutInnen endlich etwas vereint: wir stehen alle zur therapeutischen Beziehung. Mir fehlen dazu verbindliche Aussagen, die das Wie der jeweiligen therapeutischen Beziehung transparent machen. Ich persönlich arbeite explizit vor dem Hintergrund einer intersubjektiven, symmetrischen therapeutischen Beziehung (Petzold 1980), welche auch Fundament der integrativen Gestalttherapie ist und der integrativen Musiktherapie (Frohne-Hagemann 1990).

Die Erfahrungen aus dem Wiener Hochschulteam zeigen, daß hier bis vor kurzem unausgesprochener Konsens herrschte, es aber auch für jedes Teammitglied schwierig ist, sich in dieser Gretchenfrage zu deklarieren. Des Weiteren sehe ich, daß die Frage der therapeutischen Beziehung nicht zwangsläufig z.B. die Gestalttherapie zur Antithese des Verfahrens Analyse macht. Bislang ist uns

die Integration verschiedenster Grundorientierungen gelungen. Es zeigt sich aber auch, daß eine Personalpolitik, die diesen heiklen Punkt nicht berücksichtigt, das sensible Gleichgewicht eines Teams zerstören kann, was letztendlich immer auf Kosten der StudentInnen geht. Noch einmal: Auch wenn sich jeder zur therapeutischen Beziehung als größtmöglicher Wirkfaktor bekennt, ist dies per se noch keine Aussage, die uns vereint. Für eine Ausbildungsinstitution der Musiktherapie sowie für ein multiprofessionelles Team einer Klinik (siehe z.B. Beitrag von Storz) ist es eine anspruchsvolle Aufgabe, alle angebotenen Grundorientierungen in das Gesamt des Teams zu integrieren. Es kann aber auch eine „kritische Masse“ erreicht werden, wo die Integrationskompetenz des Teams gegen den 0-Punkt zusteuert, implodiert sozusagen. Dies miterleben zu müssen tut weh, wenn man ein Teamworker ist und weiß, daß die zukünftige MusiktherapeutIn nur mit einer großen Portion Teamfähigkeit an einem Arbeitsplatz bestehen kann. Es ist uns ein wichtiges Anliegen, die StudentInnen von Beginn der Ausbildung an auf eine zukünftige Teamfähigkeit vorzubereiten. Solistische Grundsatzentscheidungen schaden der Musiktherapie. Das österreichische Psychotherapiegesetz ist ja u.a. nur aus der Integrationswilligkeit aller beteiligten Methoden entstanden. So meint beispielsweise Alfred Pritz, Präsident des ÖBVP: „Ich trete dafür ein, daß es nicht darum geht, irgendwelche Gruppen hinauszuhalten, sondern alle psychotherapeutischen Methoden oder psychotherapienahen Methoden zu diskutieren..... Ich denke, gerade die Musiktherapie braucht einen Platz zum Entwickeln im Orchester der verschiedenen Methoden.“ (Fitzthum, 1994, S. 5 ff.)

Die Arbeit mit den gesunden Anteilen

Verordnete Therapie oder verordnete Selbsterfahrung ist problematisch. Ebenso eine Lehrtherapie, die das Wort „Lehre“ zu wörtlich nimmt und ständig darauf lauert, eine Menge an Zielen und Techniken unbedingt der StudentIn vermitteln zu wollen.

Dies gilt vor allem bei einem Klientel, welches in der Regel zwischen 18 und 23 Jahre alt ist und dessen Persönlichkeit noch in der Entwicklung begriffen ist. Da in der Lehrtherapie eine aus-

schließliche Ausrichtung auf das neurotische „Leiden“ der StudentIn sinnlos ist, aber die Lehrtherapie andererseits mehr ist als bloßes Vermitteln des musiktherapeutischen Handwerks in Form von Selbsterfahrung, ist die Frage nach Sinn und Inhalt einer Lehrtherapie von zentraler Bedeutung (vgl. Leitzinger-Mechler). Frühmann bezieht sich auf Petzold (1994) wenn sie schreibt: „....., weil es ebenso Ziel der Persönlichkeitsdurchforschung sein muß, die gesunden Anteile und Bewältigungsmechanismen, Copingstrategien, Schutz- und Stabilitätsfaktoren, Ressourcen, Begabungen und Stärken der eigenen Persönlichkeit zu entdecken und ihre Auswirkungen zu erkennen.“ (S.335) Weiter betont sie die Notwendigkeit einer starken Motivation zur Lehrtherapie, da diese im Falle einer Ausbildung nicht unbedingt aus dem Leiden heraus komme. Frühmann glaubt, daß auch ein „Hunger nach Selbsterkenntnis oder Neugierde auf sich selbst“ Voraussetzung sein muß.

Als Musiktherapeutin muß ich hinzufügen: die MusiktherapiestudentIn braucht darüber hinaus die Lust, sich im Medium Musik und über das Medium Musik auszudrücken. Also Musik als intermediäres Objekt und Musik als intermediales Objekt. Wenn diese Ressource nicht vorhanden ist oder die StudentIn dazu nicht motivierbar ist, so muß die Frage erlaubt sein, warum sie ausgerechnet Musiktherapeutin werden will.

Die Arbeit am und mit einem spezifisch musiktherapeutischen Handwerk

Eine wesentliche Aufgabe der Lehrmusiktherapie sehe ich in der Vermittlung musiktherapeutischen Handwerks, und damit bin ich wieder beim Thema Identität. In den letzten Jahren schlug das Pendel deutlich in Richtung Psychotherapie aus, und das war auch sehr wichtig, weil sich die Musiktherapie auf diese Art und Weise emanzipierte. Es war an der Zeit, aus dem Dunstkreis „ärztlicher Heilberufe“ herauszubekommen. Dieser Entwicklung verdanken wir auch die Tatsache, daß es heute eine Lehrtherapie gibt. Nun ging dies in der ersten Phase der Euphorie auf Kosten des spezifisch musiktherapeutischen Handwerks. Ich selbst war zu Beginn meiner Arbeit als Lehrtherapeutin auch sehr unsicher über das Verhältnis von ver-

baler- und musikalischer Arbeit. Hatte ich doch gerade als Gestalttherapeutin gelernt, mit der Sprache „überall hinzukommen“. Mit der Zeit und angeregt durch viele Diskussionen mit KollegInnen reifte langsam eine neue Identität heran, auch in mir. Durch die Arbeit mit den StudentInnen war ich gezwungen, mich erneut – und ich weiß nicht zum wievielten Male – mit der Musik in der Therapie auseinanderzusetzen. Heute fühle ich mich auch dem Medium Musik verpflichtet und lerne die Unterschiede zwischen einer verbalen Intervention und einer musikalischen Intervention schätzen. Dieses „Medienbewußtsein“ hat sich bei mir erst im Laufe einer 20-jährigen Berufspraxis gebildet und seine Entwicklung war immer mit der Entwicklung meiner Identität als Musiktherapeutin verbunden. Heute sehe ich es als eine Aufgabe innerhalb der Ausbildungsinstitution und der LehrtherapeutInnen, dieses Medienbewußtsein den StudentInnen als einen Teil professionellen Handwerks anzubieten.

Unter **Medienbewußtsein** verstehe ich

- das Wissen, wann und warum wir auf das Medium Musik zurückgreifen (Musik als intermediäres Objekt)
- das Wissen, wie wir unserem Gegenüber musikalisch etwas mitteilen können, was u.U. jenseits unserer verbalen Ausdrucksfähigkeit liegt oder wie wir das Gegenüber in seiner momentanen Entwicklungsstufe erreichen können, z.B. in der Regressionsarbeit. Es geht hierbei um die Frage, was im eben Gehörten Gestalt angenommen hat. (Musik als intermediales Objekt)

Dies bedeutet, daß das übergeordnete Ziel der Lehrmusiktherapie das Wachstum personaler und professioneller Kompetenz ist, wobei professionelle Kompetenz für MusiktherapeutInnen immer etwas mehr ist als bei anderen (Psycho-)TherapeutInnen: **der bewußte und reflektierte Umgang mit dem Medium Musik. Dies ist eine wesentliche Säule musiktherapeutischer Identität.**

Wie schon gesagt, wir bilden nicht TherapeutInnen aus, die (Psycho-) Therapie mit einem kreativen Medium machen, sondern MusiktherapeutInnen.

Die Frage der Identität für die Methode Musiktherapie

Die von Petzold (1994) sowie anderen Autoren benützte wissenschaftliche Gliederung zeigt ein hierarchisches Modell, mit dessen Hilfe sich jede psychotherapeutische Schule einordnen läßt. So muß jede psychotherapeutische Schule zu den aufgelisteten Kategorien eindeutig Position beziehen:

Grundorientierung
Verfahren
Methode
Technik
Praxeologie

In der musiktherapeutischen Literatur wird Musiktherapie mal als Verfahren bezeichnet, mal als Therapeutikum, mal als Schule, mal ist sie Technik, manchmal ist sie Psychotherapie mit kreativen Medien, und das oft innerhalb eines Buches. Dazu ist zu sagen:

1. Wir haben keine einheitliche Grundorientierung, auf die wir uns unisono beziehen können (tiefenpsychologische, humanistische, behaviorale, systemische Grundorientierung). Dies bedeutet, uns fehlt die Übereinstimmung zu den übergeordneten Fragen wie Saluto- und Pathogenese, Menschenbild, Weltbild, etc.

Wir sind kein Verfahren, denn:

2. Verfahren beziehen sich auf eine etablierte Grundorientierung. So ist etwa die Gestalttherapie ein Verfahren, weil sie sich auf die humanistische Psychologie stützt, die Analyse auf die Tiefenpsychologie, etc.

3. Musiktherapie ist eine Methode, aber nur, wenn folgende Kriterien erfüllt sind: grundsätzlich ordnen sich Methoden den übergeordneten theoretischen Prinzipien der Verfahren unter. Im Rahmen eines Verfahrens erarbeitete Ziele und Praxisstrategien wie Interventionsformen, Techniken, Medien, Behandlungsstile, Settings, müssen gezielt bei einem oder mehreren Menschen zur Anwendung gebracht werden. So bezieht sich die analytische Gruppenpsychotherapie z.B. auf die Psychoanalyse, ebenso die analytische Kunsttherapie.

4. Die Musiktherapie ist dann eine Technik und eben keine Methode, wenn ein Gestalttherapeut innerhalb einer Sitzung eine musikalische Übung benutzt, um Gefühle oder sonstiges zu evozieren. Musikalische Übungen kann jeder machen, hier wird musikalische Übung zur Technik und sofern dies in einem psychotherapeutischen Kontext passiert, befinden wir uns in der Psychotherapie mit kreativen Medien, bei einem Relaxationsverfahren, in der Gestalt oder sonst wo!

Ein weiteres Beispiel: ich benutze manchmal eine Sequenz aus dem Katathymen Bilderleben, also eine geleitete innere Reise zu Klängen, ähnlich dem GIM (Guided Imagery and Music). Das Katathym Bilderleben (KB) beruht auf der Grundorientierung der Tiefenpsychologie und gilt in Österreich als psychotherapeutisches Verfahren. Ich benutze aber diese eine Übung in einem anderen Kontext, losgelöst von eventuellen Deutungen, Symbolen, etc. Also habe ich hier ein Segment des KB für meine musiktherapeutische Arbeit nutzbar gemacht. Vollkommen in Ordnung unter dem Vermerk, daß ich nie behaupten würde, ich mache KB (in Österreich KIP : Katathym Imaginative Psychotherapie). Technik kann losgelöst vom theoretischen Hintergrund existieren!

Exkurs 2

Gerade der Hamburger Weltkongress hat gezeigt, wie unsachgemäß viele praktizierende oder publizierende MusiktherapeutenInnen mit diesen Begriffen umgehen.

Bei der heutigen Methodenvielfalt ist es unerlässlich, daß jede ReferentIn bzw. jede AutorIn zu Beginn ein Koordinatennetz mit dessen wichtigsten Koordinaten auswirft, innerhalb dessen man sich orientieren und verständigen kann. Es muß daher heute Aufgabe einer Ausbildung und einer Lehrtherapie sein, diese Gratwanderung von Technik und Methode zu verdeutlichen. Auch dies macht etwas mit unserer Identität. Erst durch die explizite konzeptuelle und inhaltliche Positionierung der Musiktherapie kann eine musiktherapeutische Identität entstehen.

Wir benützen eine Querschnittsdisziplin, arbeiten in multiprofessionellen Teams, benutzen ein schwer faßbares Medium und haben noch keinen endgültigen Platz in der Psychotherapie eingenommen. Aufgrund mehrschichtiger Sozialisationsprozesse vieler MusiktherapeutInnen trägt schon fast jeder von uns eine Primäridentität und eine Sekundäridentität in sich (z.B. Gestaltlerin und Musiktherapeutin oder MusiktherapeutIn und PsychologIn). Erschwerend ist zudem die Tatsache, daß viele Persönlichkeiten an dem Bild der Musiktherapie mitarbeiten, die überhaupt keine musiktherapeutische Ausbildung (=Identität) haben. Es könnte unserer Identität besser gehen!

Methodologie der Lehrmusiktherapie

Innerhalb der (zukünftigen) psychotherapeutischen Methode Musiktherapie hat die Lehrmusiktherapie vier wesentliche Inhalte zu berücksichtigen. Angelehnt an Frühmann (1996, S 336) und erweiternd auf den Bereich der Musiktherapie sind nach meiner Meinung innerhalb der zukünftigen psychotherapeutischen Methode Musiktherapie seitens der Lehr-Musiktherapie die folgenden vier wesentlichen Inhalte zu berücksichtigen:

- 1. Erleben einer therapeutischen Beziehung** mit den sich daraus ergebenden Phänomenen wie Widerstand, Übertragung und Projektion: Die Beziehung ist intersubjektiv (gleichwertig), von Grundvertrauen geprägt und wird in meinem Verständnis als größter Heilfaktor verstanden
- 2. Bewußtmachung und Reflexion der eigenen Lebensgeschichte:** Wenn auch Leidensdruck oft fehlt, werden alte Lösungsstrategien in Frage gestellt, alte „Schauplätze“ besucht und im Hier und Jetzt neu inszeniert und neu gelebt.
- 3. Kennenlernen von (musik-)therapeutischem Handwerk:** Interventionsformen, Übungen, der musikalische Dialog, der musikalische Monolog, rezeptive Elemente, Techniken des Rollenspiels und der Körperarbeit. Und das Erleben des Wirkfaktors Musik
- 4. Basis für eine zukünftige musiktherapeutische Identität:** Im Blickwechsel der Positionen PatientIn – TherapeutIn oder: Lehr-

therapeutIn – StudentIn formt sich ein erster Eindruck vom zukünftigen Beruf. Ein ständiges Arbeiten an den Außengrenzen, an verwandten und komplementären Disziplinen und Verfahren ist notwendig in Hinblick auf das, was uns von anderen unterscheidet und mit ihnen verbindet.

Anders formuliert: wir können Anstoß zu einer Entwicklung geben, die auch nach vielen Jahren der Berufstätigkeit nie abgeschlossen sein wird:

Vom „so ist also Musiktherapie“ zum „das ist Musiktherapie“, vom „ich werde MusiktherapeutIn“ zum „ich bin MusiktherapeutIn“.

Literatur

- Csogalik, D. (1990). Wirkfaktoren in der Einzelpsychotherapie. In Tschuschke, V. Czogalik, D. (Hrsg.), Psychotherapie – welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse (S 14). Berlin – Heidelberg – New York – Tokio: Springer.
- Duden – Deutsches Universalwörterbuch (1989). Mannheim, Wien, Zürich: Dudenverlag.
- Quellen des ECP: Ergebnisse der 6. Generalversammlung des EAP, Juni 96. EAPJahresbericht 1996/97, Wien. Mitgliederinformation. Protokoll der 7. Generalversammlung des EAP in Rom, Juni 97.
- Fitzthum, E. (1996). Musiktherapie und Gestalttherapie. In Gollner, Ch., Nausner, L., Bösel, R. (Hrsg.), Internationale Psychotherapietagung (S 30 – 41). Wien: Edition Praesens.
- Fitzthum, E. (1994). Interview mit Dr. Pritz. In ÖBM Mitteilungsblatt Okt.94 S. 5 ff.
- Frühmann, R. (1994). Die Vermittlung therapeutischer Grundqualitäten im Prozeß der Sicht der Integrativen Therapie. In Frühmann, R., Petzold, H. (Hrsg.), Lehrjahre der Seele (S.336). Paderborn: Junfermann.
- Frohne – Hagemann, I. (1990). Integrative Musiktherapie als psychotherapeutische, klinische und persönlichkeitsbildende Methode.

- In Frohne Hagemann (Hrsg.), Musik und Gestalt (S.99 ff.). Paderborn: Junfermann.
- Gathmann,P., Schmölz,A., de Backer,J. (1990). Klinische Musiktherapie des Asthma Bronchiale. In Frohne-Hagemann (Hrsg.), Musik und Gestalt (S. 253ff.). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. (1980). Die Rolle des Therapeuten und die Therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie. In Petzold (Hrsg.) Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung (S.223 ff.). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. (1994). Entwicklungen in der Gestalttherapie von Fritz Perls. In Gollner,Ch., Ventouratou - Schmetterer, D., Reiner - Lawugger,R., Bösel, R.(Hrsg.) 100 Jahre Fritz Perls, Internationale Psychotherapietagung (S. 17 ff.). Wien: Facultas.
- Pieringer, W.,Laireiter A.-R. (1996). Selbsterfahrung in der Ausbildung in Psychotherapie. In Psychotherapie Forum. Vo.4 No.4. (S 175 ff.). Wien New York: Springer.
- Piribauer. F.(1995). Qualitätsmanagemant für Psychotherapeuten. In Psychotherapie Forum. Vol.3 No.4 (S 186).
- Stern,D. (1992). Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wimmer-Illner, J. (1995). Wirkfaktoren prozeßorientierter Einzelmusiktherapie mit einem lernbehinderten, verhaltensauffälligen Kind aus einzelmethodischer Sicht. Unveröff. Diplomarbeit. Universität Wien.
- Meyer, A.-E., Richter, R., Grawe, K., v. Schulenburg, J.-M., Schulte, B. (1991). Forschungsgutachten zu Fragen des Psychotherapeutengesetzes. Universitätskrankenhaus Hamburg - Eppendorf.

CARLIES LEITZINGER-MECHTLER

Problemstellungen bei Einzel-Lehrmusiktherapie in einer grundständigen staatlichen Ausbildung

(Originalfassung des Vortrags)

Problems Arising in Individual Training Music Therapy in Basic Public Training Programmes

The existing work concerns itself with special queries relating to the transmitting of music therapeutical self-assessment to be used in studies in an institutionalised context as an example of a short training course of music therapy at the Vienna University for Music and Performing Arts. The following aspects are being dealt with: Application for admission, tasks and objectives, judgement and influences as well as correlation between therapeutical claims and pedagogic involvement.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit speziellen Fragestellungen bei der Vermittlung von musiktherapeutischer Selbsterfahrung zu Studienzwecken in einem institutionalisierten Kontext am Beispiel des Kurzstudiums Musiktherapie an der Hochschule für Musik und Darstellende Kunst in Wien. Folgende Punkte werden behandelt: Aufnahmeverfahren, Aufgaben und Zielsetzungen, Beurteilung und Beeinflussungen sowie Wechselwirkungen zwischen therapeutischen Ansprüchen und pädagogischer Einbindung.

Einleitung

Die Situation der Lehrmusiktherapie in verschiedenen therapeutischen Ausbildungen ist seit jeher ein viel diskutiertes Thema. Eine verordnete Therapie oder therapeutische Selbsterfahrung bringt ganz spezifische Probleme mit sich. So auch bei uns im Fach Einzel-lehrmusiktherapie im Kurzstudium Musiktherapie.

Vortrag im Rahmen des 2nd International Congress of the World Federation of Music Therapy Hamburg 1996

Jede KandidatIn fragt sich zu Beginn: „Wie verrückt muß ich sein, und wie verrückt darf ich sein um TherapeutIn zu werden?“ Seit dem Psychotherapiegesetz 1991 in Österreich ist man dazu übergegangen, daß vor einer Psychotherapieausbildung das Propädeutikum, eine psychotherapeutische Grundausbildung, absolviert werden muß. Sie besteht aus einem theoretischen und einem praktischen Teil. Im praktischen Teil soll neben einer Erfahrung in der späteren Praxis auch eine Abklärung der eigenen Berufsmotivation und eine selbstkritische Überprüfung der persönlichen Kompetenz ermöglicht werden; zusätzlich sind 50 Stunden Selbsterfahrung verlangt. Das heißt, die zukünftige AusbildungskandidatIn hat sich bereits mit sich selbst auseinandersetzen müssen und weiß annähernd, was in der Lehrtherapie auf sie zukommt. Das ist jedoch noch kein Garantieschein für eine gute Lehrtherapie. Für die Musiktherapieausbildung ist eine Vorbereitung dieser Art nicht vorgeschrieben. Ich möchte nun unser Aufnahmeverfahren für das Studium Musiktherapie vorstellen.

Aufnahmeverfahren für das Kurzstudium Musiktherapie

Einen ersten Überblick über das Studium und die Aufnahmeprüfung findet die InteressentIn in einem eigenen Informationsblatt. Darin werden der Ablauf sowie die Inhalte der Aufnahmeprüfung beschrieben. Darüber hinaus wird 1. ein mehrwöchiges Praktikum an einer Klinik oder einer anderen sozialen Einrichtung empfohlen, 2. ein musiktherapeutisches Selbsterfahrungsseminar und 3. darauf hingewiesen, daß eine Bereitschaft zur Lehrtherapie erforderlich ist.

Ca. 6 Wochen vor der Aufnahmeprüfung veranstalten wir einen Informationstag, bei dem wir sehr deutlich formulieren, daß das Studium, besonders durch Einzel- und Gruppentherapie und die damit verbundenen Auseinandersetzungen mit sich selbst sehr anstrengend und belastend sein kann.

Die Aufnahmeprüfung kann mit abgeschlossener Matura gemacht werden. Damit ist es sehr unwahrscheinlich, daß die KandidatIn Erfahrungen mit Patienten hat oder entsprechende Lebenserfahrung mitbringt. Aufgrund geltender Prüfungsbestimmungen der Hoch-

schule besteht keine Möglichkeit, das Aufnahmealter hinaufzusetzen.

Die Aufnahmeprüfung besteht aus zwei Teilen, die sich über zwei Tage erstrecken. Im ersten Teil werden *Musiklehre, Gehörbildung, Klavier, Gitarre, Stimme, Blockflöte oder ein anderes Melodieinstrument* geprüft. Fällt die PrüfungskandidatIn in einem Fach des ersten Teiles durch, ist sie von der weiteren Prüfung ausgeschlossen. Dies sind die momentanen Bestimmungen der Hochschule. Dabei stellt sich die Frage, inwieweit uns durch ein musikalisches Defizit vielleicht eine begabte MusiktherapeutIn entgeht.

Der zweite Teil der Aufnahmeprüfung gliedert sich in folgende Abschnitte:

Musiktherapeutische Improvisation: Musikalisches Umsetzen von vorgegebenen Bildern, Texten oder Stimmungen auf Instrumenten eigener Wahl.

Musiktherapeutische Interaktion: Spontan zu lösende Aufgaben mit einem Partner im Hinblick auf Kommunikationsfähigkeit.

Musiktherapeutische Gruppeninteraktion: Spontan zu lösende Aufgaben im Hinblick auf Ausdruck- und Kommunikationsfähigkeit durch Stimme, Bewegung und Instrumente mit anschließender Reflexion.

Gespräch mit der Prüfungskommission: Die Prüfungskommission besteht aus ca. 12 Personen.

Im zweiten Teil wird die KandidatIn erst nach Abschluß aller Prüfungsteile einer Beurteilung unterzogen. Wir gehen davon aus, daß nur jene KandidatInnen aufgenommen werden, bei denen wir annehmen dürfen, daß ihre Persönlichkeit nicht gestört ist (im Sinne des ICD). Auch wenn die Kriterien musikalischer Ausdruck, Kommunikations- und Reflexionsfähigkeit – neben den musikalischen Fähigkeiten – noch nicht allein für die Eignung zur Berufsausbildung ausschlaggebend sind, so haben sie doch einen hohen Stellenwert.

Insgesamt eine schwierige Situation für mich als Lehrtherapeutin, der ich mir stets bewußt bin.

Die nun aufgenommene KandidatIn, die eine vage Vorstellung davon hat, daß auch ihre seelische Belastbarkeit geprüft wurde, begreift sich als seelisch gesund. Sie muß daher unbewußte Wider-

stände gegen eine verordnete Therapie haben. Durch die Uninformiertheit über das Wesen der Eigentherapie, die fehlende Motivation, sowie dem fehlenden Leidensdruck, fühlt sich ihr Ich bedroht, das Gleichgewicht zu verlieren. So stellt sich die Frage, inwieweit ich als Entscheidungsbefugte destabilisieren darf, wenn von Anfang an unklar ist, auf was sich die StudentIn wirklich einlassen will. Sowohl ängstliche als auch idealisierende Vermutungen allein über die Eigentherapie sind zu wenig, und die Neugier auf sich selbst, ein Kriterium das wesentlich ist, um eine Lehrtherapie zu machen, ist den Studierenden oft nicht bewußt. Ich halte eine bewußte Motivation sowie ein Basiswissen über die Lehrtherapie jedoch für ein unabdingbares Kriterium.

Trotz der genannten Einschränkungen läßt sich während des Studiums Hilfreiches in der Einzellehrmusiktherapie gewinnen. Wenn keine klare Motivation von der StudententIn zu einer Therapie besteht, d.h. wenn die StudentIn findet, daß alles in ihrer Welt absolut in Ordnung ist, beginne ich mit einer ganz allgemeinen musikalischen Selbsterfahrung. Während dieses Prozesses stellen sich dann meistens der Wunsch oder auch der Druck nach persönlicher Klärung ein. Und oft, trotz früherer Widerstände, sind die StudentInnen auf einmal durch Gruppentherapie, die Auseinandersetzung mit den PatientInnen, das Lernen über verschiedene psychische Krankheiten, motiviert, sich auch mit sich selbst auseinanderzusetzen. Sie stellen Ähnlichkeiten mit ihrem eigenen Erleben fest. Ich möchte sagen, es entwickelt sich ein Leidensdruck. Insofern ist es für die Lehrtherapie von Vorteil, daß es in dieser Therapieausbildung die Kombination von Eigentherapie, Praktikum und Theorie gibt.

Aufgaben und Zielsetzungen einer Einzellehrmusiktherapie

Es muß für alle StudentInnen erlebbar werden, daß Therapie immer ein Beziehungsgeschehen ist. Weiters sollte erlebbar werden: Es gibt ein Arbeitsbündnis, ein Unbewußtes, Übertragungsphänomene, Widerstand und Abwehrmechanismen. Es ist wichtig, daß die StudentIn das eigene psychische Funktionieren verstehen kann, reale Ängste von innerpsychischen unterscheidet und lernt, damit umzugehen; daß Wahrnehmungseinschränkungen bewußt werden und

daß sie die Fähigkeit erwirbt, Realitätskonflikte, innerpsychische Konflikte und Krisen zu bearbeiten. Zudem sollte sie sich trauen, auch Anteile ihrer unbewußten Motive zu diesem Beruf anzuschauen. Auch die Trauerarbeit am Ende der drei Jahre ist notwendig, um die Abhängigkeit möglichst aufzuheben. Zugleich sollte das musiktherapeutische Handwerk vermittelt und eingeübt werden, z.B. musikalisches Tun verstehenlernen als Probehandeln, als Dialog, als bewußten und/oder unbewußten Ausdruck. Dabei besteht die Schwierigkeit darin, daß die StudentIn keine PatientIn ist, d.h., sie erlebt jenes musiktherapeutische Angebot, das nur für ihren persönlichen Lernprozeß notwendig ist. Biete ich ihr mein musiktherapeutisches Repertoire an, dann folge ich meinen pädagogischen Zielen. Wäre das nicht auch meine Pflicht als Lehrerin?

Beurteilung im Fach Einzellehrmusiktherapie

Wie auch in psychotherapeutischen Ausbildungen üblich, ist es bei uns in der musiktherapeutischen Ausbildung selbstverständlich, daß die LehrtherapeutIn aus Gründen der Übertragungs- und Gegenübertragungsproblematik von anderen Unterrichtsfächern entbunden ist. Ebenfalls ist in der Psychotherapieausbildung die LehrtherapeutIn bei keinen Konferenzen anwesend, die die Beurteilung der StudentInnen beinhaltet. Das trifft an unserer Hochschule ebenfalls zu. Auch gibt die LehrtherapeutIn weder eine schriftliche noch eine mündliche Beurteilung ab. Das Semester wird mit „teilgenommen“ bestätigt, wenn die Teilnahme bis zu zwei Dritteln eingehalten wurde.

Das erste Jahr gilt, nach derzeitigen Bestimmungen der Hochschule, als Probejahr. Wir LehrerInnen haben dieses Gesetz bisher entweder nicht gekannt oder vielleicht verdrängt. StudentInnen, die nicht geeignet sind, bekommen in einem solchen Fall ein „nicht teilgenommen“. Selbstverständlich wird mit dieser StudentIn in der Lehrtherapie dieses Problem, nämlich den musiktherapeutischen Beruf nicht auszuüben, so weit es möglich ist, bearbeitet. Fehlt der StudentIn die Einsicht, hat sie das Recht, eine Prüfung vor einer Kommission abzulegen. Damit haben wir bisher keine Erfahrung.

Wie hoch ist bei solch einem Gesetz das Angstpotential? Ist es höher als bei einer Psychotherapieausbildung? Könnte es deshalb höher sein weil es sich um einen Grundberuf handelt, also keine zusätzliche Absicherung durch einen anderen Beruf besteht und weil darüberhinaus viele Studierende noch abhängig von ihren Eltern sind?

Kommt es während des dritten Jahres zu einer Krise, die sich ebenfalls im Praktikum zeigt, kann die StudentIn im Einverständnis mit Ihrer Lehrtherapeutin ein oder zwei Semester, in der Erwartung einer Ich-Reifung, verlängern. Was passiert aber wenn eine PraktikumsleiterIn findet, daß die StudentIn ungeeignet für diesen Beruf ist, die LehrtherapeutIn aber eine gute Entwicklung feststellt – oder umgekehrt? Was ist, wenn die LehrtherapeutIn feststellt, daß die StudentIn doch nicht geeignet ist, diese sich aber ausreichend geschickt im Praktikum verhält? Sollten wir uns doch mit solch heiklen Fragen im Team zusammensetzen? Bisher wurde dieses Problem noch nicht gelöst.

Beeinflussungen und Wechselwirkungen durch die Institution

Eine weitere Frage wäre zu klären: Inwieweit sind nicht nur die Studierenden, sondern auch die LehrtherapeutInnen von der Hochschule abhängig? Ist die Abhängigkeit in anderen Psychotherapieschulen, die nicht staatlich sind, geringer?

Wesentliche Punkte sind:

- *Die Konkurrenz der Psychotherapieschulen untereinander* (jede Lehrtherapeutin hat eine andere Psychotherapieausbildung)
- *Die Rollen im Team*
- *Die hierarchische Führungsstruktur mit ihren störenden Anteilen* (Es entstehen Solidaritätskonflikte und Ambivalenzen).

Aus der Praxis ergeben sich eine Reihe von weiteren Fragen, wie zum Beispiel:

- **Wieviele StudentInnen bringt LehrtherapeutIn A zum Abschluß und wieviele LehrtherapeutIn B?**
- **Wie oft kommt es vor, daß eine StudentIn einer LehrtherapeutIn zu einer anderen wechseln möchte?**

- Mit wieviel therapeutischem Verstehen und mit welchem musikalischen Repertoire kann die StudentIn von LehrtherapeutIn A oder B am meisten im Praktikum umsetzen?
- Kommen bei der einen LehrtherapeutIn mehr oder weniger Krisen vor als bei der anderen? Hängt das mit deren Persönlichkeit oder deren Ausbildung zusammen?
- Welche Auswirkungen hat die Identifizierung mit der LehrtherapeutIn mit psychotherapeutischer Ausbildung A und mit der Ausbildung B?

Sie sehen, nicht nur die Studierenden, auch die LehrtherapeutInnen stehen unter Kontrolle. Eine Kritik der StudentInnen, KollegInnen oder Vorgesetzten kann in einer Hochschule mit einem hierarchischen System weit mehr als in einer freien psychotherapeutischen Ausbildungsinstitution die Verletzbarkeit der Gegenübertragung beeinflussen. Wie weit wird ebenfalls die therapeutische Wirksamkeit herabgesetzt, wenn die Therapie von außen belastet wird, z.B. durch Streik der LehrerInnen, Sparmaßnahmen, Wechsel von LehrerInnen.

Aus diesem Grund halte ich die wünschenswerte absolut geschützte Situation, wie sie in einer Therapie sein muß, als höchst bedroht und selten ausreichend erreichbar. Trotzdem muß ich sagen: Es erstaunt meine KollegIn und mich immer wieder, daß es möglich ist, daß sich sowohl die Studierenden als auch die LehrtherapeutInnen auf einen nicht vorherbestimmbaren Prozeß einlassen können, der einen positiven Verlauf nehmen kann. Die Erfahrungen der letzten fünf Jahre, seit Bestehen des Kurzstudiums und dem damit verbundenen neu eingerichteten Studienfach Einzellehrmusiktherapie, zeigt beim Vergleich mit dem Gesamtzeitraum von zwanzig Jahren, daß sich die praktische Kompetenz der Studierenden erheblich differenziert hat.

Bei all dieser Komplexität möchte ich als Lehrtherapeutin genauso wie in den Patiententherapien „gut genug“ sein, im Sinne der „good enough mother“, wie Winnicott sagt, oder anders formuliert, das Entwicklungspotential des Lernenden wecken und fördern. Und so tröste ich mich mit dem Wissen, daß gut genug besser ist als vollkommen, denn das Vollkommene wird ein Idealziel bleiben müssen.

FRANCESCO PALMIROTTA

Erfahrungen mit psychosomatischer Musiktherapie bei einigen pädiatrischen Erkrankungen

* F. Palmirotta, **M.R. Tagliente, ***R. Fortunato

* Scuola di Musicoterapia Psicosomatica – Bari

** Reparto di Cardiologia e cardiocirurgia dell' Ospedale
Pediatico Giovanni XXIII^o di Bari,

*** Centro Traumatologico Ortopedico C.T.O. – Bari

The Experience of Psychosomatic Musictherapy through Some Pediatric Pathologies

The research is born by the convergence of interest between heart surgery, psychology and psychotherapy concerning the „Being Child“. This convergence takes place by the use of Musictherapy as clinical application. We wanted to meet the theme of body trying to evidence the natural harmony in a condition of healthy corporeality. The musical themes have been chosen by experiences of Psychopedagogic Musictherapy with healthy children. (Focusing the attention on the psychosomatic well-being, we proved, during the previous experiences, that the musical themes were received in positive way, the music was played and recorded by the musictherapy team, directed by Dr.F.Palmirotta). The Psychosomatic Musictherapy has been applied experimentally to cardiopath children of the heart surgery section of the children's hospital „Giovanni XXIII“ in Bari. A heart specialist and psychologist has coordinated the experimental approach of research. 9 children have been examined aged between 2 days old and 10 months old, the average age was 3 months and 7 days. They were affected by complex congenital cardiopathies (TGA4, UVH1, COA1, AP1). The parameters I considered were: cardiac and breathing frequency, muscle tone and irritability (prolonged crying), psychophysical relax, physiognomic of relation, (eupnic) reaction, reaction to the phase of attack of musictherapy, feeding, positive or negative interference (calming or disturbing Interferences of mother or of the hospital equipe). The results have been significantly positive with the helping of

Vortrag im Rahmen des 1st Congress of the World Council for Psychotherapy
– Subsypmposion Music Therapy Wien 1996

technological monitoring it has been possible to verify the positive effects of experimental musictherapy in all observed cases.

Die psychosomatische Musiktherapie wurde versuchsweise bei herzkranken Kindern der Abteilung für Herzchirurgie des Pädiatrischen Krankenhauses Giovanni XXIII in Bari angewendet: Ein Kardiologe und ein Psychologe haben den experimentellen Teil der Versuchsanordnung koordiniert, welche im Folgenden beschrieben wird. Der Gegenstand unserer Untersuchung war die Wiederherstellung des physiologischen und natürlichen Gleichgewichtes unserer Patienten mittels Musik. Die verwendete Musik stammt aus der Arbeit der psycho-pädagogischen Musiktherapie mit gesunden Kindern. Zur Untersuchung wurden neun Kinder herangezogen, im Alter zwischen zwei Tagen und 10 Monaten, alle mit komplexen angeborenen Herzkrankheiten behaftet. In besonderer Weise haben wir jene Ergebnisse untersucht, die einen positiven Einfluß der Musiktherapie auf die Ernährung nachweisen. Es wurde ein unkonventionelles Therapieprogramm vorgeschlagen, bei welchem den Familien und dem Krankenhauspersonal bewußt gemacht wurde, daß es verschiedene Arten von Behandlung geben kann. Die Ergebnisse waren positiv.

Einführung

Die Untersuchung entstand im Schnittpunkt der Interessen von Herzchirurgie, Psychologie und Psychotherapie, alle in Bezug auf das Kind-Sein.

Eine Gruppe von Musiktherapeuten aus der Schule für psychosomatische Musiktherapie in Bari, angeleitet von Dr.F.Palmirotta, hat neue klanglich-harmonische Methoden auf psychosomatischer Grundlage erprobt, um eine Untersuchung mit einer neuen Sprache, die zwischen musikalischer Kunst und Therapie liegt, zu beginnen; es wurden Ausdrucksgruppen gebildet, aus denen sich eine Mitbeteiligung psychosomatischen Bewußtseins herauschälte und man erhielt als Ergebnis unmittelbares Wohlbefinden. Es konnte festgestellt werden, daß sowohl die Produzenten als auch die Konsumenten dieser „beabsichtigten Musik“ ein psychosomatisches Gleichgewicht unmittelbar in der Musiktherapiesitzung herstellten, sowie in der Folge für einige Zeit im Beziehungsumfeld, in dem sie üblicherweise interagierten; es ging ihnen besser mit sich selbst und mit den anderen, auch wenn ihnen nicht vollkommen bewußt war, über welchen Kanal dieses Wohlbefinden vermittelt worden war. Nach

dem phänomenologischen Erkenntnisgewinn dieser positiven Ergebnisse innerhalb einer Gruppe von normaler psychosomatischer Streßpathologie (Migräne, Magenschmerzen, Asthenie, Tachykardien, usw.) hat sich die Idee herausgebildet, diese positive Erfahrung auf eine klinisch komplexere Gruppe zu erweitern.

Die herzchirurgische Abteilung wurde ausgewählt, weil die komplexe angeborene Kardiopathie einer verlängerten Spitalsbehandlung bedarf, nämlich mehrerer chirurgischer Eingriffe, die für den kleinen Patienten nicht immer eine vollständige Heilung mit sich bringen. In all diesen Fällen ist die Lebensqualität nicht mit der von normalen Kindern vergleichbar. Die funktionalen Grenzen brachten die kleinen Patienten wieder in eine totale Abhängigkeit von ihrer Mutter: die traumatische Erfahrung der Herzoperation (auch hinsichtlich der symbolischen Bedeutung dieses Organes), die Trennung von der Mutter, die Entfremdung auf der Intensivstation und der Leidenszustand bewirken für das Kind die Unmöglichkeit, diese Erfahrung auf gesunde Art zu verarbeiten. Die Beziehung zu seinem Körper wird sich schwierig gestalten, das gilt auch für den Wiedererwerb seiner Identität.

Die Angst der Mutter, sich vom Kind trennen zu müssen und die Angst, es zu verlieren, wirken unvermeidlich auch auf das Kind ein, ebenso wie auf das medizinische Personal.

Das wichtigste Ziel war die Verbesserung der Ernährung des Kindes durch die Wiederherstellung seines psychosomatischen Gleichgewichtes, indem mittels Musiktherapie direkt auf dieses, sowie auf das familiäre Umfeld und auf das medizinische Personal eingewirkt wurde.

Untersuchungsinstrumente und Methoden

Mit Hilfe der psychosomatischen Musiktherapie wurden neun Kinder im Alter von zwei Tagen bis 10 Monaten (mit einem Durchschnittsalter von drei Monaten), welche eine komplexe angeborene Kardiopathie hatten, behandelt. Alle, mit Ausnahme eines zwei Tage alten Kindes, das eine Lungenatresie hatte und einer Pharmakotherapie unterzogen wurde, befanden sich im postoperativen Stadium. Die Untersuchung wurde an der Abteilung für Teil-Inten-

sivtherapie des Pädiatrischen Krankenhauses Giovanni XXIII in Bari (Italien) durchgeführt.

Da die Musiktherapie wegen organisatorischer Schwierigkeiten im Krankenhaus nicht direkt ausgeübt werden konnte, zog man es vor, eine aufgenommene Musik zu verwenden, die ad hoc für die kranken Kinder vorbereitet worden war.

Bemerkungen zur Gruppe der „gesunden“ Kinder

Die Gruppe der „gesunden“ Kinder bestand aus neun Kindern im Alter von zwischen 2 Jahren, 6 Monaten (2.6) und 6 Jahren, 11 Monaten (6.11):

	Alter	Geschlecht
I:	2.6	M
S:	2.10	W
S	3.10	M
I	4.9	M
V	4.10	M
A	5	W
P	5.5	M
D	6.10	W
V	6.11	W

Bemerkungen zur verwendeten Musik

Die Musik wurde während der Sitzungen in psychosomatischer Musiktherapie mit „gesunden“ Kindern aufgenommen. Unter der Leitung von Dr. Palmirotta nahmen neben den Kindern auch Musiktherapeuten an diesen Sitzungen teil. Die verwendeten Instrumente waren: Klavier, elektronische Orgel, verschiedene Flöten, Tenorsaxophon, Congas und Djemben (von Erwachsenen gespielt) und kleine Percussionsinstrumente für Kinder (Orff). Die so aufgenommene Musik ist das Produkt einer freien Improvisation auf rhythmischer Grundlage, welche sich aus den melodischen, harmonischen und klanglichen Phasen ergaben, die sich allmählich herausbildeten. Die verwendeten Skalen waren Dur, moll, Naturtonarten, Pentatonik und modale Skalen aus Griechenland.

Jedes Stück mit einer Dauer von 10 bis 15 Minuten enthielt sowohl klangliche Phasen im Sinne von Klangfarben und Harmonien ohne bestimmten Rhythmus als auch rhythmische Phasen, ebenso stimmliche und instrumentale Phasen, zu denen manchmal getanzt wurde.

Einer der von den Kindern gesungenen Texte hatte folgenden Inhalt, der gemeinsam mit den Musiktherapeuten immer wieder variiert wurde:

„Wenn du aus deinem Inneren tanzst,
wirst du ein wahrer König.
Wenn du aus deinem Inneren tanzst,
kannst du zum Meer werden.
Wenn du die Augen schließt
und aus deinem Inneren blickst
kannst du fliegen
jenseits der Zeit,
schneller als der Wind,
kannst du wiederfinden das Licht,
das du seit jeher bist.“

Worte und Musik wurden absichtlich nicht notiert, da sich die Feinheiten der Improvisation schriftlich nicht dokumentieren lassen und die psychische Bewegungsrichtung damit fixiert worden wäre.

Diese Musik konnte auch vom behandelnden Personal in der postoperativen Versorgung im wahrsten Sinn des Wortes „begriffen“ werden. Es ist beeindruckend, wie die natürliche Umgebung, in der die Musik gemacht und genossen wurde, harmonisierend auf das psychosomatische Gleichgewicht der Anwesenden Einfluß nahm. Diese positive Ausstrahlung wirkte während des Hörens auf die kleinen Patienten ein; es ist uns oft aufgefallen, daß sie beim Anhören der aufgenommenen Kinderstimmen Zeichen des Erwachens oder kommunikative Regungen zeigten wie etwa Lächeln, direkte Blicke zur Schallquelle hin und Bewegungen der Gliedmaßen.

Der Versuch dauerte drei Monate, die Musiktherapiesitzungen erfolgten zweimal wöchentlich (45 Minuten pro Sitzung).

Die untersuchten Parameter waren: Herzfrequenz, Atemfrequenz, Muskeltonus, psychophysische Irritabilität/Entspannung, Art der Beziehung, Induktion des physiologischen Schlafes, Reaktion auf die Einsatzphase der Musik(therapie), Ernährung, positives oder negatives Verhalten der Mutter oder des Personals.

Ergebnisse

Eine signifikante Reduktion der Atemfrequenz (Fig. 1) fällt mit dem Beginn der Musiktherapiesitzungen zusammen. Dies ereignete sich auch bei einem Kind mit einer septischen Komplikation, welche üblicherweise Hyperventilation verursacht. Bereits in den ersten Sitzungen der psychosomatischen Musiktherapie zeigte sich unmittelbar die Entspannung, die die Musik in dem kleinen Patienten hervorrief, durch eine Reduktion der Irritabilität bei allen untersuchten Kindern (Tab. 1), einige von ihnen schliefen ein. Zwischen den Kindern und den Eltern ist eine bessere Beziehung entstanden. Die Familien und das gesamte medizinische Personal waren von der Teilnahme bei den Sitzungen nicht ausgeschlossen und konnten die Wirksamkeit dieser unkonventionellen Behandlung feststellen.

Ziel der Untersuchung war es, die Ernährung zu verbessern, und zwar sowohl mit einem psychologischen als auch organischen Gewinn. Die Ernährung impliziert zwei klinische Konsequenzen: die erste steht in Beziehung zur Kardiopathie und dem Eingriff, den das Kind während des ersten Lebensjahres überstanden hat; die zweite betrifft die psychopathologische Mutter-Kind-Beziehung: diese Mütter bangten um die Gesundheit ihrer Kinder und vermittelten diese Spannung den Kindern, die in der Folge die Nahrungsaufnahme verweigerten. Diesen Circulus vitiosus durch eine verbesserte Nahrungsaufnahme durchbrochen zu haben, machte die Mütter ruhiger und bereit, sowohl über die eigenen Probleme zu reden, als auch die Bewältigung der Krankheit in einem positiveren Licht zu sehen.

Alle Kinder, die mit Sonde ernährt worden waren, begannen sukzessive aus dem Fläschchen zu trinken. Während der Sitzungen in psychosomatischer Musiktherapie nahmen alle mehr Milch zu sich im Vergleich zu ihrem eigenen Mittelwert. Das medizinische Perso-

nal konnte bei einem Vergleich feststellen, daß die Rehabilitationszeit für diese neun Kinder kürzer war als bei anderen, die mit ähnlichen Krankheiten und chirurgischen Behandlungen, nicht aber mit psychosomatischer Musiktherapie behandelt worden waren. Es ist beeindruckend, wie die psychosomatische Musiktherapie die positiven Auswirkungen sowohl auf psychologischer, als auch auf organischer Ebene beeinflussen konnte – in einem Alter, in dem die Psychotherapie oder die Psychoanalyse nicht eingesetzt werden können, da diese kleinen Patienten noch nicht das Wort zum Kommunizieren verwenden können. Indem der Wert des psychosomatischen Bewußtseins mittels der psychosomatischen Musiktherapie wieder hergestellt wird, kann die authentische, biologische Botschaft des Organismus in der Zelle restabliert werden; es kommt zu einem wirklichen Wohlbefinden des individuellen und sozialen Menschseins.

Das ist die natürliche Bedingung für das schöpferische Werden im eigenen ontisch-existentiellen Sein („bios“).

Zusammenfassung

Die unmittelbare Entspannung der kleinen Patienten während der psychosomatischen Musiktherapiesitzungen stellt sich auch bei denen ein, die laut Pflegepersonal die irritierbarsten waren, bzw. am meisten zu leiden hatten. Einige Mütter berichteten, daß die Kinder während der Musiktherapie einschliefen und sofort danach aufwachten.

Nicola, ein 4 Monate altes, operiertes Kind (TGV), zeigte nach dem Eingriff eine Parese des rechten Diaphragmas und eine Atelektase (Verminderung des Luftgehaltes der Lungen), weshalb es die Atemphysiotherapie besuchte: aber nur während der Musiktherapie-Begegnungen ließ es sich von dem Physiotherapeuten problemlos berühren, während es ansonsten weinte und sich während der Behandlung erregte.

Andere Kinder fanden zu einer Phase des Spiels und der Kommunikation mit dem Personal des musiktherapeutischen Teams oder zeigten jedenfalls eine Art von nach außen gerichteter Aufmerksamkeit, nachdem sie vorher in einer operativ verursachten depressiven

Phase gewesen waren. Die Musiktherapie bedeutete die einzige positive klangliche Erfahrung inmitten des Maschinenlärms der Monitoren, die in jener Intensivstation immer in Betrieb waren; letztere beruhigen zwar die Familien und das klinische Personal, verstören aber die Kinder.

Oft war unsere musiktherapeutische Arbeit vom klinischen Personal an der Station nicht gern gesehen: unser Reden mit den Eltern, während sie sich um die Kleinen kümmern mußten, verursachte Verzögerungen bei ihren pflegerischen Tätigkeiten. Uns fiel auf, daß sie ihre Aufgaben nach routinemäßigen Standards verrichteten, während der musiktherapeutische Zugang Kreativität bedeutet und eine sensible und bewußte Anpassung erfordert, da dieser Zugang innerhalb der Interaktion angesiedelt ist und nichts von dem vernachlässigen darf, was um die betreffende Person kreist.

Es bildete sich eine bessere Mutter-Kind-Beziehung heraus: diese Mütter waren besorgt und ängstlich wegen der Gesundheit ihrer Kinder gewesen und hatten ihnen diese eigene Anspannung vermittelt, aber während der musiktherapeutischen Begegnungen waren sie entspannter und frei, über ihre Probleme zu reden. Sie konnten ihre Spannung abbauen und mehr Vertrauen erwerben.

Diese Wirkungen haben sich systematisch in jeder psychosomatischen Musiktherapiesitzung auf der Station erneut eingestellt und der Effekt strahlte die ganze Zeit von einer zur anderen Sitzung (ungefähr eine Woche) aus.

Eine theoretische Zusammenfassung

Die Methodik der Schule für Psychosomatische Musiktherapie der Associazione Maieutica Ontico-Esistenziale (Verein für Ontisch-existentielle Maieutik) gründet auf der antiken Philosophie Großgriechenlands und Pythagoras'. Aus dieser Philosophie, die nicht über schriftliche Aufzeichnungen zu uns kam (nicht zufällig), entstanden die Worte Therapie, Wissenschaft, Kosmos, Seelen-Harmonie. Die Musik ist ein Mittel zur Wiederherstellung der Seelenharmonie, des eigenen „wirklichen“ ontischen Seins. Hans Kayser (1926) war jener Wissenschaftler, der dem Wissen der Pythagoräer zur Seele-Harmonie und der Bedeutung von Therapie des menschl-

chen Seins nach Pythagoras am nächsten kam. Dieser Autor war nicht in der Lage, seine Theorien zum Zwecke der Heilung oder Stimulation der Intelligenz menschlichen Seins anzuwenden. Durch den Versuch, der in diesem Beitrag dargestellt wurde, ist es gelungen, den Sinn zwischen Theorie und Praxis, zwischen Kunst und Therapie neu herzustellen.

CLINICAL DATA AND RESULTS - tav. 1

Patients	Age (months)	Sex	Disease	MS	SI	F	HR	RR
1) FL	4	F	TA+TGV	R	+	↑	/	*
2) AB	10	F	TGV	R	+	-	/	*
3) GS	1	M	TGV	R	+/-	↑	/	*
4) BP	2	M	ACTGV+CoA	R	+	↑	/	*
5) FM	0.6	M	CoA	R	+	↑	/	*
6) DP	2	M	UVH	R	/-	↑	/	*
7) DN	4	M	TGV	R	-	↑	/	*
8) AS	4	M	TA+TGV+CoA	R	+	↑	/	*
9) AS	0.2	M	PAIVS	R	/+	↑	/	*

TA, Tricuspid Atresia; TGV, Transposition of Great Vessels; ACTGV, Anatomically Corrected Transposition of Great Vessels; CoA, Aortic Coarctation; UVH, Univentricular Heart; PAIVS, Pulmonary Atresia and Intact Interventricular Septum; M, Male; F, Female.

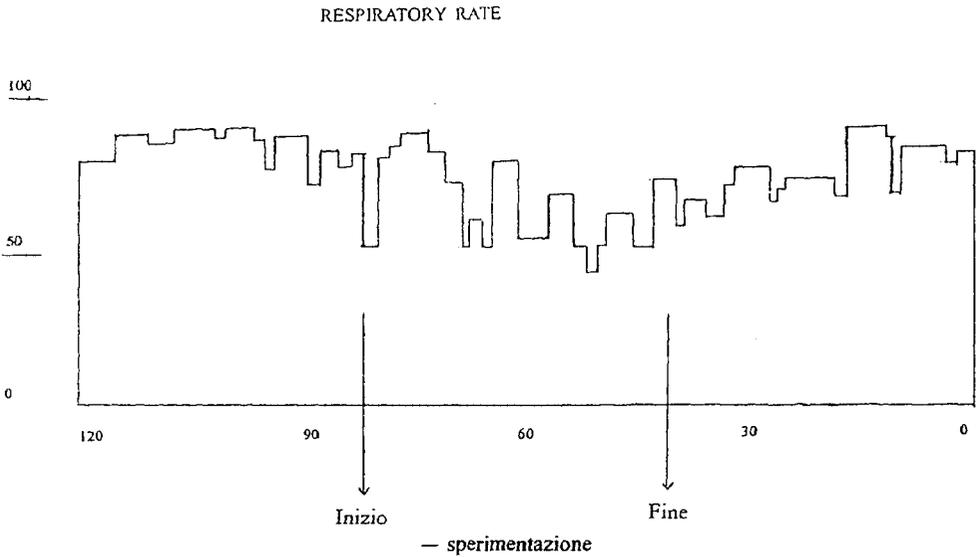
MS, Muscular Strength, Tono Muscolare;
SI, Surrounding Interaction, Interazione con l'ambiente;
F, Feeding, Alimentazione;
HR, Heart Rate, Frequenza Cardiaca;
RR, Respiratory Rate, Frequenza Respiratoria

R, Rilassamento;
+, Risponde;
-, Non risponde;
↑, Migliorata;
/, Invariato;
*, Diminuito.

Kommentar zur Tabelle:

Die Tabelle gibt den arithmetischen Mittelwert (Wert = Ja/nein) der während aller Musiktherapiesitzungen betrachteten Parameter an. So hat z.B. das Kind 1, FL, 4 Jahre alt, weiblich, während des Versuchs insgesamt folgende Ergebnisse erzielt:

Entspannung (R) des Muskeltonus (MS), eine verbesserte (+) Interaktion mit der Umwelt (SI), eine Verbesserung (↑) der Ernährung (F), keine Veränderungen (/) der Herzfrequenz (HR) und eine Verringerung (*) der Atemfrequenz.



RIPRODUZIONE GRAFICA DA VIDEO

Kommentar zur Graphik:

Im Krankenhaus wurde die Atemfrequenz auf dem Monitor aufgezeichnet. Die Fig.1 ist die graphische Wiedergabe einer Computeraufzeichnung aus den registrierten Daten. Auf der y-Achse die Zeit: 120', 90', 60', 30', 0 und auf der x-Achse die Atemfrequenz 0, 50, 100. Der registrierte Mittelwert der Atemfrequenz während der 30', die der Musiktherapie vorangingen, beträgt 78. Während der Musiktherapiesitzung konnte eine deutliche Reduktion der Atemfrequenz festgestellt werden. Und dies während der 45' und auch in den darauf folgenden Minuten.

Dies verweist auf einen wohltuenden und andauernden Effekt auf den Organismus des Kindes und spiegelt auch einen Motivations-schub für das Leben und die Umweltbeziehungen. Bewirkt wurde dies durch eine Wiederherstellung des psycho-biologischen Gleichgewichts mit Hilfe der Musiktherapie.

(Übersetzung: Dr. Dorothea Oberegelsbacher und Elena Fitzthum)

Literatur

- Haase R. (1968). Hans Kayser. Ein Leben für die Harmonik der Welt. Basel, Stuttgart: Schwabe&Co.
- Kayser H. (1926). Orpheus. Morphologische Fragmente einer allgemeinen Harmonik. Berlin.
- Pitagorici (1994). Testimonianze e frammenti, Fasc.III. Florenz: Nuova Italia.
- Palmirotta F. (1994) Musicoterapia Psicosomatica. Bari: Ed.A.M.O..
- Palmirotta F. (1994) Ontosofia Psicosomatica. Bari: Ed.A.M.O

GERHARD K. TUCEK

Ausgewählte Teilaspekte der Altorientalischen Musiktherapie

Some Aspects of Ancient Oriental Music Therapy

For thousands of years music has counted as „Food for the soul“ in all cultures, which was able not only to influence physical occurrences but beyond that to have the force of accompanying and promoting the search of man for the sense of life. The ability to permit the movement of body and soul through music enabled man to aspire to a prime dimension. According to tradition more than a thousand years old music and motional structures follow firm principles, which have organic- and emotional-specific effects, and are also understood as expression of a higher order. Even in old Greece one had the idea that the laws of music, as long as they were not degenerate, mirrored the law of the cosmos. The most recent immunological, neurobiological and psychological researches appear to give scientifically based answers to the question in what way body and spirit communicate with one another. The functioning mechanisms of traditional eastern methods of treatment, which are known to show a unity of body and soul, can, through the use of scientific theories of our day, be proved and understood. From this an exciting intercultural and interdisciplinary dialogue could develop in the future.

Musik gilt seit Jahrtausenden in allen Kulturen als „Nahrung für die Seele“, die nicht nur körperliche Vorgänge zu beeinflussen vermag, sondern darüber hinaus die Kraft hat, den Menschen bei der Suche nach Lebenssinn zu fördern und zu begleiten. Die Fähigkeit, die durch Musik hervorgerufene Bewegung und Bewegtheit von Seele und Leib zuzulassen, vermag den Menschen in einer Urdimension seines Lebens anzurühren. Gemäß der mehr als 1000 Jahren alten Tradition folgen Musik- und Bewegungsstrukturen genau festgelegten Prinzipien, die organ- und emotionsspezifische Wirkung haben, sowie als Ausdruck einer höheren Ordnung verstanden werden. Schon im alten Griechenland war man der Auffassung, daß das Gesetz der Musik, sofern nicht entartet, das Gesetz des Kosmos widerspiegelt. Neueste immunologische, neurobiologische und psychologische Forschungsergebnisse scheinen wissenschaftlich fundierte Antworten auf die Frage zu geben, auf welche Weise Körper und Kraft miteinander kommunizieren. Die Wirkmechanismen traditioneller östlicher Hellverfahren, die bekanntermaßen auf dem Einheitsparadigma von Körper und Seele aufbauen, könnten somit schrittweise an Hand gegenwärtiger wissenschaftlicher Theorien überprüft und verstanden werden. Daraus mag sich in Zukunft ein spannender interkultureller und interdisziplinärer Dialog entwickeln.

Vortrag im Rahmen des 1st Congress of the World Council for Psychotherapy
– Subsymposion Music Therapy Wien 1996

Grundparadigma der östlichen Medizin ist die Annahme einer universell gültigen, kosmischen Ordnung, die sich durch Naturgesetzmäßigkeiten manifestiert. Körperliche und geistige Anteile des Menschen galten als untrennbar verbunden und demgemäß wurde das Verständnis von „Gesundheit“ umfassender als ein beschwerdefreies Funktionieren körperlicher Abläufe begriffen. Ähnliche Ideen finden sich heute in bestimmten Bereichen der Ganzheitsmedizin, gerade unter dem Aspekt, Körper und Geist nicht als getrennte Entitäten zu begreifen, sondern als Erscheinungsbilder ein und desselben Phänomens „Mensch“(1).

Als Konsequenz obiger Ideen wurden in der östlichen Heilkunde Behandlungssysteme zur Wiedererlangung bzw. Aufrechterhaltung körperlicher und seelischer Gesundheit und Harmonie entwickelt, die dem physisch Kranken einerseits Linderung bringen, andererseits dem Gesunden auch geistiges Wachstum ermöglichen sollten. Hier zeichnet sich auch in der gegenwärtigen Musiktherapie ein deutlicher Trend ab: über die Entfaltung kreativer Prozesse individuelle „Mensch-Werdung“ zu unterstützen. Ein Kreis zu archetypischem Denken scheint sich hier – zumindest in Ansätzen – zu schließen (1).

So ist es nicht verwunderlich, daß in der östlichen Medizingeschichte schon sehr früh künstlerische Medien im Sinne einer Gesundheitsvorsorge wie auch als gezielte therapeutische Intervention bei Kranken Verwendung fanden.

Das Konzept der Altorientalischen Musik- und Tanztherapie gründet auf dem antiken, mit altgriechischer wie patristischer Philosophie eng innerlich verwandten Einheitsparadigma von Leib und Seele. Ihre methodische Ausrichtung folgt dem Prinzip des physiologischen und seelischen Ausgleichs von Defiziten oder Überschüssen durch Harmonisierung und Stärkung – ein Phänomen, das seine methodologische Antwort in Akupunktursystemen, Biophoton-Konzepten und letztlich sogar in pharmakologisch orientierten psychiatrischen Schulen findet, die zwischen stimulierenden, sedierenden und psychisch ordnenden Medikamenten unterscheidet. Die Altorientalische Musik- und Tanztherapie begreift Musik als Bindeglied zwischen physiologischem und psychischem Geschehen im Menschen.

In östlichen Kulturen wurde generell Musik nicht nur im engen Sinne der „Tonkunst“ verstanden. Beispielsweise gehört nach Auffassung des Konfuzianismus zu Musik (und Tanz) im individuellen und öffentlichen Leben alles, was dem Gesetz der Schönheit durch Gefühle und Gefühlsäußerungen Ausdruck verleiht. Musik ist Kunst, so wie Sitte Wissenschaft ist; beide nicht abstrakt getrennt, sondern als harmonische Verbindung von Logos und Eros.

Musik und Tanz wurden in diesen Kulturen demnach nicht nur als bloßes Tonsystem, bzw. profaner Zeitvertreib gesehen, sondern waren Teil eines umfassenden Lebenskonzeptes. Sie hatten gleichermaßen künstlerische, diätetische, moralisch – ethische und therapeutische Funktion.

Ein Fallbeispiel:

Im Jahre 1980 behandelte der Istanbuler Psychologe, Musikethnologe und Musiktherapeut Dr. Oruc Güvenç einen an depressiven Angstzuständen leidenden jungen Mann musiktherapeutisch.

Herr Güvenç begann die erste Sitzung mit einer freien Improvisation auf seiner Dombra (zweisaitiges, kasachisches Zupfinstrument). Aus dieser Improvisation entstand nach und nach eine vollständige Melodie.

Nach etwa zwanzigminütiger Sitzung wurde der Patient anschließend über seine Empfindungen während der Musikrezeption befragt. Er beschrieb zunächst einen auffällig starken Energiefluß im Augenbereich.

Nach Wiederholung vorangegangener Melodie beschrieb der Patient die Visualisierung innerer Bilder. Dieses Phänomen wurde von anderen, im Raum anwesenden Personen bestätigt. Auffallend war die inhaltliche Übereinstimmung der wahrgenommenen Bilder bei allen Anwesenden.

Im Verlauf der folgenden Sitzungen verstärkten sich die visuellen Wahrnehmungen des Patienten. Damit einhergehend, stabilisierte sich sein psychischer Zustand.

Herr Güvenç begann nun dieses Lied immer wieder gezielt in seine musiktherapeutischen Sitzungen einzubauen und erzielte immer wieder ähnliche Effekte.

Vier Jahre später kam es zur Begegnung mit einem Schamanen aus dem Altaigebirge Zentralasiens, dem er im Verlauf des Gespräches

diese Melodie vorspielte. Der Schamane erklärte, diese Melodie zu kennen, die Teil eines traditionellen Heilrituals sei und zur Evozierung von Visionen diene.

Seit dieser Zeit verwenden wir diese Melodie bei unseren musiktherapeutischen Sitzungen zur Behandlung von depressiven Verstimmungen. Dabei werden von den Patienten weitgehend übereinstimmende bildhafte Wahrnehmungen beschrieben.

Historischer Teil:

Musik und Tanz bei den Turkstämmen Zentralasiens

Im Kulturraum zentralasiatischer Turkstämme ist Musik und ritueller Tanz – zum Teil bis heute – Ausdruck einer umfassenden Lebensart geblieben.

Dieses Phänomen erscheint unter kulturanthropologischen Gesichtspunkten kein Sonderdasein einzunehmen. Vielmehr hat es den Anschein, daß sich gerade eine überkognitive Welt aus dem sinnhaften Moment herauskatapultiert hat (oder weiter dabei ist, sich herauszukatapultieren), und daß unter derartigen Annahmen künstlerische, d.h. kreative gleichwie sinnhafte Therapien nicht sosehr als Einzeltherapie für als krank Klassifizierte, sondern vielmehr als Korrigens in einer ganzen Gesellschaftsströmung zu werten wären (1).

Bestimmte in der Bevölkerung lebendig verwurzelte Musik- und Tanzgattungen dienen als Vermittler geistiger Inhalte zum Zwecke fortschreitender Verinnerlichung, verfeinerter Wahrnehmung und verfeinerten Ausdrucks. Ziel ist das völlige Aufgehen in dieser traditionellen Musik – was natürlich kein anachronistisches Aufgehen in der Tradition selbst heißen kann – zum Zwecke der Entwicklung einer vergeistigten Lebenshaltung mit Hilfe einer bis dato lebendig tradierten Musik- und Bewegungsmatrix.

Sie werden im traditionellen Kontext nicht primär als ästhetisch-künstlerischer Ausdruck – im Sinne von Kunst um der Kunst willen – gefördert, sondern vielmehr als lebendige, als ideal angesehene, durchgeistigte Daseinsdurchdringung (2). Religiöser, musikalischer, therapeutischer Ausdruck und alltägliche Lebensführung ver-

schmolzen so zu einer sich gegenseitig beständig befruchtenden Einheit.

Das Weltbild der zentralasiatischen Turkvölker war vom Nomadentum und einer schamanischen Kultur mit ihrem Glauben an den „großen Geist“ geprägt. Für die Nomadenvölker Zentralasiens steht hinter allen Erscheinungen der sichtbaren Welt eine bewußte und ewige Urkraft.

Aus diesem lebendigen Strom (Ata Ruhu) entnimmt der Schamane seine geistige Kraft und seine Informationen zum Wohle der ganzen Sippe. Deren Ziel war und ist es, im Einklang mit diesem „unendlichen Strom“ zu leben.

Johannes von Plano Carpini beschrieb, „daß die Tartaren von einer allmächtigen Gottheit überzeugt seien, die sie jedoch weder durch Gebete, noch Lobgesänge oder andere gottesdienstliche Bräuche ehrten“. Für sie war das Leben in Einklang mit Natur und mit kosmischen Gesetzen „Gottesdienst“.

Diese Sicht prägte auch ihren mobilen Wohnstil mit den rasch und leicht bewegbaren Jurten. Sie sind symbolisches Abbild des Kosmos, und alle Gegenstände des alltäglichen Lebens haben in Farbe und Design neben ihrer praktischen Funktion auch die Aufgabe, die Menschen an jenen geistigen Urstrom zu erinnern.

Die Bedeutung von Musik bei den Ritualen mittelasiatischer Schamanen

Eine Grundeigenschaft kasachischer und mittelasiatischer Schamanen ist ihre ausgeprägte Musikalität. Diese wird jedoch nicht als profane Unterhaltungskunst eingesetzt, sondern ist vielmehr Kommunikationsmittel mit der geistigen Welt, ähnlich wie dieses Phänomen bei sibirischen und indianischen Schamanen oder afrikanischen Heilern zu beobachten ist – bzw. war.

Dies zeigt sich insbesondere daran, daß die Gabe zu singen und zu musizieren dem Bakse zuweilen erst bei seiner Berufung zum Schamanen zuteil wird.

Der Bakse Oken sagte hiezu: „Früher wußte ich nicht wie man das Kobys und den Bogen hält, aber alsdann begann ich plötzlich nicht nur allerlei Motive und Lieder zu spielen, sondern sogar zu

singen, und all das geschah durch die Begeisterung der Geister“. (Newolnik 1896 in Basilow 1995). In diesem Sinn wird jene Musik nicht „gemacht“, nicht „konstruiert“, sondern erscheint als inspiriert, der Musiker selbst als Medium.

Parallelen zu unserer Kultur kommen in den Sinn: Brahms, der sein deutsches Requiem als Inspiration von Gott umschreibt oder Schnebel, der in seinem Werk „Glossolalie“ die Brücke zum geist-schwangeren Zungenreden schlägt, einem Zungenreden, das nicht nur biblisch verbürgt ist, sondern gerade als ein Markenzeichen verschiedener schamanischer Praktiken angesehen werden muß (1).

Noch heute wird dieser „archetypische Geist“ deutlich, wenn etwa ein Bakse - analoge Praktiken sind von indianischen und ost-sibirischen Schamanenkulturen her bekannt - in seinen Gesängen Naturgeräusche und Tierstimmen imitiert, sowie in seinen Tänzen und „heiligen Bewegungen“ Bewegungsmuster aus der Natur nachahmt.

Dabei richtet sich das Kriterium seines Musizierens, Singens und Tanzens ebensowenig nach dem ästhetisch „schönen“ und objektiv „richtigen“ Klang bzw. einer mathematisch schlüssigen Musiktheorie, wie nach einer ästhetisch vollkommenen Bewegungsführung eines abendländischen Ballettänzers.

Auch das Musikinstrument selbst ist ritueller Gegenstand, welcher zu keiner profanen Unterhaltung herangezogen wird (3).

Ihm wird wesenhafte Persönlichkeit zugeschrieben, (4) weshalb einige Schamanen anderen Menschen die Berührung ihres Instruments oder das Spiel darauf mit der Begründung untersagen, daß diese Person sonst Schaden nehmen würde.

Viele Bakse berufen sich auf den ersten „Urschamanen“ der vor-islamischen Epoche, „Korkut Ata“ (Dede Korkut), den sie bei ihren Seancen um Schutz und Beistand anrufen. Zu diesem Zweck wird zumeist das „Korkut - Kjuj“ auf der Kilkobuz intoniert (Abb.1).

KORKUT NUN KÜYI
(Dede Korkut un sarkisi)

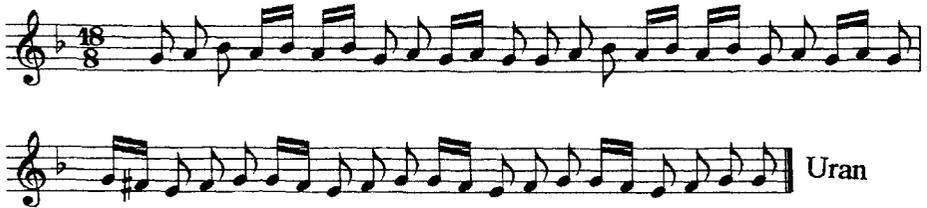


Abb. 1: Kasachisch / kirgisches Schamanenlied
zur Kontaktaufnahme mit der Ata Ruhu (Urväterseele)

Es wird berichtet, daß daraufhin die Bakse in einen höchst „nervösen“ Zustand geraten und ihre Beschwörungen zu singen beginnen“. (Basilow)

Der direkte Einfluß der Musik auf den Bakse während der Seance kann verschieden interpretiert werden. Zur Tranceinduktion trägt dabei sicherlich das sehr spezielle Klangfarbenspektrum der beiden rituellen Hauptinstrumente Kobus (Kilkobuz) und Dombra bei. So ist das Spiel auf dem Instrument Kobus (Kobys, Kilkobus Abb. 2) nicht von der Schamanenrolle zu trennen (5). Es gibt sogar Berichte darüber, wie schamanische Hilfsgeister den Bakse zum Spiel auf diesem Instrument nötigten (Radlow, 1870 in Basilow 1995).

Unter der Perspektive, daß die tranceinduzierende Funktion von Musik bei Heil- und Divinationsseancen als ein Spezifikum des mittelasiatischen, turkstämmigen Schamanentums bezeichnet werden kann, ist das kasachische und mittelasiatische Baksetum eine der Ursprungsquellen für die Entwicklung der Altorientalischen Musik- und Tanztherapie.

So spielen etwa intuitive und improvisatorische Elemente in beiden musikspezifischen Heiltraditionen ebenso tragende Rollen, wie weltanschauliche Konzepte einer aller Schöpfung zugrunde liegenden umfassenden höheren Ordnung. Eine Vielzahl schamanischer Zeremonien ist auf der musikalischen Basis pentatonischer Lieder und Improvisationen aufgebaut (6).

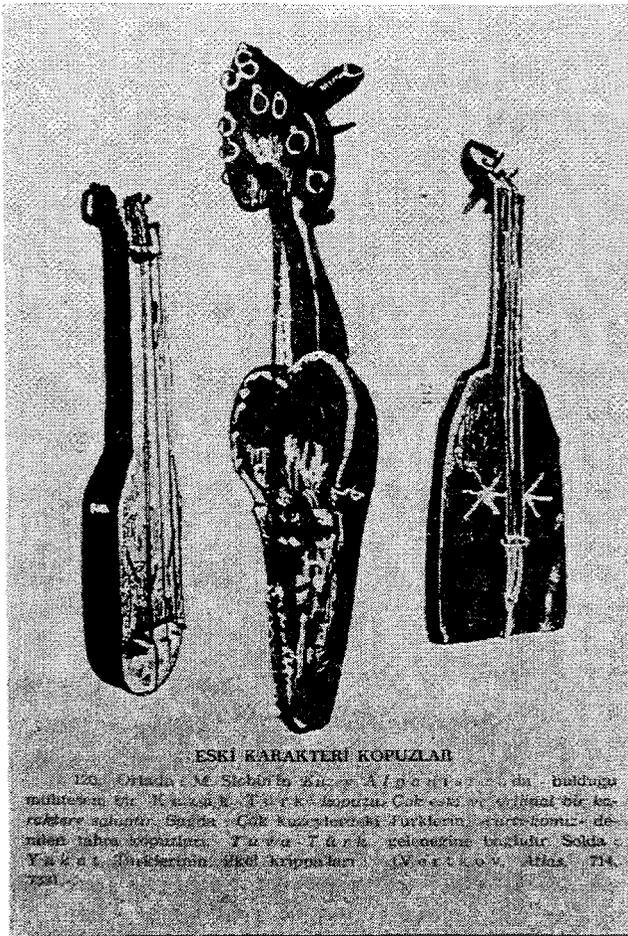


Abb. 2: Kobyz – rituelles Schamaneninstrument

Oruc Güvenç verweist immer wieder auf die besondere Bedeutung, die dieses Tonsystem im zentral- und mittelasiatischen Schamanentum einnimmt.

Walichanov (1961) beschreibt die Persönlichkeit des Schamanen als jemanden, „dem Zauberei und Wissen geschenkt wurde“. Kraft seiner geistigen Fähigkeiten stehe er über den anderen; er ist Poet, Musikant, Wahrsager und daneben Arzt“(7). Parallelen zum Hakim (Hezarifen) in der späteren islamischen Heilkunde sind offensichtlich (8).

Religionsphilosophische Grundlagen der Altorientalischen Musiktherapie

Die kultur- und religionsanthropologische Dimension der Altorientalischen Musik- und Tanztherapie macht deutlich, daß im islamischen, wie auch in ähnlicher Weise im gesamten östlichen Kulturkreis, Kunst vor allem die Funktion hatte, von der göttlichen Einheit der sich manifestierenden Schönheit und Gesetzmäßigkeit der kosmischen Ordnung zu zeugen.

Im Islam wird das Kunstempfinden mit der menschlichen Tugend der Weisheit in Zusammenhang gebracht. Die göttliche Einheit widerspiegelt sich im Einklang und einer Ausgewogenheit der geschöpflichen Vielfalt. Als Weisheit gilt die Fähigkeit, von der Schönheit der Welt auf die allgegenwärtige göttliche Einheit zu schließen. Diese Weisheit gründet sich auf ein in Regeln gefaßtes Wissen.

Aufgabe des Künstlers ist es, die von Menschen nach freiem Willen zu gestaltende Umwelt an jene, die göttliche Einheit bezeugenden Gesetzmäßigkeiten so vollkommen wie möglich anzugleichen. In dieser Hinsicht wird Kunst als ein höheres Ordnungsprinzip verstanden, das die Aufgabe hat, die Beziehung des Menschen zur Welt zu klären und dem Geist zu helfen, „von der unüberschaubaren Vielheit der Schöpfung auf die zugrundeliegende Einheit aller Dinge zu schließen“ (9). (vgl. Burckhardt 1955) Sie war menschliche Ausdrucksform zur harmonischen Gestaltung der Umwelt, welche „die göttliche Einheit“ in Form universeller Gesetzmäßigkeiten bezeugt.

Darüberhinaus zeichnete sich die islamische Geisteshaltung der damaligen Epoche durch eine prinzipielle Wissenschaftsoffenheit aus, was zur Folge hatte, daß von Anbeginn an das Studium naturwissenschaftlicher Disziplinen gefördert wurde.

Dem religiösen Gebot der Mildtätigkeit folgend, ließen die Herrscher der Seldschuken- und Osmanendynastien Spitäler aus Stein errichten, in denen affektorientierte und naturwissenschaftliche Behandlungsmethoden gleichrangig und gleichwertig nebeneinander angewandt wurden. In den Spitälern jener Zeit setzten die Ärzte neben naturwissenschaftlich begründeten Behandlungsmethoden eine Vielzahl künstlerischer, ästhetisch ansprechender, affektiv wirken-

der Sinnesgenüsse ein. So galten diese Krankenanstalten sowohl als wissenschaftliche Bildungs- und Behandlungsstätten, wie auch als Oasen der Stille und des Friedens (Abb. 3).

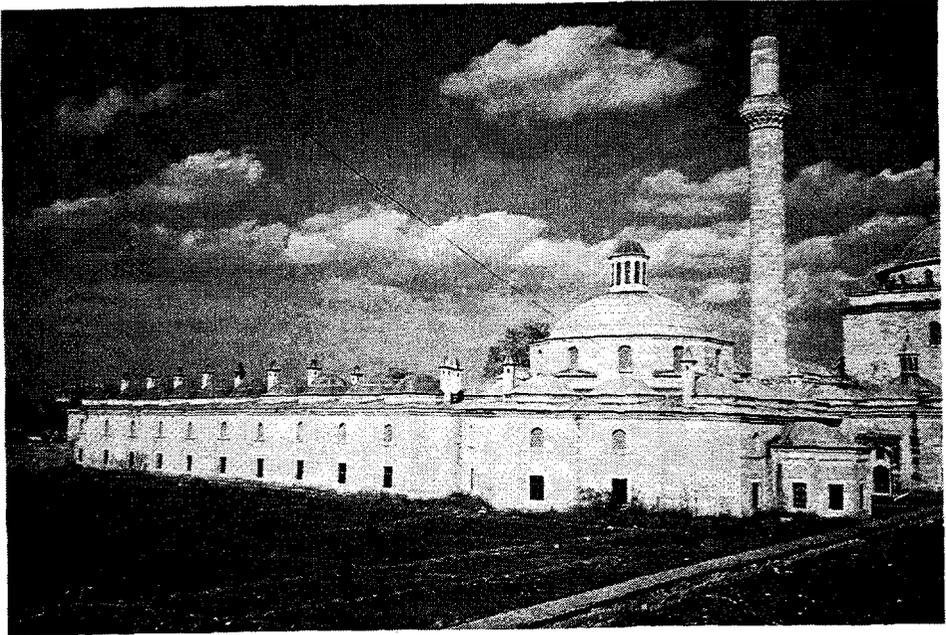


Abb. 3: Ansicht des von Sultan Bayezid II. gestifteten Musiktherapiespitals in Edirne

Durch das Lauschen harmonischer Klänge – sei es Gesang, Poesie, oder das Plätschern von Wasser durch das Verweilen in Blumen- und Pflanzenhainen, umgeben von harmonischer Innenraumgestaltung und Architektur, durch harmonische Farbgestaltung, das Üben harmonischer, physischer Bewegungsabläufe (Riyazed – siehe später), durch Wohlgerüche und gezielt eingesetzte, maßvolle Ernährung wurde versucht, die Grundlagen für die seelische und körperliche Genesung der Patienten zu schaffen.

Die Bedeutung des „Geistigen“ in der islamischen Heilkunde

Ibni Sina (Avicenna), der philosophische Arzt meinte, daß „Materie immer dem Geist folge“. Der Geist – als metaphysisches Prinzip – lenkt die Materie. Er erklärte dies am Beispiel einer Holzlatte, die, wenn sie am Boden liegt, ohne Probleme überschritten werden kann. Liegt dieselbe Latte in einiger Höhe über dem Erdboden, wird es nur wenigen glücken, dieses Brett zu überschreiten.

Gemäß Ibni Sina liegt der einzige Unterschied in der Angst, die es dem Menschen erschwert, das Brett zu überschreiten. Angst wiederum ist ein mentales Phänomen. Dieses mentale Moment allerdings zeige die Macht des Geistes über den Körper. Ibni Sina vertrat die Anschauung, daß natürlich auch umgekehrt, der Körper den Geist beeinflusst, jedoch der Geist der stärkere der beiden Anteile im Menschen ist. Er schließt seine Gedanken über die Interaktion von Geist und Körper damit, daß er postuliert, daß ein reiner, klarer und außerordentlich starker Geist in der Lage ist, nicht nur die eigenen, sondern auch andere Körper zu beeinflussen.

Diese philosophische Basis mag Heilerfolge durch Suggestion und Gebet erklären helfen. Der mentale, moralische und spirituelle Aspekt in der Heilkunde wurde vielfach bewiesen. (vgl. Tucek 1995)

Dem physischen Körper des Patienten mit seinen biologischen Funktionen kam bei Diagnostik und Behandlung große Bedeutung zu. Hierbei wurde nach naturwissenschaftlichen Methoden vorgegangen. Bei der Behandlung des Patienten wurde großes Augenmerk auf die Stärkung seiner Abwehrkräfte – analog den Ansätzen der Homöopathie und ihrem Widerstreit zur symptomatisch-pharmakologischen „Schulmedizin“ – gelegt.

Die gesamte islamische Medizin mit ihren vielfältigen Methoden war in den Rahmen der „Prophetischen Medizin“ eingebettet, die auf den Schriften des Heiligen Kur’an aufbaute.

Ibn Quayyim klassifiziert die „Prophetische Medizin“ als Rahmenwerk, welches globale medizinisch-diätetische Grundprinzipien beleuchtet, während hingegen die „wissenschaftliche Medizin“ sich mit Detailfragen der Heilkunde auseinandersetzt.

Er betont, daß der Mensch eine physische und geistig – mentale Einheit darstelle. So sagte er: „Es zeigt sich klar, wenn des Menschen

Geist stark wird und auch seine seelische und körperliche Natur gestärkt wird, diese in der Überwindung einer Krankheit aufs Engste zusammenwirken. Dies kann von niemandem geleugnet werden, außer von den unwissenden Menschen“. Seine Argumentation leugnete keineswegs die Effizienz einer physiologischen Kur, wies aber sehr deutlich auf die untrennbare Einheit geistiger und körperlicher Anteile im Menschen hin.

Als Essenz der „Prophetischen Medizin“ läßt sich also feststellen, daß zur Erlangung von Gesundheit die Harmonie zwischen physiologischen, psychologischen, spirituellen und moralischen Aspekten im Patienten wieder hergestellt werden muß.

Als Synthese aus den vielfältigen kulturellen und wissenschaftlichen Strömungen zentral- und mittelasiatischer Kulturen mit der Weltsicht und der Wissenschaftsauffassung des Islam, bildete sich ein neuer Gelehrtentypus heraus – der Hakim bzw. Hezarifen.

Ibni Sina (Avicenna), El Farabi (Al Farab) Hassan Suuri, Ebu Bekir Razi seien hier als einige berühmte Vertreter genannt. Sie vereinten alles zur damaligen Zeit vorhandene naturwissenschaftliche, musikalische, poetische, pharmazeutische, astrologische, astronomische, geologische, mathematische, medizinische Wissen etc. in einer Person.

Die Bedeutung der ärztlichen Intuition

Nizami fordert ausdrücklich eine Eigenschaft des Arztes, die oft nur nach langwieriger geistiger Schulung entwickelt werden kann – die der Intuition.

Ein Arzt sollte verschiedene Eigenschaften in sich vereinigen: So sei es einerseits nötig, ein klarer und logischer Denker zu sein, andererseits brauche er auch die Gabe der Intuition. Grundlage dafür sei ein geschärfter Geist, der es ermöglicht, „richtige Entscheidungen, gleich einem Weg zwischen Bekanntem und Unbekanntem“, zu treffen.

Ein Arzt, der nicht die Erhabenheit des Menschen anerkenne, könne keine freundliche Grundeinstellung haben. Wer nicht die Gabe einer logischen Denkweise entwickelt habe, könne nicht in rationalen Belangen erfolgreich sein. Wer nicht Gottes Hilfe habe,

könne nicht die Gabe der Intuition erlangen. „Ohne die Gabe der Intuition kann man aber die wahre Krankheitsursache nicht erkennen“ schließt Nizami.

Im Sinne einer ausgewogenen, gesunden Lebensführung postuliert Ebu Bekir Razi einen Weg der Mäßigung – weder übertriebenes Asketentum, noch ein ausschweifendes Leben werden als sinnvoll angesehen. So z.B. wird Asketentum nur um der Askese willen kritisiert. Askese zum Zwecke der Erlangung einer höheren Selbstkontrolle über körperliche Bedürftigkeit als Voraussetzung für die Öffnung intuitiver Seinsdimensionen wird aber durchaus propagiert.

Sehr eindrücklich beschreibt auch heute Yehudi Menuhin Intuition als „das Wissen von Ewigkeit und Unendlichkeit, von der Zweiheit in der Einheit, vom Kreislauf des Lebens, der Materie und allen Geschehens“. Er betont, daß sich Intuition keineswegs einer bewußten Pflege, Verfeinerung und Schulung entziehe. „Der höchste Grad der Intuition im Leben und in der Kunst ist nur denkbar, wenn Verstand und Gefühl rein, hingebungsvoll und ungetrübt sind und wenn die Technik des Ausdrucks und Denkens eine hohe Stufe selbsttätiger Kontrolle und Freiheit erreicht hat“.

In diesem Sinne mag auch die chinesische Erzählung von Lin Lung gemeint sein, die über die Verbindung von vollkommenem Grundton und vollkommenem Bewußtsein berichtet. Dort steht geschrieben, daß der vollkommene Ton genau der Höhe von Lin Lungs Stimme entsprach, wenn sie „frei von Leidenschaften“ sprach.

Instinkte und Triebe, die nicht mehr einem übergeordneten Zweck dienen, zerstören den Menschen. Er sucht ihre Erfüllung und Befriedigung ohne Bezug auf die Erfordernisse, denen sie ursprünglich dienten. Auf diese Weise verliert der Mensch das Gefühl der Verbundenheit zu seinen „Ursprüngen“.

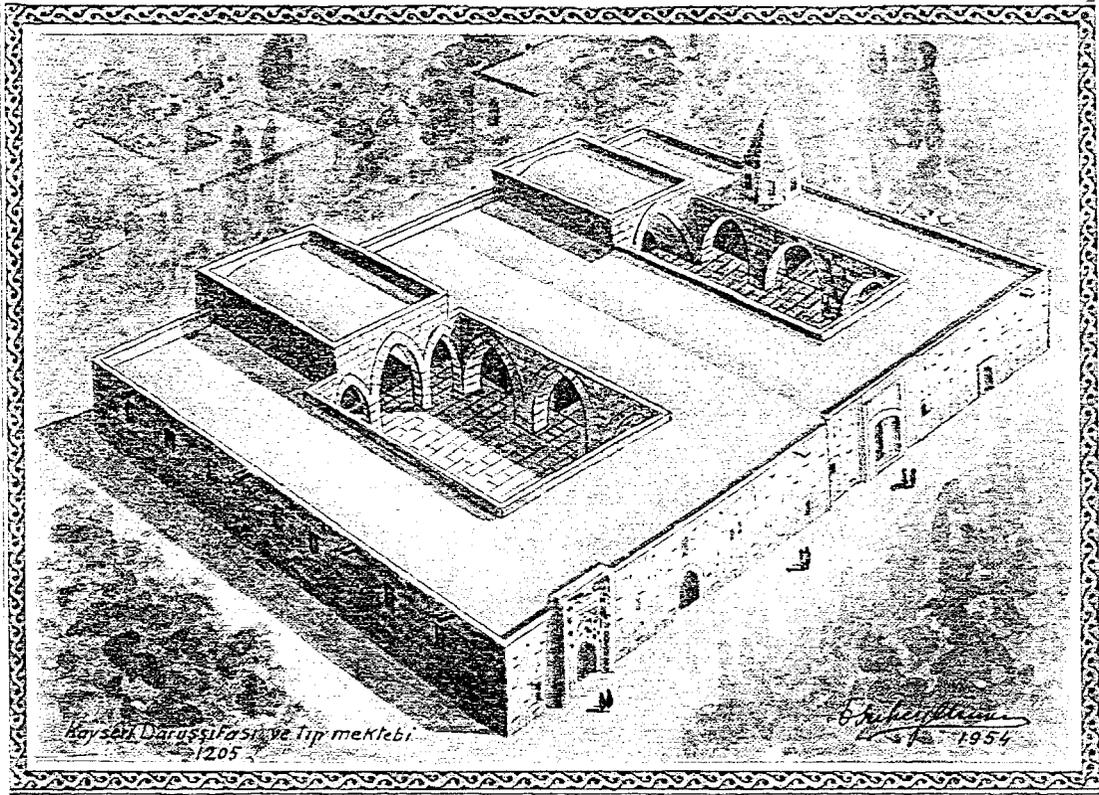
Menuhin spricht oben einen Kernpunkt geistigen Wachstums im Menschen an, indem er die selbstaufgelegte Disziplinierung und Kontrolle von Instinkten als Voraussetzung von wahrer menschlicher Freiheit in Fühlen, Denken und Handeln postuliert. Dieses von Menuhin angesprochene Prinzip ist im Rahmen östlicher Schulungsmethoden (wie der hier besprochenen Altorientalischen Musiktherapie) seit Jahrhunderten systematisch entwickelt und verfeinert worden, da diese Kulturen der Ausgewogenheit sowohl wissen-

schaftlicher wie auch intuitiver Zugangsformen große Bedeutung beimaßen.

Dementsprechend sehen wir etwa im islamischen Kulturkreis spätestens seit Al Farabi (950) die gezielte Anwendung wissenschaftstheoretischer Strategien wie auch Methoden zur Intuitionsschulung. So bedient sich auch Ibni Sina (Avicenna - 1052) gleichermaßen naturwissenschaftlicher und intuitiver Prinzipien umfassender Erkenntnisgewinnung, deren Grundlage das Streben nach Verbesserung des Menschen und die Vergrößerung seines Glücks war.

Bei jedem von ihm untersuchten Problem ermittelte er zunächst genau die Voraussetzungen des sich darauf beziehenden logischen Schlusses (Syllogismus) und stellte ihn in Bezug zum bisher erworbenen Wissen. Bei jeder Behauptung, die er überdachte, stellte er die logischen Prämissen fest und ordnete diese in eigens für diesen Zweck angelegte Mappen. Als nächsten Schritt prüfte er, was sich aus diesen Prämissen ergeben konnte und beobachtete die Bedingungen hievon, bis für ihn die Lösung des Problems feststand. In Fällen, bei denen es ihm nicht gelang, den Mittelbegriff eines Syllogismus zu ermitteln, flehte er "den Schöpfer des Weltalls" an, ihm zu offenbaren "was ihm verborgen war, und zu erleichtern, was ihm schwerfiel". Oft wurde ihm im Traum die Antwort auf eben jene Frage, die zu beantworten er sich vordem bemüht hatte, offenbart, sodaß er manche Lösung im Schlaf fand.

Im historischen Spitalskomplex von Kayseri/Türkei sind heute noch jene Zellen zu besichtigen, in die sich die angehenden Ärzte nach Abschluß ihrer theoretischen Ausbildung zur spirituellen Klausur unter der Anleitung geistiger Lehrer zurückzogen (Abb. 4).



Kayseri hospital and medical school in 1205.

Abb. 4 : Historischer Spitalskomplex in Kayseri

Diätetische Lebensprinzipien und ihr Einfluß auf das christliche Abendland

Die Medizin vergangener Jahrhunderte sah ihre Hauptaufgabe in der Erhaltung von Gesundheit. Es galt daher als die wichtigste Aufgabe des Arztes, die Lebensweise des gesunden Menschen so zu lenken und mitzugestalten, daß Krankheit erst gar nicht entstehen konnte.

Galen faßte in seiner „Ars Medica“ sechs diätetische Lebensregeln zusammen, aus denen in späterer Folge im islamischen Kulturkreis eine umfassende und detaillierte Gesundheitslehre entwickelt wurde, die sich an der täglichen, praktischen, klinischen Erfahrung orientierte.

Diese wiederum sollte auf vielerlei Weise die Entwicklung des Abendlandes beeinflussen.

Bei Ibn Sina etwa bildeten diese „sex res non naturales“ – obwohl nicht explizit erwähnt – ein klar durchstrukturiertes und ausformuliertes diätetisches Grundgerüst (nach Kümmel, 1977; S.132).

Licht und Luft – Speise und Trank – Bewegung und Ruhe des Körpers – Schlafen und Wachen – Leerung und Füllung des Körpers – Bewegung des Gemüts. Dieses Schema behielt bis Mitte des 19. Jhdts. auch im lateinischen Westen seine „kanonische Bedeutung“, die es erst durch die aufkommende experimentell – naturwissenschaftliche Medizin verlor. Dennoch bleiben viele Aspekte bisher gültiger diätetischer Lebensauffassungen von großer Wichtigkeit, wie etwa die Bedeutung seelischer Verfassung für Gesundheit und Krankheit.

„Für die bis ins 19. Jhdts. fortwirkende antik – mittelalterliche Humoralmedizin war die Seele gar nichts grundsätzlich vom Körper Verschiedenes, sondern gleichsam die „Innenseite des Körpers“ (Kümmel, 1977). Es fällt auf, daß vom Humanismus geprägte Strömungen im christlichen Abendland in ihren Gesundheitsschriften seit dem 15. Jhdts., in ihrer Bewertung Geist und Seele sogar über den Körper zu stellen begannen (Kümmel 1977). Erst durch die aufkommende „materialistisch – naturwissenschaftliche“ Medizinströmung des 19. Jhdts. verringerte sich die Bedeutung von diätetischen Gesundheitsregeln in der Medizin.

Seit den dreißiger Jahren des 20. Jhdts. wurden präventivmedizinische Ideen wieder aufgegriffen, und man begann nun wieder, die Diätetik früherer Jahrhunderte zu erforschen und – nicht nur historisch – ihren Wert auszumachen.

Musiktherapie und islamisch-wissenschaftliche Medizinauffassung

Islamische Medizin sieht den Menschen als Mikrokosmos, der in sich die gesamte Schöpfung wiederholt und so gesehen ein Schlüssel zum Verständnis allen Seins ist im Sinne des arabischen Ausspruchs „al – insan ramz al – wujud“: Der Mensch ist das Sinnbild der Schöpfung.

Aus dieser Sicht war der menschliche Körper ein materialisiertes Abbild der menschlichen Seele und deshalb ist die körperliche Disposition aufs Engste mit geistigem und seelischem Geschehen verbunden. Mit anderen Worten sah die islamische Medizin den Menschen als innen – und außenbezogenes Wesen. Innenbezogen durch geistige und seelische Prozesse, außenbezogen durch die verschiedenen Grade der makrokosmischen Hierarchien, die ihrerseits wieder Ausdruck universeller kosmischer Grundprinzipien waren.

Naturwissenschaftlich orientierte Medizin, Metaphysik und Kosmologie waren eng miteinander verbunden. Die medizinische Wissenschaft des Islam hatte jeweils einen spekulativ-theoretischen als auch einen praktischen Ansatz, die einander spätestens seit Al Farabi (870-950 n. Chr.) gleichrangig und gleichwertig gegenüberstehen. Auf dem Paradigma einer sich durch Naturgesetzmäßigkeiten manifestierenden, universell gültigen kosmischen Ordnung wurden Behandlungssysteme zur Wiedererlangung und Aufrechterhaltung von körperlicher und seelischer Gesundheit und Harmonie entwickelt.

Musik und Tanz als tragende Elemente schamanischer Heil- und Divinationsrituale behielten auch im Islam ihre Bedeutung bei, obwohl sie zum Teil ihre Form änderten. Mit der Einführung des Makam-Systems (Tongeschlechter) in die Musik wurde ihr direktes Heilpotential verfeinert, und Musiktherapie bekam im gesamten islamischen und zentral-asiatischen Kulturkreis ab dem 9. Jahrhundert eine klar definierte Stellung als reguläre Hilfsdisziplin in der Medizin.

Systematische Darstellung der Wirkung der rezeptiven Altorientalischen Musik- und Tanztherapie

Die Altorientalische Musik- und Tanztherapie ist ein in der Musik- und Medizingeschichte bisher einmaliges, in sich geschlossenes, praxisbezogenes, musiktherapeutisches Lehrsystem, das sich aus historischen Gründen klarer Weise nicht an westlich psychologischen Konzepten orientiert. Ihr Behandlungskonzept beinhaltet therapeutische, prophylaktische bzw. posttherapeutische Aspekte.

„Makamen“ sind neuntönig (d.h., daß ein Ganzton in neun Teiltönschritte geteilt wird) mikrotonal ausgerichtete Tonskalen, die mit spezifischen Klangstrukturen auf einem bestimmten Grundton aufbauen und somit nicht beliebig transponierbar sind. Von den heute 375 namentlich bekannten Makamen sind gegenwärtig noch etwa 50 Makamen tatsächlich in Verwendung.

Die Tabellen 1 und 2 veranschaulichen diesen aus heutiger Sicht „holistischen“ Ansatz. Wir sehen Zuordnungen der Makamen zu Tierkreiszeichen (10), Elementen, den Mischungen der Körpersäfte, den Geschlechtern, Tageszeiten und sogar zu Wochentagen. In verschiedenen musiktherapeutischen Schulen des Orients wurde näher beschrieben, welche Makam welchem Körperorgan zugeordnet ist.

Tabelle 1

Iatroastrologische Entsprechungen ausgewählter Quellen

Tierkreiszeichen	spätantike Entsprechungen	Abu Ma'sar (9.Jh.)	Kasf al-humum (14.Jh.)	Krankheitenliste Gotha 85	Ms.Sain und pers. Mss.	Alternativen im Ms. Sain
1. Widder	Kopf	Kopf, Gesicht, Augen	Kopf, Gesicht	Rast	Rast	
2. Stier	Nacken, Hals	Nacken, Hals	Nacken	Iraq	Isfahan	
3. Zwilling	Schultern, Arme	Schultern, Arme, Hände	Schultern	Isfahan	Iraq	
4. Krebs	Herz, Unterleib	Herz, Brust, Milz Lunge, Magen	Brust	- Zirafgand	Kücik = Zirafgand	Isfahan
5. Löwe	Brust, Magen	Magen, Herz, Flanke	oberer Rücken	Rahavi	Burzburg	
6. Jungfrau	Bauch	Bauch, Gedärm, Zwerch (Bauch)fell	unterer Rücken	Burzburg	Hijaz	
7. Waage	Nieren, Rückgrat	Nieren, Lenden Bauch unterhalb des Nabels, Kreuz	Hüften	Zankula	Busalik	Hicaz
8. Skorpion	Eingeweide	Geschlechtsteile Blase	Geschlechtsteile	Hicaz	Ussak	Busalik
9. Schütze	Hüften, Lenden	Lenden, Oberschenkel	After	Busalik	Nawa	
10. Steinbock	Knie	Knie	Lenden	Nawa(Ms.:Ussaq)	Husaini	
11. Wassermann	Schienbeine	Unterschenkel	(Unter)Schenkel	Husaini	Zangula	
12. Fische	Füße	Füße	Füße	Ussaq(Ms.:Nawa)	Rahawi	Ussak

Die Reihenfolge der Modi aus der Krankheitenliste Gotha 85, Su'uri und Ms. Sain (Text Nr. 4 nach Neubauer 1990)

Tabelle 2

Die astrologisch-medizinischen Zuordnungen der Musikpraxis im Anonymus Gotha 85 (Text 1 nach Neubauer 1990)

	Tierkreiszeiche	Elemente	Mischungen	Körpersäfte	Geschlecht	Tag/Nacht	Wochentage
1. Rast	Widder	feurig	warm - trocken	gelbgallig	männlich	tagbezogen	Dienstag (Mars)
2. Iraq	Stier	erdig	kalt - trocken	schwarzgallig	weiblich	nachtbezogen	Freitag (Venus)
3. Zirafkand	Zwillinge	luftig	warm - feucht	blutbezogen	männlich	tagbezogen	Mittwoch (Merkur)
4. Isfahan	Krebs	wässrig	kalt - feucht	weißschleimig	weiblich	nachtbezogen	Montag (Mond)
5. Rahawi	Löwe	feurig	warm - trocken	gelbgallig	männlich	tagbezogen	Sonntag (Sonne)
6. Buzurk	Jungfrau	erdig	kalt - trocken	schwarzgallig	weiblich	nachtbezogen	Mittwoch (Merkur)
7. Zankula	Waage	luftig	warm - feucht	blutbezogen	männlich	tagbezogen	Freitag (Venus)
8. Maya	Skorpion	wässrig	kalt - feucht	weißschleimig	weiblich	nachtbezogen	Dienstag (Mars)
9. Busalik	Schütze	feurig	warm - trocken	gelbgallig	männlich	tagbezogen	Donnerstag (Jupiter)
10. Nawa	Steinbock	erdig	kalt - trocken	schwarzgallig	weiblich	nachtbezogen	Samstag (Saturn)
11. Husaini	Wassermann	luftig	warm - feucht	blutbezogen	männlich	tagbezogen	Samstag (Saturn)
12. Ussaq	Fische	wässrig	kalt - feucht	weißschleimig	weiblich	nachtbezogen	Donnerstag (Jupiter)

Historische Grundlage der Wirktheorie der Altorientalischen Musiktherapie ist die "Ethoslehre" in der Musik. Ihr Grundgedanke in der Musik ist die Theorie einer engen, auf dem Prinzip von Bewegung beruhenden Wechselbeziehung zwischen Klang und Rhythmus einerseits und dem menschlichen Gemütsleben andererseits. Ihr Hauptsatz lautet: „Die hörbare Bewegung vermag die Bewegung der Seele nicht nur darzustellen und widerzuspiegeln, sondern auch zu erzeugen“ (nach H. Albert in: Kümmel 1977).

Islamische Gelehrte und Ärzte verknüpften die antike Lehre vom „Ethos“ in der Musik mit dem Körper - Seele - Verständnis der Humoralmedizin und gliederten die Musik fest in die Diätetik und Therapie ein. Dabei war man sich (in diesem Bereich) durchaus bewußt, daß trotz des Untergangs der altgriechischen Musik die „Ethos - Lehre“ in ihren Grundzügen weiterhin gültig war. Ishak al-Mausili (767-850 n.Chr.) bezeichnet Musik als „Nahrung der Seele“ (E.Neubauer, Kümmel 1977).

Der berühmte Arzt und Philosoph Al Farabi (870-950 n.Chr.) prägte den für die Entwicklung der Musiktherapie grundlegenden Ausspruch: „Der Körper ist krank wenn die Seele geschwächt ist und er ist beeinträchtigt, wenn sie beeinträchtigt ist. Daher geschieht die Heilung des Körpers durch die Heilung der Seele, indem ihre Kräfte wieder hergestellt und ihre Substanz in die rechte Ordnung gebracht wird mit Hilfe von Klängen, die dies bewirken können und dafür geeignet sind.“ Die in die Medizin eingegliederte Anwendung von Musik erfolgte überaus differenziert.

El Farabi entwickelte zum Zwecke der Wiederherstellung verlorengangener Harmonie ein spezielles Musikinstrument: die Ud (eine Urform der Laute). Ziel seines Musizierens war es, die Stimmung des Patienten positiv zu beeinflussen. Von Al Farabi wird erzählt, er sei imstande gewesen, die Menschen mit seinem Spiel in freudige Erregung, Melancholie und auch tiefen Schlaf zu versetzen.

Wie ich bisher zu zeigen versuchte, beruht der Gebrauch von Musik als Behandlungsmethode auf der im gesamten östlichen Kulturkreis verbreiteten Überzeugung, daß Musik bei Krankheiten Linderung verschaffen kann.

Musik hatte im 9. Jahrhundert in der Welt Zentralasiens, des vorderen Orients, sowie Kleinasiens eine Stellung als reguläre Hilfsdis-

ziplin in der Medizin, die sie in der westlichen Medizin zu diesem Zeitpunkt noch nicht inne hatte. Sie diente sowohl als Mittel zur Gesundheitsvorsorge wie auch als Behandlungsmethode. Im Zuge der „Assimilation“ der Medizin Zentralasiens und des Vorderen Orients übernahm der lateinische Westen vom 11./12. Jhdt. an diese heilende Funktion der Musik. Dies war unter anderem deshalb möglich, weil viele Texte, die meist in arabischer Sprache verfaßt waren, ins Lateinische übersetzt wurden. Evliya Celebi berichtete 1665 über das größte Wiener Krankenhaus beim Stephansdom, daß Musiktherapie in diesem Spital so angewandt wurde, wie es in den türkischen Krankenhäusern in Edirne und Damaskus üblich war.

Über die Musiktherapie im Krankenhaus von Edirne berichtete Evliya Celebi, daß sich ein Arzt, die Kranken und sieben Musiker um den Brunnen des Spitalsinnenhofes versammelten, der durch sein sanftes Wassergeplätscher die heilsame Wirkung der Musik noch unterstützte. Der Musiktherapeut hatte bei seiner Behandlung, so wie auch bei jedem anderen Medikament oder Therapieverfahren darauf zu achten, daß Mittel und Arzt nicht durch Versagen bei einem hoffnungslosen Krankheitsfall in Mißkredit geraten.

Der therapeutische Effekt der Altorientalischen Musiktherapie beruht auf einer Abfolge bestimmter Modi und Melodien und nicht etwa auf der Wirkung einzelner Klänge. Wie vielfach in der Literatur dargestellt, wurde Musik eine direkte Wirkung auf menschlich – seelisches Geschehen zugeschrieben, wodurch sie indirekt auch körperliches Geschehen beeinflusste. Andererseits war aber auch klar, daß die auf den Körper angewandten Medikamente ihrerseits Rückwirkung auf seelische Befindlichkeiten ausübten.

In der Altorientalischen Musik- und Tanztherapie folgte man einer „allopathischen“ Konzeption, nach der Musik dazu diente, einen bestimmten Affektzustand auszugleichen, bzw. ihn aufzuheben. Eine Beschreibung von Abd El Kerim Al Khahal aus dem 14. Jhdt. faßt zusammen, was Musik als Behandlungsform leisten kann: (Vgl. Neubauer 1990)

- Musik hat sowohl diätetische als auch therapeutische Funktion. Als Umsetzung des „kosmischen Klanges“ nährt sie die Geistseele des Menschen so, wie die materielle Nahrung den Leib nährt.
- Musik eignet sich vor allem zur Seelenhygiene und Heilung.

- Musik hat direkte organspezifische Wirkung. Über die Nefs (im Sinne Özelsels 1994 ein in verschiedenen Stufen sich wandelnder menschlicher Bewußtseinszustand) wirkt sie auf den Körper.
- Musik wirkt durch die Freude heilsam, die sie im Menschen hervorzurufen vermag. Diese freudvollen Gedanken wirken beruhigend oder aktivierend.
- Musik wirkt stärkend auf das menschliche Immunsystem.
- Musik wird zur Behandlung von Akutschmerz herangezogen.

Oruç Güvenç hat 1985 in seiner Dissertation dieses historisch gut dokumentierte Therapiesystem erstmals aus der Sicht einer praktisch- musiktherapeutischen Perspektive einer wissenschaftlichen Betrachtung und Aufarbeitung zugeführt. Seither sind die therapeutischen Effekte und die transkulturelle Wirkung dieser Behandlungsmethode in weiteren Beiträgen von Gutjahr, Brüggnerwerth, Wilcken, Machleidt, Hinrichs 1993; Özsel 1995; und Tucek 1995, 1997 diskutiert worden.

Als Vertreter der historisch- theoretischen, islamwissenschaftlichen Forschungsdimension sind Farmer, Sari, Terzioglu, Kümmel, Neubauer, Bürgel, Shiloah u.a. zu nennen.

Grundlagen der aktiven Altorientalischen Musik-, Tanz- und Bewegungstherapie

Das Wissen um die Zusammenhänge von schöpferischer Bewegung und der sich durch sie manifestierenden Formen prägte speziell die Lebensrhythmen der Menschen nomadischer Kulturen. Das wird durch Lebens-, Musik-, Tanz- und Bewegungsmuster dieser Menschen ersichtlich.

Im Orient bedeutet der Begriff „Riyazed“, als Grundlage der Bewegungstherapie, eine zum Zustand völliger physischer und psychischer Harmonie führende, den gesamten Menschen erfassende Bewegung (11). Die Theorie des Riyazed gründet sich auf Punkt 3 „Bewegung und Ruhe des Körpers der sechs „res non naturales“ (siehe oben).

Es gibt zwei Formen des Riyazed, das wiederum in drei Grade unterteilt wird:

- Riyazed, das einzelne Organe aktiviert

- Riyazed, das den gesamten Organismus einbezieht.

Um den Menschen in einen Zustand harmonischer Ausgeglichenheit zu bringen wird je nach Intensität zwischen „großem“, „mittlerem“, „kleinem“ Riyazed unterschieden.

- „Riyazed Kavie“ (großes Riyazed):

ist für schwer arbeitende Menschen wie etwa Lastenträger oder Ringer angebracht; schnelles Laufen ist dieser Form zuzuschreiben.

- „Orta Riyazed“ (mittleres Riyazed):

entspricht etwa dem zügigen Gang

- „Hafif Riyazed“ (leichtes Riyazed):

Reiten wird hier als eine der geistigen und körperlich am vollkommensten harmonisierenden Bewegungsformen angesehen. Als eine vergleichbare Umsetzung dieses Prinzips im Westen sei hier die Hippotherapie genannt.

Die Ärzte des Mittelalters setzten im Sinne obiger Ausführungen eine Vielzahl ästhetisch ansprechender, affektiv wirkender Sinnesgenüsse ein. Vor Beginn und nach Beendigung eines jeden Riyazed wurden Massagen empfohlen – durchaus in geistiger Nähe zu verschiedenen Formen psychotherapeutischer Massagen wie z.B. Toccare-Massage von George King oder die Biodynamische Massage – von denen es neun verschiedene Formen gab mit folgenden Funktionen:

- Vorbereitung des Organismus auf die nachfolgende Beanspruchung
- Stärkung eines geschwächten Organs durch Anregung der Durchblutung. Hierbei wurde darauf Bedacht genommen, daß zu starker Druck bei der Massage einen gegenteiligen Effekt haben konnte.
- Unterstützung bei der Ausscheidung toxischer Stoffe aus dem Körper.

Da die Bewahrung und Wiederherstellung von Harmonie zwischen zwei gegensätzlichen Polen ein zentraler Gedanke aller östlichen Heilmethoden ist, nahm man ebenso auf tageszeitliche wie auch klimatische Bedingungen Rücksicht. So wurde empfohlen, diese Übungen nicht bei Mittagshitze, Völlegefühl, Hunger oder Müdigkeit zu vollziehen. Großes Augenmerk wurde darauf gelegt, diese Übungen nicht im Sinne einer Leistungssteigerung zu vollziehen.

Das Konzept des Riyazed bezogen auf die verschiedenen Sinnesbereiche

- Riyazed für das Gehör:
das Hören harmonischer Klänge, sei es Gesang oder Poesie. So gab es in den Spitälern neben Musiktherapie auch Geschichtenerzähler, um die Kranken aufzumuntern.
- Riyazed für das Auge:
die Betrachtung der Natur, von Blumen und Pflanzen, harmonische Farbgestaltung, das Leben in harmonischer Innenraum- und Gebäudearchitektur sowie das Betrachten schöner Formen.
- Riyazed für das Olfaktorium:
durch die Anwendung von ätherischen Ölen und Blütenessenzen. Je nach Grundtypus wurde zwischen warmen und kühlen Charaktertypen unterschieden, denen jeweils typische Geruchsessenzen zugeordnet waren. (z.B. bei warmen Typen: Kampfer, Rose, u.a.; bei kalten Typen: Amber, Sandelholz u.a.)
- Riyazed für den Verdauungstrakt:
gezielt eingesetzte, maßvolle Ernährung. So wurde zum Beispiel Wachtelfleisch gereicht, das wegen seiner Fettarmut bei der Behandlung von Geisteskrankheiten große Wichtigkeit hatte. Fastenperioden.
- Riyazed für den Tastsinn:
weiche, runde Oberflächenstrukturen, weiche Materialien und Stoffe.
- Riyazed für die Stimme:
freundliche Gespräche, Singen, Lachen, Poesie.
- Riyazed für das allgemeine Wohlbefinden:
harmonische physische Bewegungsabläufe, Diätetik, Musik. Zur Überwindung von Wut- oder Angstzuständen wurde das Hören von Musik empfohlen, sowie die Nähe von geliebten, vertrauenswürdigen Menschen. Gespräche mit hoffnungsvollen und vertrauensfördernden Inhalten sollten mit dem Leidenden geführt werden.
Auf diese Weise wurde versucht, die sozialen und psychologischen Grundlagen für eine seelische und körperliche Genesung der Patienten zu schaffen und die Wirkung etwaiger chirurgischer oder anderer

wertiger medizinisch- medikamentöser Behandlungsmethoden zu verstärken.

Es läßt sich unschwer erkennen, daß das Riyazed-Konzept sowohl prophylaktisch, wie auch therapeutisch gleichermaßen zur Anwendung kam.

Verwandte Konzepte sehen wir bei Gurdijeffs „heiligen Bewegungen“, einem Ansatz der 1997 den Gegenstand der wissenschaftlichen Abschlußarbeit von Ch. Alf an der Hochschule für Musik in München bildete: Gurdijeff-Bewegungen als holistische Prophylaxe und persönlichkeitsbildendes Agens an Regelschulen. Gurdijeff ordnete dem Körper eine Art Bewegungsalphabet zu, dessen schrittweise Erschließung er für wesentlich für ein gelingendes Leben hielt. Er betonte in diesem Zusammenhang besonders die Notwendigkeit sinnvollen Haushaltens und gezielten Einsatzes des menschlichen Körperenergiepotentials.

Ähnliche Gedanken finden wir auch in historischen Schriften islamischer Mystiker formuliert. Durch die achtsame Kombination von Musik und Bewegung wird in der Altorientalischen Musik- und Tanztherapie versucht, dem Patienten über musikalischen Klang und körperliche Bewegung eine positive, sich prozeßhaft verfeinernde Bezugsaufnahme zu den eigenen körper- und sinnhaften Seinsdimensionen zu ermöglichen.

Tranceerleben wird hierbei als eine der menschlichen Grundfähigkeiten miteinbezogen. Es steht die These, daß die Schaffung menschlicher Entfaltungsmöglichkeiten durchaus auch in heutigen westlichen, ratioorientierten Industriegesellschaften als Bedingung einer „gesunden“ Daseinsrealisation rationalen Hypertrophien gegenwärtiger Leistungsideologien korrigierend entgegenwirken könnte. (Mastnak in: Tanztherapie – Beiträge zur Angewandten Tanzpsychologie/ Hörmann, 1993)

Altorientalische Musik- und Tanztherapie in der Gegenwart

„Unsere gegenwärtige (abendländisch – wissenschaftliche) Denkungsweise hat eine kleine Bluttransfusion aus östlichem Gedankengut nötig“ (12).

Die Sicht von Krankheit und Gesundheit in der Alt-orientalischen Musiktherapie (13)

Die Altorientalische Musiktherapie geht aus von:

- einem heilen und unzerstörbaren Kern des Menschen. Ibni Sina etwa erkannte im Menschen ein angeborenes Streben nach Schönheit und Harmonie und sah die Liebe als treibende Kraft in der Gesellschaft.
- Der Sichtweise, daß Krankheit eine Folgeerscheinung von Disharmonie geistiger und mentaler Aspekte im Menschen ist, die sich durch den Körper als sichtbar gewordener Ausdruck manifestiert.
- Dem Vertrauen in eine dem Menschen prinzipiell grundlegende Fähigkeit, verlorengegangene Harmonie im Leben wiederherstellen bzw. unter Einhaltung diätetischer Grundregeln auch erhalten zu können.
- Einem Behandlungskonzept, das disharmonische Anteile des Menschen durch harmonisierende Impulse in den ursprünglich ausgeglichenen Zustand zurückzuführen trachtet. Es wird also versucht, die entsprechende Tugend zu entwickeln, welche die Fehlhaltung ausgleicht bzw. beseitigt. Immer wieder wird in diesem Zusammenhang auf das ethische Verantwortungsbewußtsein des Menschen verwiesen.
- Der Annahme, daß der Geist als metaphysisches Prinzip die Materie lenkt. Natürlich beeinflusst auch umgekehrt körperliches Geschehen den Geist, doch ist das geistige Prinzip der stärkere Anteil im Menschen. (vgl. Tucek 1995, 1997)
- Der Annahme, daß der Mensch als Teil der gesamten Schöpfung universellen Ordnungsprinzipien unterliegt, die es zu verstehen gilt und die auch nach gelebter praktischer Umsetzung verlangen.
- Einem gegenwarts- bzw. zukunftsorientierten Therapieplan. Der Therapeut konzentriert sich auf die Stärkung "gesunder" Persönlichkeitsanteile.
- Freien, musikalischen Improvisations- und feststehenden Kompositionselementen (im Sinne einer Ausgewogenheit zwischen festgelegter musikalischer Struktur und intuitivem Spiel), die eine

einmalige, also nicht kopier- bzw. in selber Form wiederholbare Therapiesitzung ausmachen.

- Der zentralen Bedeutung originären Erlebens harmonischer Gefühlszustände. Akustische, visuelle und andere affektiv wirkende Impulse sollen einen Ausgleich zu bestehenden Irritationen schaffen.
- Gleichrangigkeit und Gleichwertigkeit wissenschaftlicher und intuitiver Erkenntnisgewinnung.
- Der Notwendigkeit, berufliches und privates Handeln des Therapeuten in Einklang mit hohen ethischen und moralischen Werten zu bringen. Die Heranbildung zu einer reifen, verantwortungsvollen Persönlichkeit steht im Vordergrund. Theoretische und praktische Lehrmethoden schulen kognitive und intuitive Persönlichkeitsanteile.

In diesem Sinne ergeht auch die Forderung an den Musik- und künstlerischen Therapeuten, nicht bloß Anwender verschiedener musikalischer Behandlungstechniken zu sein, sondern sein gesamtes Leben in den Dienst einer höheren Ordnung zu stellen; wie die Chinesen sagen: „gleich Eisenspänen auf einem Papier, die sich alle nach einem Magneten ausrichten“.

- Dem Glauben an die Heilkraft von Gebet. Deshalb wird die Dimension des Gebets ausdrücklich nicht ausgeschlossen. Der Begriff „Gebet“ wird jedoch sowohl überkonfessionell verstanden, wie auch dahingehend interpretiert, daß beispielsweise auch das Musikspiel selbst, so es von einem entsprechenden geistigen Konzept getragen und durchdrungen ist, als eine Form von Gebet verstanden werden kann. 1989 konnte Larry Dossey an Hand von nach naturwissenschaftlichen Kriterien konzipierten Doppelblindstudien bei Menschen und später bei Weizenkeimlingen eindeutig die positive Wirkkraft von Gebeten auf physiologische Abläufe beweisen. (Dossey, L. *Recovering the Soul – A Scientific and Spiritual Search*, Bentam Books, New York 1989)
- Von der Überzeugung, daß es Berührungspunkte zwischen wissenschaftlichen Forschungsdisziplinen und transzendenten philosophischen Konzepten gibt, und somit die künstliche Kluft zwischen diesen Disziplinen, die seit Descartes errichtet wurde, Schritt für Schritt überwunden werden kann.

Musik- und tanztherapeutisches Instrumentarium

Die Auswahl der im therapeutischen Prozeß zum Einsatz kommenden Musikinstrumente wird mit großer Sorgfalt getroffen, da den Wesensmerkmalen ihres Klanges große therapeutische Bedeutung zugemessen wird. Jedem Instrument wird spezifische emotionale Wirkung zugeordnet. So ist der emotionale Gehalt des Blasinstrumentes *Ney* (Bambusflöte mit sieben Klanglöchern) eher meditativ – kontemplativ. Die *Rebab*, eine dreisaitige Kniespießgeige (Familie der Stachelfideln), vermittelt dank ihrer Bespannung mit Pferdehaar auf einer Schafs- oder Fischmembran eher ätherisch empfundene Klänge. Das 11-saitige Zupfinstrument *Ud* (Laute) erweckt durch sein Klangvolumen und die rhythmische Spielart eher dynamische, erdgebundenere Gefühle. Die *Dombra*, ein jahrhundertaltes, zweisaitiges Zupfinstrument, wird als Rhythmusinstrument eingesetzt. In der Baksetanztherapie ist es neben der *Kobuz*, (Kilkobuz) das Hauptinstrument.

Die *Cenk* im musiktherapeutischen Einsatz vermittelt in ihren Klangmustern die Leichtigkeit und die stete Bewegung von Wasser- und Windbewegungen. Der Klang der Kilkobuz vermittelt Kraft, Vertrauen und Klarheit des in Gleichklang mit der Natur lebenden Menschen; die Achtung vor der „Seele der Tradition“. Ihr wird oft – ähnlich der *Rebab* – eine „hypnotische“, „mystische“, „überirdische“, „geheimnisvolle“ Klangwirkung zugeschrieben. Es ist das zweite Hauptinstrument in der Baksetanztherapie. Die Rahmentrommel *Mazhar* sowie die Paartrommel *Kudüm* sind als Rhythmusinstrumente in der Altorientalischen Musik-, Tanz- und Bewegungstherapie gleichermaßen in Verwendung.

Das *Wasser* gilt als ein in wohl allen Kulturen geachtetes Symbol des Lebens, der Klarheit und Reinheit. Im therapeutischen Einsatz dient das Wasser dazu, den unkontrollierten Fluß von zumeist negativen Spontangedanken zu kanalisieren und auf das sanfte Wasserplätschern zu fokussieren. Auch bei der Instrumentierung wird versucht, komplementäre Prinzipien (Yin – Yang, irdisch – transzendent u.a.) in Balance zu halten.

Bewegung und Tanz in der Altorientalischen Musiktherapie

Der aktiven und rezeptiven Altorientalischen Musiktherapie liegt also ein in sich konsistent durchstrukturierter, nicht konfliktorientierter, sondern auf dem Prinzip des Ausgleichs beruhender Behandlungsplan zugrunde.

Das Konzept der aktiven Altorientalischen Musiktherapie, die man nach westlichem Sprachgebrauch als „Bewegungstherapie“ beschreiben kann, geht davon aus, daß „therapeutische“ Bewegungen nicht nur funktionalen Charakter haben, wie etwa rehabilitative Bewegungsübungen einer Physiotherapie, sondern darüber hinaus auch Träger und Vermittler universeller geistiger Prinzipien sind.

Gemäß einer „allopathischen „ Wirktheorie prägt Bewegung unser Wahrnehmen, Denken und Fühlen ebenso wie andere affektive Medien, sei es der tönende musikalische Klang, das gesprochene Wort oder der Geruchssinn. Es wird von der Theorie ausgegangen, daß derartigen „rituellen“ Bewegungen in der Natur beobachtbare Phänomene wesenhaft zugrunde liegen.

In Zentralasien und anderen östlichen Kulturen führte die Beobachtung von Naturphänomenen die Menschen zum Wesenhaften, das sich durch diese (Phänomene) vermittelt. Diese universellen Bewegungsmuster bleiben zwar, gleich Wind- oder Wasserströmung, ihrer Form nach unsichtbar, hinterlassen jedoch durch ihre Wirkung deutliche Spuren. Hier sind eindeutige Verbindungslinien zur evolutionären Erkenntnistheorie zu sehen: Zusammenhänge von Naturgesetz und (nicht nur kognitiver) Erkenntnis, von physikalischem Prinzip und geistigem Phänomen.

Zentraler Ausgangspunkt der Altorientalischen Bewegungstherapie ist die „spiralische Bewegung“, die einen beständigen, ineinander übergehenden Ausgleich von Himmels- und Erdenergien, vergleichbar dem fernöstlichen Konzept von Yin und Yang, herbeiführen soll. Diese Bewegungs- und Tanzelemente können auf drei Bewußtseinssebenen verstanden werden:

- der Ebene des rein physiologisch praktischen Übens, im Sinne physiotherapeutischer Übungen;

- der Ebene differenzierter Körper- und Gefühlswahrnehmungen, die durch den Bewegungsfluß bewirkt werden;
- der Ebene der mentalen Weiterführung zu einer in die „Unendlichkeit“ weiterlaufenden Bewegung.

Das Dinergiemodell

In seiner Beschreibung harmonischer Proportionen in Natur, Kunst und Architektur verweist György Doczi (14) auf seine Studien, die ihn zur Erkenntnis führten, daß allen Formen in der Natur gleiche Grundstrukturen zugrunde liegen. Er prägte den Begriff „Dinergie“, mit dem ein allgemein gültiger, musterbildender Prozeß gemeint ist, der durch das Zusammentreffen von Gemeinsamkeiten und Gegensätzlichkeiten begrenzte Formen erschafft, die uns deshalb als „harmonisch“ erscheinen, weil sie die Prinzipien der kosmischen Ordnung verkörpern sollen. Diese harmonischen Proportionen tauchen nach Doczi in verschiedener Form in Natur, Kunst und Architektur gleichermaßen auf. Der Begriff Dinergie wurde geprägt, weil bislang bekannte Begriffe für Verbindungen von Gegensätzen, wie etwa „Polarität“, „Dichotomie“, „Dualität“ oder „Synergie“ (15) nicht auf die diesen Verbindungen innewohnende kreative Kraft hinweisen.

Die notwendige Zusammenführung von Gegensätzen war auch seit jeher ein zentrales Thema der Mythologien vieler großer Kulturen. Daß zwischen den zahllosen verschiedenen Formen dieser Welt eine Verbindung besteht, zählt daher wohl zu den ältesten Erkenntnissen der Menschheit.

Es galt das Paradigma, daß der Mensch durch bewußtes, reflektierendes Begreifen dieser – aller Schöpfung gemeinsam zugrundeliegenden – Ordnungsprinzipien an der Harmonie des gesamten Kosmos teilhat.

So wird berichtet, daß Buddha einmal eine Predigt gehalten habe, ohne dabei ein einziges Wort zu sprechen. Er zeigte seinen Zuhörern lediglich eine Blume.....

Das Faktum, daß man bei allen in der Natur auftretenden Formen immer wieder auf gleiche Grundmuster stieß, führte die Wissenschaftler östlicher Kulturkreise zu dem Schluß, daß alle Schöpfung

wesenhaft durch gemeinsame Gesetzmäßigkeiten miteinander in Verbindung stehe – Erkenntnisse, die durch Quantenphysik und Chaosforschung mittlerweile weitgehend bestätigt zu sein scheinen (siehe Tucek , 1997).

Die menschliche Embryonalentwicklung zeigt – analog – wie aus Flüssigkeit ein fester Organismus entsteht: man erkennt bei diesem Prozeß in ihm wirkende und ihn formende Bewegungsmuster.

Gegenwärtige Entwicklungen

Das gegenwärtige System der Altorientalischen Musik- und Tanztherapie versteht sich als dynamisches Konzept, welches sich aus folgenden Elementen zusammensetzt:

- Rezeptive Makam-Musik – traditionell
- Meditations- und Heiltanzzeremonien – traditionell
- Bewegungstherapie – traditionelle Elemente, die diagnosespezifisch verschieden kombiniert werden; – in fortlaufender Entwicklung begriffen.

Wie zuvor dargestellt, sind die rezeptive Musiktherapie sowie die traditionellen Heiltänze historisch gut belegte, in sich schlüssige und in ihrer theoretischen Entwicklung abgeschlossene, therapeutische Ansätze mit jahrhundertelanger, empirisch erprobter Wirksamkeit.

Unser Versuch einer wissenschaftlichen Aufarbeitung dieses Therapieansatzes orientiert sich demgemäß primär daran, die auftretenden Wirkphänomene aus heutiger wissenschaftlicher Sicht zu beobachten, zu beschreiben und zu interpretieren.

Neben einer bis zu einem gewissen Grad objektivierbaren physiologischen Wirksamkeit der beschriebenen Behandlungskonzepte, stoßen kausalanalytische Überprüfungsverfahren dort an ihre Grenzen, wo komplexe, ineinandergreifende Wirkmechanismen tätig werden. Hier mögen kybernetische Denkmodelle bzw. deren Weiterentwicklungen sowie die im östlichen Kulturkreis übliche Methode des Analogieschlusses als Erklärungsmodelle hilfreich sein. Jedenfalls aber bedarf es der Loslösung vom mechanistischen Menschen – und Weltbild, das „Gesundheit“ als störungsfreies Funktionieren körperlicher Prozesse interpretiert. Tradition versteht sich hier im Sinne eines lebendigen Prozesses, der Vergangenes nicht

sinnentleert reproduziert, sondern als schöpferischer Akt immer wieder in der Gegenwart neu erschafft – ganz analog wie etwa Karlheinz Stockhausen oder Igor Strawinskij auf den Sinn von Tradition als immer neu zu erschaffendes Übernommenes hinweisen, als sich immer neu gebärende Entität in ihrem Seinskontinuum (1). Dies bedeutet u.a., daß der Therapeut seinen Beruf aus einer verinnerlichten „Seinshaltung“ heraus ausübt, die zur Folge hat, daß er/sie ein Leben zu führen versucht, das auf liebevoller Güte, Tugend und Harmonie in allen Lebensbereichen und Beziehungen beruht. Daraus resultiert die Notwendigkeit, rationales Denken, empirisches Beobachten und Forschen, sowie intuitives Erfühlen mit dem Willen zum Guten zu durchdringen.

Was den Bereich rezeptiver Musikanwendung anbelangt, so sind uns genaue konzeptionelle Beschreibungen rezeptiver Musiktherapie in den Spitälern der Seldschuken- und Osmanenzeit zugänglich.

Über die praktische Anwendung dieser Konzepte gibt es nach derzeitigem Wissensstand vermutlich kaum historisches Schriftmaterial.

Für die Wiedererweckung dieser Musiktherapieform vor etwa 20 Jahren durch O. Güvenç bedeutete dies, daß es zunächst nötig war, auf der Basis spärlich vorhandener Hinweise ein therapeutisches Setting für diese rezeptive Anwendungsform zu rekonstruieren.

Über den Weg jahrelanger praktischer Versuche und intuitiver Zugangsformen kristallisierte sich im Verlauf der Jahre das heute gebräuchliche Setting heraus. In einer neueren Publikation über das Spitalswesen der Türkei wird eine der wenigen historischen Beschreibungen der musiktherapeutischen Praxis von dem Reiseschriftsteller Evliya Celebi am Beispiel des Spitals in Edirne zitiert. Der Artikel erwähnt, daß Evliya Celebi die Art der Musiktherapie, wie sie in Edirne praktiziert wurde, zu seiner großen Überraschung auch in einem Wiener Krankenhaus antraf (16). Dieser Bericht bestätigte nachträglich die mittlerweile übliche Praxis, daß die Musiktherapeuten am Kopfende der Patienten sitzen und im Regelfall als Therapeutenteam arbeiten. Der Patient lauscht in entspannter Position, zumeist am Rücken liegend, der Musik. Falls kein Zimmerbrunnen vorhanden, übernimmt eine Person die Aufgabe, aus einem Gefäß Wasser – gleich einem Brunnen – zu schöpfen.

Es erwies sich als sinnvoll, Familienangehörige des Patienten auf diese Weise in das therapeutische Geschehen miteinzubeziehen. Um diesen Effekt noch zu verstärken, bitten Güvenc, Tucek u.a. die Patienten sich durch Visualisation eines Flußlaufes auf den nachfolgenden melodischen und rhythmischen Melodienfluß einzustimmen, sodaß das sanfte Wassergeplätscher mit dem Grundrhythmus und den darübergelegten musikalischen Improvisationen zu einer Einheit verschmelzen. Dies erfordert vom Therapeutenteam großes Einfühlungsvermögen für die Erfordernisse des augenblicklichen Geschehens. Im Idealfall arbeiten zwei Therapeuten gemeinsam mit einer Patientengruppe.

Eine immer größer werdende Gruppe pathologischer Störungen fußt – durchaus auch aus westlich-psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Sicht zu bestätigen – auf einer Sinnkrise des Menschen in einer – im Fromm'schen Sinne – habenszentrierten Welt, die kaum mehr Raum für subjektiv sinnerfülltes Handeln läßt.

Schon C.G. Jung verweist in seinen gesammelten Schriften sinngemäß darauf, daß sich in all den Jahren seiner therapeutischen Praxis unter den vielen Hunderten von Patienten aller Nationen, Kulturen und Religionen sowie aller gesellschaftlichen Schichten letztlich die Frage nach der Rückbindung an einen geistigen Ursprung im Sinne menschlicher religio herauskristallisierte, und daß die Menschen an der Unbeantwortetheit dieser Frage leiden.

Neben der klar beschriebenen, organspezifischen Wirkung zielt der philosophische Ansatz der Altorientalischen Musiktherapie darauf ab, diesen Prozeß im Patienten einzuleiten, der letztlich über die Auseinandersetzung mit Aspekten körperlicher und seelischer Gesundheit zur geistigen Weiterentwicklung führt.

Der Musik- und Tanztherapeut greift jedoch nicht interpretierend ins Geschehen ein, sondern schafft durch seine Musik den Raum und die Atmosphäre für den rezeptiv Zuhörenden bzw. den Tanzenden.

Eine große Anzahl psychiatrischer Krankheitsbilder der Gegenwart kann auch als Ausdruck des Unvermögens gesehen werden, sich als Teil einer größeren menschlichen Gemeinschaft (Familie, Berufs- oder Gesellschaftsgruppe u.a.) oder als Teil der gesamten Schöpfung zu erleben. Moderne transpersonale Therapieformen ver-

suchen, gerade diesen autistisch anmutenden Erscheinungen moderner Zivilisation entgegenzuwirken.

Die Altorientalische Musiktherapie stellt sich den grundlegenden menschlichen Fragen nach einer Einbettung in ein größeres Ganzes auf der Basis einer traditionellen geistigen wie auch wissenschaftlichen Weltsicht, die zu verstehen für den Therapeuten wesentliche Voraussetzung ist. Die therapeutische Umsetzung der ihr zugrundeliegenden Konzepte erfolgt aus einer überkonfessionellen Haltung heraus. Im Verlauf unserer therapeutischen Tätigkeit beobachten wir immer wieder die Entfremdung von der eigenen Körperlichkeit und Sinnhaftigkeit (Mastnak, 1996) ebenso, wie den Umstand, daß sich Menschen von ihrer Umwelt entfremdet haben. Aus diesem Grund werden musikalische sowie Bewegungs- und Tanzelemente vielfach mit direktem Naturerleben verknüpft.

Das Ideal eines Lebens, das "in Einklang mit dem Lebensstrom der Natur" geführt wird, ist wichtiges Fundament zum Verständnis der archetypischen Bewegungen oder des Baksetanz-Rituals (vgl. Tucek, 1995).

Hierbei geht es im therapeutischen Prozeß sehr stark um die direkt erlebte Wiedererlangung der Idee des Eingebettet-Seins in einen umfassenden Lebensstrom, der Menschen wie Natur gleichermaßen umfaßt.

Anmerkungen

1. Mastnak; persönliches Gespräch 1997.
2. Natürlich gibt es gegenwärtig neben einer derartigen Musikauffassung auch rein „kunstbezogene“ Strömungen.
3. Über Korkut Ata wird berichtet, daß er auch Kinderlieder komponiert habe. Dies kann deshalb als „heilige Handlung“ interpretiert werden, als der Schamane auch abseits von Heil- und Divinationsseancen eine geistige Führungsaufgabe innerhalb der Population wahrnahm. In diesem Sinne waren alle Handlungen kraft seiner Persönlichkeit als „rituell“ zu verstehen.
4. Gemäß einer Legende habe nach dem Tod Korkut Atas seine auf das Grab gelegte Kobus jeden Freitag über viele Jahre hinweg wehmütige Klänge von sich gegeben. Andere Legenden erzählen von der Wunderkraft der Schamaneninstrumente, durch die Lüfte fliegen zu können.
5. Nach einer Legende schuf Korkut Ata dieses machtvolle Instrument, nachdem er ein Gespräch der Teufel belauscht hatte.

6. Pentatonische Melodienfolgen zeigen nach Alvin zweierlei Effekte in der abendländischen Musiktherapie mit autistischen Kindern. Sie ermöglichen es, Vertrauen aufzubauen und Entscheidungen zu treffen. (Güvenc – persönliches Gespräch mit Alvin.)
Auch bei therapeutischen Prozessen der Nordoff – Robbins Musiktherapieschule kommt bevorzugt pentatonische Musik zum Einsatz.
7. Alektorow A. Baksy: Aus der Welt der kirgisischen Aberglauben; 1900 Kazan in: Basilow: Das Schamanentum bei den Völkern Mittelasiens und Kasachstans; Berlin 1995.
8. Hierdurch wird auch die große Bedeutung des zentralasiatischen Kulturraumes für die islamische Geistesentwicklung evident. Auch die Philosophen und Ärzte Al Farab und Avicenna werden häufig fälschlicher Weise als „Araber“ bezeichnet.
9. So gehen etwa die im Islam anzutreffenden diätetischen Grundsätze zu meist weit in die vorislamische Periode zurück. Im Islam wurden diese einzelnen Grundsätze zu einem großen Gesamtkonzept zusammengefaßt. Beispielsweise zeigt sich die enge Beziehung zwischen Sternenkunde und Gesundheitspflege in den Kor'anversen IV, 46; V. 8-9 für die Waschung, sowie II, 197 – 183 für das Fasten.
10. vgl. Tucek (1997) Das Menschenbild in der Altorientalischen Musiktherapie. In: Musik- Tanz- und Kunsttherapie. 8,21-34. Verlag für Angewandte Psychologie Göttingen: Hogrefe
11. Güvenc; persönliches Gespräch 1996
12. Erwin Schrödinger anlässlich einer Vorlesung am Trinity College in Cambridge 1965.
13. überarbeitet und zit.aus: Tucek 1997 „Das Menschenbild in der Altorientalischen Musiktherapie“.
14. Doczi; „The power of limits“; 1981; Shambala Publ, Inc. Boulder Colorado, USA
15. Polarität: bezieht sich auf Gegensätze, ohne darauf zu verweisen, daß etwas Neues daraus geboren wird. Dualität und Dichotomie: bedeutet Zweiteilung und nicht Vereinigung.
Synergie: meint zwar Zusammenwirken, bezieht sich aber nicht ausdrücklich auf Gegensätze
16. Terzioglu A. (1975). Südosteuropäische Krankenhäuser des 17. Jahrhunderts – Nach Beschreibungen von Evliya Celebi. Uetersen, Sonderdruck aus Materia Medica Nordmark, 27/11-12

Literatur

- Bischof (1996). Biophotonen – Das Licht in unseren Zellen. S. 216ff. S. 406-408.
- Bohm, D. (1985). Die implizite Ordnung. München.
- Brandenburg, D. (1975). Medizin und Magie. Verlag Bruno Hessling, Berlin
- Brown, Ch. The Experiments of Dr. Oz. The New York Times Magazine / July 30. 1995.
- Burckhardt, T. (1955). Vom Wesen Heiliger Kunst in den Weltreligionen. Zürich: Origo.
- Dammann, R. (1995). Der Musikbegriff im deutschen Barock, Laaber.
- Doczi, G. (1984). Die Kraft der Grenzen, Harmonische Proportionen in Natur, Kunst und Architektur, München. Dianus Trikont.
- Dossey, L. (1989) Recovering the Soul – A Scientific and Spiritual Search, Bentam Books, New York Eersel P. (1986). Sterben. Der Weg in ein neues Leben. Bern: Scherz.
- Farmer, H.G. (1930). Historical facts for the Arabian musical influence. London: Blom.
- Goffitzer, F. (1996). Harmonik und Proportion in der Architektur, Hochschule für Künstlerische und Industrielle Gestaltung, Linz: OÖ Landesverlag.
- Golowin, S. (1981). Das Reich der Schamanen; Der eurasische Weg der Weisheit. Basel: Sphinx.
- Gurwitsch in Bischof 1996.
- Gutjahr, L. (1993). Brüggenwerth, Wilcken, Machleidt, Hinrichs.
- Güvenç, R.O. (1985). Geschichtlicher Abriß der Musiktherapie im Allgemeinen und im Besonderen bei den Türken. Studentexte der Schule f. Altorientalische Musik – und Kunsttherapie – Band 1 Hamprecht (1993). Musik des Weltenäthers. Insel – Verlag.
- Hörmann, K. (1988). Musik- und Tanztherapie. In: Hörmann (Hrsg.), Münster Hettgen.
- Hörmann, K. (1988). Musiktherapie aus medizinischer Sicht. In: Hörmann (Hrsg.), Münster Hettgen.

- Hunke, S. (1960). Allahs Sonne über dem Abendland. Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt.
- Kropiunigg, U. (1990). Psyche und Immunsystem. Wien: Springer.
- Kümmel, W. F. (1977). Musik und Medizin, Ihre Wechselbeziehung in Theorie und Praxis von 800 bis 1800. Freiburg: Karl Alber.
- Mastnak, W. (1993). Multidisziplinäres Integrationsfeld Musikpädagogik – Schnittflächen von Pädagogik und Therapie in einer polykulturellen Welt. Kulminierte Habilitationsschrift Universität Potsdam, Salzburg / Potsdam.
- Menuhin, Y. (1960). Kunst und Wissenschaft. Insel – Verlag.
- Miketta, G. (1992). Netzwerk Mensch. Trias Verlag.
- Neubauer, E. (1990). Arabische Anleitungen zur Musiktherapie. Zeitschrift für Geschichte der arabisch-islamischen Wissenschaften. 6. Sonderdruck.
- Özelsel, M. (1995). Altorientalische Musik- und Tanztherapie – Kulturimmanente und kulturtranszendente Perspektiven. In: Musik- Tanz- und Kunsttherapie. 6. Jg.,3, Göttingen: Hogrefe.
- Popper, Eccles, S. 24-28 in Sheldrake R. (1991) Die Wiedergeburt der Natur. Scherz.
- Rubruk, W. (1984). Reisen zum Großkhan der Mongolen. Thienemann.
- Sari (1993). Geschichte der Medizin I & II. Vortrag an der Schule für Altorientalische Musik- und Kunsttherapie.
- Sarfatti in Bischof (1996). Biophotonen – Das Licht in unseren Zellen..
- Sheldrake, R. (1991). Die Wiedergeburt der Natur. Scherz.
- Shiloah, A. (1979). RISM The Theory of Music in Arabic Writings, (900-1900). Descriptive catalogue of manuscripts in Libraries of Europe and the USA. München: Henle.
- Schwenk, T. (1962). Das sensible Chaos. Stuttgart: Freies Geistesleben.
- Stierlin, H. (1965). Osmanische Türkei. In: Architektur der Welt Stierlin (Hrsg.). Lausanne: Benedikt.
- Tame, D. (1991). Die geheime Macht der Musik. Verlag Musikhaus pan.

- Terzioglu, A. (1975). Südosteuropäische Krankenhäuser des 17. Jahrhunderts – Nach Beschreibungen von Evliya Celebi. Uetersen, Sonderdruck aus *Materia Medica Nordmark*, 27/11-12.
- ders. Die seldschukischen und osmanischen Krankenhäuser.
- Tucek, G. (1995). Orientalische Musik- und Tanztherapie. In: *Musik- Tanz- und Kunsttherapie*. 6.Jg. 3. Göttingen: Hogrefe.
- ders. (1997). Das Menschenbild in der Altorientalischen Musiktherapie. In: *Musik- Tanz- und Kunsttherapie*. 8,21-34. Verlag für Angewandte Psychologie Göttingen: Hogrefe.
- Üxküll, T.(Hrsg) (1986). *Psychosomatische Medizin*. Urban & Schwarzenberg.
- Verres, R. (1995). *Der Arzt, die Wissenschaft und die Musen. Antrittsvorlesung als Ordinarius in der Alten Aula der Universität Heidelberg*.

Quellenverzeichnis der Abbildungen

Abb. 1: Archiv der musikethnologischen Studiengruppe TÛMATA des Institutes für Turkologie an der Marmara Universität Istanbul

Abb. 2: Quelle: Türk Kültür Tarihine Giriş No.9; Prof Dr. Bahareddin Ögel; Kültür Eserleri Dizisi No 46 – 1987; Türk Halk Müzikizi Aletleri

Abb. 3: Archiv der Schule für Altorientalische Musik- und Kunsttherapie

Abb. 4: Türk Tip Tarihinin Esasları, Prof. Dr. Sühel Ünver; Istanbul 1958; İsmail Akgün Matbaası; aus Istanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası No4 Sene 1957 den ayrı baskı

Angaben zu den AutorInnen

SIEGFRIED BÖHM-ÖPPINGER

Musiktherapeut (Wiener Ausbildung) an der NÖ Landesnervenklinik Gugging seit 1982, Lehrbeauftragter im Kurzstudium Musiktherapie der Hochschule für Musik und darstellenden Kunst Wien von 1994-1996. Adresse: Bahnhofstr. 23, A-3424 Wolfpassing

INGE BRACKE

Studium der Musikpädagogik an der Hochschule für Wissenschaft und Kunst, Campus Lemmensinstituut, Leuven, Belgien. Musiktherapeutin (Wiener Ausbildung) an der Universitätsklinik U.Z. Gasthuisberg Leuven, Abteilung für pädiatrische Onkologie, Herestraat 49, 3000 Leuven, Belgien; Gastdozentin an der Hochschule für Wissenschaft und Kunst, Campus Lemmensinstituut (Abteilung Musiktherapie) in Leuven, Belgien. Adresse: B-2812 Kerkenbos 103, Tel.: 0032-15-518567

HANNA FAK

Musiktherapeutin, (Wiener Ausbildung), Psychotherapeutin (Integrative Gestalttherapie, ÖAGG), bisherige Tätigkeiten: Musiktherapie in einer Tagesheimstätte für geistig und mehrfach behinderte Erwachsene, in einer psychosomatischen Tagesklinik, in der neurologischen Rehabilitation; derzeit Musiktherapeutin und Psychotherapeutin im Ambulatorium Wiener Neustadt (Therapiezentrum für Kinder und Jugendliche) sowie in freier Praxis; Supervision; Seminar- und Fortbildungstätigkeit; Lehrauftrag am Fritz Perls Institut FPI; Lehrauftrag (Musiktherapie in der Psychosomatik) an der Hochschule für Musik und Darstellende Kunst, Wien. Adresse: A-1180 Wien, Gentzgasse 2/13, Tel.: 0043-1-4793584

ELENA FITZTHUM

Musiktherapeutin (Wiener Ausbildung), Psychotherapeutin (Integrative Gestalttherapie, ÖAGG), Supervisorin (ÖBVP). Lehrtherapeutin für Einzel-Lehrtherapie an der Hochschule für Musik und Darstellende Kunst, Wien und dem FPI. Arbeit in freier psychotherapeutischer Praxis. Seit 1977 ununterbrochene Tätigkeit als Musiktherapeutin. Arbeitsschwerpunkte: Identitätsstörungen, Depressionen und Psychosomatosen, sowie Qualität und Qualitätssicherung psycho- und musiktherapeutischer Ausbildungen. Mitbegründerin des Wiener Institutes für Musiktherapie. Adresse: Psychotherapeutische Praxis, A-1040 Wien, Schleifmühlgasse 7/19 Tel.: 0043-1-5874664, Fax: 0043-1-5121059

BARBARA GABRIEL, MAG. PHIL.

Musiktherapeutin (Wiener Ausbildung) und Psychotherapeutin, Studium der Philosophie und Musikerziehung, von 1981-1991 tätig an der Landesnervenklinik Gugging, seither in freier Praxis (Musiktherapeutische/Psychotherapeutische Gruppen- und Einzelarbeit, Selbsterfahrung, Analytische Fokaltherapie, Kinder-Kreativgruppen), Mitbegründerin des Vereines „EigenArt“ in Wien (künstlerisches Integrationsprojekt für Psychiatriebetroffene), derzeit in kunsttherapeutischer Ausbildung. Adresse: Luftbadgasse 17/2, A-1060 Wien, Tel. 0043-1-581 17 37

UTE GLENTZER

Musiktherapeutin (Wiener Ausbildung). Seit 11 Jahren an der Neurorehabilitation des Rehabilitationszentrums der Unfallversicherungsanstalt Weißer Hof, Klosterneuburg. Adresse: Rehabilitationszentrum der AUVA, Weißer Hof, A-3400 Klosterneuburg.

SILKE JOCHIMS

Musiktherapiestudium am Roehampton Institute of Higher Education in London (1982-1983), Dipl. Musiktherapeutin (BKM, APMT),

Psychotherapie (HPG). 1984-1988: Musiktherapeutin in der Med. Rehabilitation neurolog. Erkrankungen; Musiktherapeutin in der Psychosomatik. 1988-1990: freiberufliche Tätigkeit als Musiktherapeutin. 1990-1992: Musiktherapeutin in der Psychosomatik. 1992-1995: Musiktherapeutin in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Seit 1995: Musiktherapeutin in der Frührehabilitation schwerer Schädel-Hirn-Verletzungen; freie Praxis. Adresse: Claudiusring 4i, D-23566 Lübeck, Tel./Fax: 0049-451-6110238(p)

FRANZ KEHL, DIPL.-ING.

Musiktherapeut (Wiener Ausbildung), Musiktherapeutische Tätigkeit: Seit 1991 am Psychiatrischen Krankenhaus der Stadt Wien, Baumgartner Höhe, seit 1994 zusätzlich in eigener Praxis in Wien, seit 1996 zusätzlich am Rehabilitationszentrum „Weißer Hof“ (Neurologie) in Klosterneuburg. Tätigkeit als Vorsitzender des ÖBM von 1994-1996. Adresse: Büro des ÖBM, Hormayrgasse 33/6, A-1170 Wien, Tel. + Fax: 0043-1-4859084

CARLIES LEITZINGER-MECHTLER

Musiktherapeutin (Wiener Ausbildung), Psychotherapeutin in freier Praxis, Supervisorin (ÖBVP). Lehrtherapeutin für Einzel-Lehrmusiktherapie an der Hochschule für Musik und Darstellende Kunst, Wien. Adresse: Kupferg. 1/1/9, A-2454 Trautmannsdorf, Tel.: 0043-2169-8122

ERIKA MÜLLER

Musiktherapeutin (Wiener Ausbildung), Musiktherapeutische Tätigkeit: 1990-1993 bei Jugend am Werk in Wien (Klientel: geistig behinderte Erwachsene), seit 1992 im Ambulatorium „Haus der Zuversicht“ in Waidhofen/Thaya (Klientel: behinderte und verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche), seit 1995 zusätzlich in einem Caritas-Wohnheim in Zwettl (Klientel: geistig und mehrfachbehinderte Jugendliche und Erwachsene). Tätigkeit im Vorstand des ÖBM seit 1992, 1994-1996 als stellvertretende Vorsitzende, 1996-1997 als

Vorsitzende. Adresse: Büro des ÖBM, Hormayrgasse 33/6, A-1170 Wien, Tel. + Fax: 0043-1-4859084

DOROTHEA OBEREGELSBACHER, DR. PHIL.

Musiktherapeutin (Wiener Ausbildung), Psychologin, Psychotherapeutin (Individualpsychologische Analytikerin). Lehraufträge für Musiktherapie an der Hochschule für Musik und Darstellende Kunst Wien, (Klinisches Praktikum Psychosomatik, Musiktherapeutik) sowie am Corso Quadriennale di Musicoterapia Assisi (Theorie, Selbsterfahrung). Seit 1981 musiktherapeutisch tätig mit Schwerpunkt geistige Behinderung, Rehabilitation, Psychosomatik, Eßstörungen. Weitere musiktherapeutische Interessenschwerpunkte: Theoriebildung und Berufspolitik innerhalb des ÖBM, des EAP sowie des Wiener Institutes für Musiktherapie (Gründungsmitglied). Adresse: Praxis: Hartmannngasse 4/7, A-1050 Wien, Tel. 0043-1-5264614, privat: Halbgasse 9/8, A-1070 Wien und Mühlgasse 25, I-39028 Schlanders (BZ)

FRANCESCO PALMIROTTA, DR.

Psychologe, Philosoph, Psychotherapeut, Präsident des A.M.O. (Associazione di Ontosofia Psicosomatica). Seit 1981 Direktor und Ausbildner eines multidisziplinären Therapiezentrum in Bari. Theoretischer Arbeitsschwerpunkt ist die Verbindung der Bereiche Philosophie, Psychotherapie, Psychosomatik und Musiktherapie, Verfasser div. wissenschaftlicher Arbeiten zum Thema „Psychosomatische Musiktherapie“. Adresse: Via Umberto Giordano 22/A, I-70123 Bari

ALEXANDER PIRCHL

Akademisch geprüfter Musiktherapeut SFMT (Wiener Ausbildung), seit 1994 tätig in der Prävention an der Werkschule in Beromünster, seit 1995 tätig an der psychosomatischen Klinik in Barmelweid, seit 1995 tätig an der Psychiatrischen Klinik Rheinau, seit 1996 in der Ausbildungskommission des Schweizerischen Fachverbandes für

Musiktherapie und seit 1997 im Vorstand. Adresse: Seestr. 341, CH-5708 Birrwil

MONIKA RENZ, DR.PHIL.

Psychologin FSP (Fédération Suisse Psychologique), Musiktherapeutin SFMT (Schweizer Fachverband für Musiktherapie). Lehrmusiktherapeutin bam (Berufsbegleitende Ausbildung für Musiktherapie). Studium der päd. Psychologie, Psychopathologie und Musikethnologie an der Universität Zürich. Klavierimprovisation seit frühester Kindheit. Seit 1986 Arbeit als Musiktherapeutin mit Erwachsenen, lernbehinderten Jugendlichen und mit Kindern, einzeln und in Gruppen, in Institutionen und freiberuflich. Kurs- und Vortragstätigkeit im In- und Ausland. Adresse: Rosenrain 17, Postfach 27, CH-8410 Winterthur, Tel.: 0041-52-2136555

BRIGITTE SCHMIDTMAYR

Musiktherapeutin (Wiener Ausbildung), Psychotherapeutin i.A. (Integrative Gestalttherapie, ÖAGG), bisherige Tätigkeiten: Musiktherapie in einem Heim für verhaltensauffällige und verwahrloste Kinder und Jugendliche; Unterrichtstätigkeit im Fach „Musiktherapie“ innerhalb eines Projektes an einer Höheren Bildungslehreanstalt; Seminartätigkeit; Lehrauftrag (Musiktherapie in der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie) an der Hochschule für Musik und Darstellende Kunst, Wien. Adresse: Absberggasse 11/25, A-1100 Wien Tel.: 0043-1-6040745

FRAUKE SCHWAIBLMAIR

Musiktherapeutin (Wiener Ausbildung), Dipl.-Psychologin. 1987-1992, 1993-1994: Musiktherapeutin am Kinderzentrum München. 1990-1996: Zweite Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Musiktherapie e.V. Seit 1993: Lehrbeauftragte an der Hochschule für Musik und darstellende Kunst, Wien, Kurzstudium Musiktherapie. Adresse: Prof. Kurt-Huber-Str.7, D-82166 Gräfelfing

DOROTHEE STORZ

Musiktherapeutin (Wiener Ausbildung) und Psychotherapeutin, Musikstudium in Hannover, Musiktherapiestudium in Wien. Seit 1980 musiktherapeutisch tätig. Schwerpunkte: Arbeit mit Menschen mit Psychosen, Borderline-Störungen, schweren Persönlichkeitsstörungen, und mit gerontopsychiatrischen Patienten. Lehrbeauftragte an der Hochschule für Musik und Darstellende Kunst, Wien (Therapie in der Psychiatrie). Seminartätigkeit, Mitbegründerin des Österreichischen Berufsverbandes der MusiktherapeutInnen, Mitbegründerin des Wiener Institutes für Musiktherapie. Adresse: Lacknerg. 30/10, A-1170 Wien, Tel.:0043-1-4869953

GERHARD K. TUCEK

geb.1961 in Wien; verheiratet und Vater zweier Söhne. Direktor der Schule für Altorientalische. Musik- und Kunsttherapie; Musiktherapeut. Studium d. Psychologie und Theologie an der Universität Wien. 1989 Gründung obiger Ausbildungsstätte. Ab Herbst 1997 wird dieser Lehrgang in Kooperation mit der Hochschule für Musik in München, der Marmara Universität Istanbul geführt. Neben der beruflichen Tätigkeit zur Zeit in akademischer Ausbildung an den Universitäten Klagenfurt und Strasbourg (Frankreich). Adresse: Niederneustift 66, A-3924 Schloß Rosenau, Tel.: 0043-2822-58448, Fax +18

Abkürzungen

APMT	Association of Professional Music Therapists (britischer Berufsverband)
bam	Berufsbegleitende Ausbildung Musiktherapie (Zürich)
BKM	Berufsverband Klinischer Musiktherapeuten (BRD)
DBVMT	Deutscher Berufsverband der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten
DGMT	Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie
DMVO	Deutsche Musiktherapeutische Vereinigung Ost
BVAKT	Berufsverband für Anthroposophische Kunsttherapie
EAG	Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit
EAP	European Association for Psychotherapy
ECP	European Certificate of Psychotherapy
EMTC	European Music Therapy Committee
FSP	Federation Suisse Psychologique
GIM	Guided Imagery and Music
HPG	Heilpraktiker Gesetz (BRD)
ICD	International Classification of mental and behavioural disorders
KIB	Katathym Imaginative Psychotherapie
ÖAGG	Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik
ÖBVP	Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie
ÖBM	Österreichischer Berufsverband der MusiktherapeutInnen
SFMT	Schweizer Fachverband für Musiktherapie
WFMT	World Federation of Music Therapy
WIM	Wiener Institut für Musiktherapie

Bösel, Roland / Gollner, Christina / Nausner, Liselotte (Hg.)

Internationale Psychotherapietagung – Fachsektion für Integrative Gestalttherapie des Österreichischen Arbeitskreises für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG)

22. bis 26. November 1995, Schloß Wilhelminenberg, Wien

Broschiert, ISBN 3-7069-0098-X, 21 x 15 cm, 316 S., 5 Abb., öS 440,-/DM 60,30/SFr 53,70

Inhalt: Gerhard Heik PORTELE: Anarchistische Grundlagen der Gestalttherapie – Elena FITZTHUM: Musiktherapie und Gestalttherapie I – Tonius TIMMERMANN: Musiktherapie und Gestalttherapie II – Talia Levine BAR-YOSEPH: Die Überbrückung des Getrennten – Peter RUMPLER: Die Gestalt der Seele – die Seele der Gestalt – Eric MARCUS: Psychotherapie: Fakten und Mythen – Renate FRÜHMANN: Lehrjahre der Seele – Jürg WILLI: Ökologische Psychotherapie – Peter PHILIPPSON: Die Gestalttherapie als Therapie des Selbst – Astrid SCHREYÖGG: Zur Ästhetisierung von Psychotherapie – Hilarion G. PETZOLD: Psychotherapie, ein integrativer Ansatz oder weiterhin schulengebundene Ideologie? – Probleme, Hintergründe, Argumente – Hans-Joachim MAAZ: Psychotherapie zwischen Konkurrenz und Synthese der Methoden – Sylvester WALCH: Transpersonale Psychotherapie – Reinhard FUHR / Martina GREMMLER-FUHR: Gestalttherapie zwischen Pioniergeist und Anpassung – Liselotte NAUSNER: Erfahrung nannte man früher Seele – Dieter BONGERS: Arbeit an der Grenze – Gerhard Heik PORTELE: Der „mittlere Modus“. Therapeutisches Tun – gegenüber Selbstorganisationssystemen – Astrid SCHREYÖGG: Supervision und Konstruktivismus – Christine LIPPERT-LUTZ: Psyche und Soma – die getrennten Zwillinge. Integrative Therapie mit Herzpatienten

Hager, Isabella

„Mir ist schon alles wurscht...“

Das Phänomen Pflegeheim und seine „Insassen“ – Lebensumstände und Wohlbefinden von alten, pflegebedürftigen HeimbewohnerInnen

Broschiert, ISBN 3-901126-87-2, 21 x 15 cm, 314 S., öS 396,-/DM 54,20/SFr 48,30

Kurztext: Historische, soziologische und empirische Untersuchung des gesellschaftlichen Umgangs mit pflegebedürftigen Menschen: die Lebenssituation in zwei Wiener Pflegeheimen wird verglichen und die Betroffenen kommen selbst zu Wort. Ihre nicht erfüllten Bedürfnisse stellen Forderungen für die Zukunft dar.

Die Autorin: Mag. Isabella Hager, geb. 1966, diplomierte Krankenschwester, Behindertenbetreuerin, Soziologin.

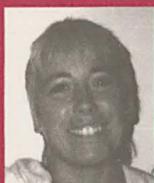
Edition Praesens, Umlaufgasse 3, A-1170 Wien

Tel. (0043-1) 480 11 06, Fax 480 11 06 5, praesens@compuserve.com



Elena Fitzthum

Musiktherapeutin, Psychotherapeutin, Supervisorin. Lehrtherapeutin für Einzel-Lehrmusiktherapie an der Hochschule für Musik und Darstellende Kunst, Wien und dem FPI. Arbeit in freier psychotherapeutischer Praxis.



Dorothee Storz

Musiktherapeutin, Psychotherapeutin, Musikpädagogin. Lehrbeauftragte an der Hochschule für Musik und Darstellende Kunst, Wien. Langjährige Arbeit im psychiatrischen Krankenhaus, Wien.



Dorothea Oberegelsbacher, Dr. phil.

Musiktherapeutin, Psychotherapeutin, Psychologin. Lehrbeauftragte für Musiktherapie an der Hochschule für Musik und Darstellende Kunst, Wien, sowie am Corso Quadriennale di Musicoterapia, Assisi. Arbeit in freier psychotherapeutischer Praxis.

Die Musiktherapie in Österreich blickt zurück auf eine fast 40-jährige Tradition der Lehre und Praxis. Dieses Buch enthält ausgewählte Beiträge der Weltkongresse: First Congress of the World Council for Psychotherapy - Subsymposium Musictherapy Wien 1996 und Second International Congress of the World Federation of Music Therapy Hamburg 1996. Die Inhalte der Beiträge beziehen sich auf die klinischen Bereiche: Psychiatrie, Psychosomatik, Neurorehabilitation, Onkologie, Kindertherapie und auf aktuelle Fragen zu Ausbildung und Berufssituation. Angesprochen sind MusiktherapeutInnen, PsychotherapeutInnen, PsychologInnen, ÄrztInnen und KollegInnen anderer angrenzender Berufe sowie deren Ausbildungsstätten.