

GANZHEITLICHKEIT ALS ZENTRALES MOMENT DER MUSIKTHERAPIE

Hans-Helmut Decker-Voigt

Musik in der Medizin steht heute immer noch überwiegend in der Tradition des Kausalitätsprinzips: „Wenn diese Musik - dann jene zu erwartende Wirkung und Auswirkung auf den Gesamthaushalt des Patienten“.

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

X-X-xx-X

„Berühmt-berüchtigt“ ist diese Unterteilung deshalb, weil - einmal in diesem Rhythmus - ein Herauskommen aus seinem zur Erde ziehenden, zentripetalen, kollektivierenden Sog schwer möglich ist. Denken wir an die Skandierungen dieser Welt, die ihn benutzen („Ho - ho - ho Chi-Minh“ u. v. a.).

Was den Mediziner jetzt an diesem Rhythmus interessiert: Wie sind die vegetativen, biophysischen Körperantworten des Patienten auf diesen Rhythmus, die der Patient improvisiert oder die er beim Hören einer CD als Grundrhythmus bevorzugt. Bewirken die musikalischen Parameter den vom Arzt erwarteten Zustand von Physis und Psyche und Emotio - etwa als anxiolytisch, also angstmindernden Faktor vor einer OP?

Solche Fragen machen die Sichtweise des „gelehrten Herrn“ der naturwissenschaftlichen Medizin deutlich, wie ihn Mephistopheles vor Kanzler und Kaiser beschreibt:

„Daran erkenn ich den gelehrten Herrn!
Was Ihr nicht tastet, steht euch meilenfern,
was ihr nicht faßt, das fehlt euch ganz und gar,
Was ihr nicht rechnet, glaubt ihr, sei nicht wahr,
Was ihr nicht wägt, hat für euch kein Gewicht,
Was ihr nicht münzt, das, meint ihr, gelte nicht“ (Goethe, Faust 1. Teil).

Zu recht problematisiert Peter PETERSEN (1988), emeritierter Gynäkologe, Psychosomatiker, Psychoanalytiker und Psychotherapeut der Medizinischen Hochschule Hannover, die Einseitigkeit und Enge der drei Kriterien des medizinischen Profils von heute:

1. den Absolutheitsanspruch rationaler Logik, die sich
2. gegenwärtig zunehmend auf Massenstatistik stützt, und
3. das Ideal der Objektivität

Denn die schulmedizinischen Behandlungskonzepte sind immer noch weitgehend von folgenden Aspekten beherrscht:

1. Schulmedizinische Diagnose basiert überwiegend auf den Kausalitäten direkter Zusammenhänge zwischen einem überwiegend zunächst körperlich erscheinenden Symptom und einer dazugehörigen Leidensbefindlichkeit (die o. a. Denk- und Handlungswelt des „Wenn - dann“).

2. Solchermaßen symptomorientierte Kausal-Diagnosen erwachsen überwiegend aus der Perspektive des Behandlers und nicht des Patienten. Dasselbe gilt für die Differenzierung der Therapiekonzeptionen in mittelbare Therapien (pharmazeutische Medikationen) bzw. funktionelle Therapien (organ- bzw. funktionsgesteuerte Therapien wie Krankengymnastik, Physiotherapie). Diese Therapien folgen dem allgemein naturwissenschaftlichen Denkprinzip, daß einer objektivierbaren Krankheit mit objektiven Mitteln und objektiven Kontrollinstrumenten dieser Mittel begegnet werden muß.

3. Solchermaßen entstandene Therapie-Konzeptionen und ihre dazugehörigen Zeitrahmen zielen möglichst auf das Aus-Heilen, das „Aus für die Symptome“, ab, und gleichzeitig auf den möglichst kürzesten Zeitrahmen medizinisch-therapeutischer Behandlung, auf minimale Rückfallquoten und maximale Lebenserwartung bei entsprechender Lebensqualität.

Solche problematischen Vorstellungen, die am Leitbild des Wettbewerbs orientiert sind, werden auch über die Rolle der Musik in der Medizin vermittelt – besonders durch die Massenmedien. Es scheint fast nur noch darum zu gehen, ob man mit Musik erfolgreicher im medizinischen Wirken und in der Konkurrenz zu anderen sein kann – ein Anforderungsprofil, welches auch der „Musiktherapie“ übergestülpt wird. Solche sportiv wirkende Wettbewerbsmentalität erwuchs allerdings nicht zuletzt auch aus den bisherigen beiden Gesundheitsstrukturreformen.

In der die Majorität unserer Patienten-Klientel hauptsächlich prägenden Magazinwelt und Boulevardpresse, die in ihrer Meinungsbildung und Verbreitungsdichte in der Fachwelt des allgemeinen Gesundheitswesens zu unterschätzen dümmere wäre, als sie selbst ist, liest sich dies so: „Deutschlands berühmteste 50 Kardiologen“ (Focus), „Die 50 besten Kliniken“ (Spiegel-special), „Wo Sie am schnellsten gesund werden“ (Stern) usw. Musikmedizin und die begrifflich bekanntere Musiktherapie wird dabei (leider) mitvermarktet im Sinne von „Dr. MOZART bitte in den OP – dann geht alles schneller, besser, ohne Nebenwirkungen“ (Bunte).

TV-Ärztserien sind in den letzten acht Jahren um ca. 55 % im Programmgesamt der ARD und in den Privatsenderketten erweitert worden - mit ihrem Anteil an melodramatischer Interaktion zwischen Ärzten, die mehr *erotisch-verliebt* als gegenüber ihrer Patienten-Klientel *fürsorglich-liebend* dargestellt werden. Derlei Serienerfolge sind denn wohl auch kompensatorischer Ausdruck der sehr viel tieferen Sehnsucht ihrer Konsumenten für eine grund-setzendere, grundsätzlich andere Beziehung zwischen (ärztlichen) Behandlern und Behandelten als die Realität des Patientenseins dies bietet.

Auf einem der jüngsten Deutschen Hausärztetage wurde während der Musiktherapie-Präsentationen und erst recht danach immer wieder die Hoffnung auch aus

dem ärztlichen Behandlungskreis heraus formuliert: Ließe sich nicht mit der Einbeziehung von Musik in die Medizin eben diese kollektive Insuffizienz in der Arzt-Patient-Beziehung neu qualifizieren?

Doch es ist wichtig, falsche Hoffnungen von Medizinern in Musik - vom Wunsch als Vater dieses Gedankens *auch* Musiktherapie genannt - behutsam umzusteuern in das, was Musiktherapie im Verständnis der inzwischen acht staatlichen akademischen sowie der fünf größeren privaten Ausbildungsstätten für Musiktherapeuten meint und ist: ein selbständiger Heilberuf. Dessen Methodeninventar kann sehr wohl Adjuvans (i. S. von zuarbeitend, ergänzend) für die medizinische Therapie sein, aber es kann nicht possessiv integriert werden, weil die Psychodynamik des Menschen, wenn dieser der Musik begegnet, keiner einfachen Kausalität folgt.

Besser gelungen erscheint das Verhältnis zwischen Musiktherapie und Medizin überall dort, wo authentische Teambehandlung besteht. Etwa in der Onkologie verzichtet kaum ein Arzt mehr auf die psychologische und (kunst-,) musiktherapeutische Teambehandlung derselben Patienten. Dort ist der Abstand zwischen den unterschiedlichen Positionen heute verringert durch Annäherungen der klinischen Psychologie-Forschung an die Medizin und der Medizin an die zunehmend holistische Sicht von der Gesamtpersönlichkeit des Patienten.

Allerdings stellt auch „die Musiktherapie“ keineswegs eine einheitliche und homogene Konzeption dar, sondern ist eher eine Bezeichnung für ein breites Spektrum unterschiedlicher Richtungen. Dies soll zumindest schwerpunktartig etwas erläutert werden:

Perspektiven der Musiktherapie

a) Behaviorismus

Die aus dem Behaviorismus entstandenen Therapiewelten, die Verhaltenstherapien, sind die gegenwärtig verbreitetsten - „krankenkassenabrechnungstechnisch“ gesehen. Ein kurzes Dreierlei:

1. Diese Therapiewelt könnte auch gesehen werden als eine neuerliche Annäherung an Kausalitätsdenken. Diese oder jene Symptome mit einer durch ärztliche Abklärung (welch Wort!) abgesicherten Diagnose ziehen bestimmte Therapieschritte nach sich, die teilweise übende, einübende, trainerische Merkmale aufweisen. Bestimmte Krankheitsbilder - auch aus dem neurotischen Formenkreis, sofern sie nicht in den Bereich der Frühstörungen fallen, die überwiegend der Langzeittherapien bedürfen - sind z. T. gut bei der Verhaltenstherapie aufgehoben (z. B. Phobien). Das „Wenn-dann“ hat sich in der Diagnostik gegenwärtiger Verhaltenstherapien abgeschwächt, aber es war ihr Anfang. Eben aus der Lerntheorie geboren.

2. Verhaltenstherapien bedienen sich überschaubarster Zeitrahmen: Der Patient arbeitet von seinem Hier und Jetzt für die Zukunft, weniger denn je im Vergangenheitsraum, und begleitet seine eigenen therapeutischen Erfolge, sieht, überprüft,

checkt sie. Die Arbeit an der Gestalt des Vordergrunds hat Vorrang vor deren Hintergrund (i. S. von Vergangenheit).

3. Verhaltenstherapien und von diesen entwickelte Musiktherapien sind auch einzuordnen in den Kanon der Gesundheitsberufe und in den stationären bzw. rehabilitativen und ambulanten Folgebereich sowie die sonder- und heilpädagogischen und geriatrisch-gerontologischen Bereiche mit therapeutischer Orientierung.

Kein Wunder, daß Verhaltenstherapien von jeher nicht nur von der Majorität der amerikanischen Psychologen-Kollegen im Repertoire-Rucksack mitgeschleppt werden, sondern auch von uns hier in der „gesundheitsstrukturereformierten Krankheit der Gesundheit und des Gesundheitswesens“. Die Therapeuten besitzen eine Rollenstruktur, aus der der Patient möglichst rasches Lindern seiner Pein erwarten darf. Die Beziehung und das „Dritte“ in ihr, wie z. B. das Wachsen der Bedeutung des Wortes aus dem Erleben, Fühlen heraus ist natürlich in jeder Verhaltenstherapie und verhaltenstherapeutischen Musiktherapie möglich, aber dann eher eine Variable der Therapeutenpersönlichkeit.

Am Beispiel des oben verwendeten zentripetalen Rhythmus:

X-X-xx-X

könnte in einem eher verhaltenstherapeutisch orientierten Setting mit übender Komponente oder in einem Bereich einer Sonderschule mit geistig behinderten Partnern z. B. damit Konzentrationsvermögen trainiert werden: „Wir zeichnen solange Kreise mit dem Finger in die Luft, wie wir die Musik hören ...“

Es sind Spiele mit Musik, die etwas Bestimmtes avisieren, eine Beeinträchtigung vermindern, eine Fähigkeit erweitern sollen. Auch dieser Bereich fällt unter „Musiktherapie“. Wenngleich mir am Beispiel Sonderschule und Begleitung geistig behinderter Partner wichtig ist: Die großen Erfolge der musiktherapeutischen Begleitung dieser früher als „nicht psychotherapiefähig“ angesehenen Klientel sind (noch) viel zu wenig bekannt. Protagonisten wie vor allem Dietmut NIEDECKEN (1989) und Maria BECKER (2000) sind immer noch Pioniere der Psychotherapie mit Menschen, die unter den Bedingungen geistiger Behinderung leben.

b) Psychoanalyse und Tiefenpsychologie

Diese waren und sind als Gegenbewegung zur Schulmedizin zu verstehen - nicht nur und nicht erst in der FREUDSchen Ära: Geboren aus der damals deutlich überwiegenden einseitigen Orientierung der Schulmedizin am Somatischen, orientierte sich die Psychoanalyse nun an der Dynamik des Seelischen, am psychisch-emotionalen Erleben des Patienten und lenkte die bisherige Perspektive auf seh-, fühl- und erzählbare Symptome um - und zwar in der Perspektive auf die Phänomene im Rezipieren und im Ausdruck des Menschen und seiner Auswirkung auf die soziale Umgebung, die - wie er selbst - weitestgehend mehr unbewußt als bewußt gesteuert ist.

Weitere Grundannahmen damals und heute: Nicht nur die Erkrankungen unserer Psyche und unseres Geistes, unseres emotionalen Haushalts und unseres Gemüts

leiten sich aus Unbewältigtem, Unerledigtem, Verdrängtem, Abgespaltenem in diesem Unbewußten ab.

Bald nach den Anfängen der klassischen Psychoanalyse etablierten sich Lehrmeinungen, daß tiefenpsychologische Konzepte nicht nur für die aus psychischen Kränkungen heraus entstandenen Krankheiten nutzbar seien, sondern für ein weites Feld bisher somatisch betrachteter und behandelter Krankheiten. Diese Lehrmeinungen führten zur bis heute gültigen Sichtweise u. a. der Heidelberger Schule um Viktor von WEIZSÄCKER: Körperliche Symptome nehmen in bestimmten Erkrankungszusammenhängen Stellvertretung für Seelisches ein.

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

Auch heute noch gilt für den mir bekannten größeren Teil der psychoanalytisch geprägten Schulen das „Erinnern-Wiederholen-Durcharbeiten“ als Formel, die eine psychoanalytische hieß, welche – jedenfalls von FREUD – keineswegs an ausschließlich erkrankte Menschen adressiert war.

Etwas Patriarchales nahm die frühe Psychoanalyse trotz und wegen ihres Gegenströmungscharakters zur Schulmedizin aus eben dieser Schulmedizin mit: die Abhängigkeit des Patienten von der Autorität des Behandlers. Die von BROCHER, DERWERMANN, BRUNNERT oder MITSCHERLICH reich dokumentierte Fallbeispiel-Arbeit zeigt Diagnose und Therapiekonzeption entweder gänzlich oder überwiegend beim Arzt, beim Analytiker. Der Patient folgte eher der Kompetenz des Arztes bzw. Analytikers und nicht so sehr dieser dem Patienten – was dann erst später in der humanistischen Psychologie eine Forderung wurde, bis zum: „Die Diagnose macht letztlich der Patient.“

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

Diese Beziehung zeigte sich vor 100 Jahren im zunächst eng verstandenen Kleid der Übertragung und Gegenübertragung und in den aus ihnen erwachsenden Assoziationsmaterialien sowie Deutungsangeboten unter dem Hut und dem vermeintlichen Behütetsein der Abstinenzregel als Ebene des Prozesses, der die seelischen Wendungen, die Veränderungen bergen kann, welche heilsam sind.

Das zentrale Medium, das der Beziehung zwischen Analytiker und Analysand bzw. Patient diente, war das Wort: Zum ersten Mal wurde systematisch die Beziehung und das in ihr tragende und das sie pflegende und verlebendigende Medium des gesprochenen Wortes gegen das bisherige Handwerkszeug der Schulmedizin ausgetauscht – ein Handwerkszeug, das sich von der Zahnreißstange (auf den Bildern eines Pieter BRUEGHEL zu fürchten), über die Virtuosität der klug geführten Feinmechanik chirurgischen Bestecks (zu bewundern in jedem Feature über Herz- u. a. OPs), bis zu den nicht mehr zählbaren pharmakologisch begründeten Therapiekonzepten erstreckt.

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

Um im Zwischen-Bei-Spiel zu bleiben: Stellen wir ihn uns wieder vor:

X-X-xx-X

Improvisiert ein Patient diesen Rhythmus, dann wird er im psychoanalytisch orientierten Setting eingeladen werden zu Fragen, an was ihn dieser Rhythmus erinnere, wo er ihm möglicherweise begegnet sei? Situationen, Personen, Emotionen heute, damals, früher?

Mit dem Erinnern des Patienten wird geforscht, wieweit es sein eigener Rhythmus wohl ist. Oder ob es ein aufgezwungener, zwangssozialisierter Rhythmus ist, der den eigenen Lebensrhythmus überlagert.

c) Humanistische Psychologie

Ich sehe die Strömung der humanistischen Psychologie (die mich am meisten prägte), und damit auch der Gestalttherapie, aus heutiger Sicht ebenfalls gewachsen und erwachsen geworden auch aus einem Motiv der Abgrenzung heraus, der Gegenströmung zu etwas: Gegenströmung zur Psychoanalyse, deren Abhängigkeit von der Deutungswelt, ihrer einseitigen Akzentuierung des Psychisch-Emotionalen und Ausgrenzung der dazugehörigen Körperlichkeit. Abgrenzend die Betonung der Vergangenheit und frühen Kindheit des Patienten, abgrenzend die Abstinenzregeln als Beziehungsbremse. Abgrenzend die überwiegend langzeitorientierten Behandlungskonzepte.

In der humanistischen Psychologie und der von ihr geprägten Musiktherapie wird Selbstfindung als Lebensziel betont. Ganze Methodenkulturen mit diesen Zielbegriffen wurden entwickelt. Erinnern wir uns an die Inflation der Begriffe in den 70ern: Selbsta Ausdruck, Selbstverwirklichung, Selbstdarstellung - unter dem Rahmenziel der Selbstfindung, abgestimmt mit den Zielen der sozialen Kohäsion und dem Respekt davor, daß jeder andere Mensch sich auch suchen und finden können müsse in seinem Spannungsfeld zwischen Freiheit und Verantwortung.

Autoritäten wurden in sich selbst und nicht außerhalb gesucht. Das in den 70ern von Ruth COHN für spezielle Settings in Pädagogik und Therapie entwickelte Postulat des „*Be your own chairman*“ wurde begeistert und längst vor COHN durch die Väter und Mütter der Gestalt- und humanistischen Therapie (Fritz PERLS, Carl ROGERS u. a.) im positiven Sinne inflationär in andere Gesellschaftsbereiche getragen.

In der Klimatologie der Musiktherapie in humanistischen Therapie-Kontexten entstanden Formeln wie „*be the artist of yourself*“ oder „*your life is your art*“ auf Denk- und Handlungsebenen, die die Annäherung an die Nachbarkünste und später manche Integrierung derselben - etwa in der *Expressive Therapy* bzw. intermodalen Ausdruckstherapie (Paolo KNILL 1979) „diaphanieren“ ließ, um mit Jean GEBSER zu sprechen.

Entsprechend wandelte sich die Beziehung im therapeutischen Setting, in dem nun die Diagnose mindestens „mit dem Patienten zusammen“ erfolgte - gewarnt von den leider unzähligen Schreckengeschichten falsch diagnostizierter und fehlbehandelter Patienten aus dem psychiatrischen und psychosomatischen Krankheitsformenfeld.

Wir erleben heute Richtungen in der humanistischen Psychologie, die die Wichtigkeit der Fremdwahrnehmung der Therapeuten so weit herunterschrauben, daß „der Patient die Diagnose“ gebe.

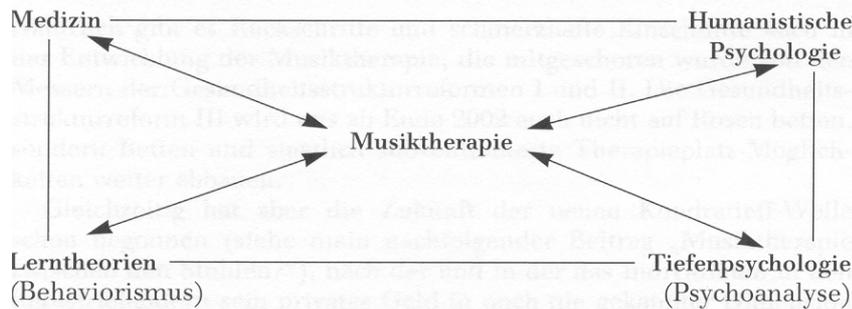
Der Abbau der Fremdautoritäten und die Akzentuierung der Selbstverwirklichung griff in die familialen, religiös-spirituellen und alle weiteren Bereiche des bisherigen Netzwerkes ein, in dem man bisher aufwuchs. Humanistische Psychologie kippte - wie alle anderen Strömungen, die starke Grundstromgeschwindigkeiten haben - auch manche Sicherheiten dieses Netzwerkes zu schnell mit dem Badewasser patriarchaler Behandlungssysteme weg.

Wir hatten deshalb in dieser Zeit auch Opfer zu beklagen: Opfer zu riskanter Experimente mit dieser neu erworbenen Freiheit, in der nicht jedes Therapeuten oder Klienten Kraft ausreichte, dem zu riesigen Entscheidungsraum im Spielraum des Settings eigene Struktur zu geben: Was ändere ich wie und wo und wann mit wem am besten, um es mir am besten sein zu lassen? Es gab gruppensdynamische Leichen nicht erst in den Grau- und Schwarzonen ausufernder Psycho-Märkte, sondern auch mitten in seriösen Zentren der Gurus auf Lehrstühlen für Gruppen-, Sozial- und klinische Psychologien.

Der Boom jener Therapien, die der jungen Tradition humanistischer Psychologie folgten oder zu folgen vorgaben, kreierte therapeutische Beziehungswelten, die in den letzten „communities“ eines PERLS oder ROGERS oder auch im Hamburg von TAUSCH & TAUSCH-Zirkeln lebten. Einerseits.

Andererseits blühten auf der Achse zwischen Tiefenpsychologie und aus ihr gewachsener humanistischer Psychologie alte Panzerknacker-Methoden in den Therapien unter neuen Deckmänteln auf - und es gingen viele in der „Mutter Gruppe“ auf, um darin unterzugehen.

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



Schema: Hintergründe gegenwärtiger Musiktherapie-Richtungen

Unser zugehöriges Zwischen-Bei-Spiel:

X-X-xx-X

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

d) Eine mögliche Mitte: Musiktherapie im Verstehen der neuen Entwicklungspsychologie

Musikhören und -gestalten ist eine inzwischen von Daniel STERN und seinen Forschern und Diadochen, zu denen ich mich zähle, entwicklungspsychologisch eindrucksvoll bewiesene Nahrung für die Individualität und Identität des einzelnen Menschen ebenso wie für seine sozialen Erfahrungen in Paaren, Klein-, Sub- und Großgruppen.

Diese Bedeutung der Musik für die Entwicklung des Menschen ist nicht neu, nur ist sie durch die Forschungen unserer neuen „Babywatcher“ in der Entwicklungspsychologie inzwischen bewiesener denn je.

In den 70er Jahren sagte Rudolf BURKHARDT, Arzt mit Kunst- und Musiktherapieaffinität, bereits: Die nonverbalen Methoden werden zunehmend intentional eingesetzt, weil die neurotischen Konflikte, die den psychosomatischen Störungen zugrunde liegen, in den Tiefenschichten der Persönlichkeit verankert sind, und dieser unbewußt-affektive Bereich nonverbal leichter erreichbar und anzustoßen ist als mit verbalen Mitteln (BURKHARDT 1998).

Die entwicklungspsychologisch begründeten neueren Musiktherapie-Forschungen von Karin SCHUMACHER (1999), Fritz HEGI (1998) - und hoffentlich auch meine eigenen - bauten und bauen die Brücken zwischen Musiktherapie und Entwicklungspsychologie, auch die zwischen Medizin und Psychoanalyse sowie Verhaltenstherapie. Die Brücken werden zwar nicht durchgängig akzeptiert i. S. von

„begangen“, aber sie werden respektiert als wachsender Konsens verschiedener Forschungsrichtungen.

Oder kürzer und generalisierender mit James HILLMAN formuliert (HILLMAN & VENTURA 1993): Die verbalen Psychotherapien sind am Ende und bestenfalls ein Toastbrot, das drei Tage an der Luft lag. (HILLMAN sprach ausdrücklich von amerikanischem Weißbrot). Und weiter: Die Zukunft der Therapien liegt nicht in der Medizin, nicht in der Psychologie. Sie liegt in den Künsten, den Heil-Künsten. Der Mensch (Patient) braucht die Kunst, die Künste in seiner Therapie, um seine Symptome damit aktiv (um)gestalten zu können.

Inzwischen wissen wir durch die Entwicklungspsychologie Genaueres darüber, warum die nonverbalen Medien und darin Musik als präverbales Medium besonders heilsame Anstöße geben können: Die Erfahrungsstufen des Säuglings in der Entwicklung vom auftauchenden Selbst zum verbalen Selbst und synchron im Bereich seiner Bezogenheit zur Mutter und anderen Bezugspersonen, bedeuten das Erlernen von Kompetenzen und Ausprägung erster Potentiale besonders im auditiven, elementar-musikalischen Bereich.

Gelernt werden diese frühen eindrucksvollen Kompetenzen und Potentiale, die wir bereits mit in diese Welt aus der des Uterus bringen, über weitestgehend mediale Ebenen des Fühlens, Hörens, Bewegens, Sehens, Lautallens, Singens, aktiv wie rezeptiv. Unsere lebenslange Dialogfähigkeit mit uns selbst und anderen wird im Uterus und in früher Kindheit im prä- und elementar musikalischen Ein- und Ausdruck disponiert und diese Disposition ist Basis für sämtliche verbalen und nonverbalen Kompetenzen des gesamten weiteren Lebens bis es uns verlässt.

Die Beweisführungen durch die Direktbeobachtungen u. a. des Arztes und Neurologen, Analytikers und Entwicklungspsychologen Daniel STERN sind für Medizin, Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie, humanistische Psychologie und auch Erziehungswissenschaft ein neuer möglicher Konsens. Wir können uns alle in der Neu- und Wiederentdeckung der Wirkung von Musik treffen - und Treffpunkte sind kein Ort, wo wir unsere Profile verwaschen, verlieren müssen. Im Gegenteil. Die verschiedenen Schulen der Musiktherapie sind ein Beispiel dafür, daß ihre Methoden sich viel mehr annähern und treffen - als manchmal ihre Initiatorinnen, KonzeptorInnen, Spiritus rectores.

Integration - als Aspekt einer ganzheitlichen Verstehensweise

Für mich und den Kontext meiner Arbeit ist ein besonders wichtiger Aspekt von Ganzheitlichkeit – den ja auch die Gestaltpsychologie betont – die Re-Integration der Heilkunst in die vom medizinischen Paradigma beherrschten Behandlungsweisen. Beispiele für solche ausgeschlossene Ganzheitlichkeit des Erlebens: Ahnung, Ehrfurcht, Liebe, wie sie in der psychotherapeutischen Welt die therapeutischen Prozesse prägen.

Integration - ein hie und da schon zum Schlagwort verkommener Begriff, dessen inflationärer Mißbrauch jedoch nicht seinen Charakter als Schlüsselwort mindert

- steht als Bezeichnung für eine therapeutische Position, teilweise auch für eine Methodenbezeichnung. Mit Integration verweise ich auf eine Welt, die der Medizin und der ihr wesensmäßig verwandten Verhaltenstherapien vor behavioristischem Hintergrund gegenüber steht:

Dort: Eliminierung des Symptoms, mindestens eine Bremsung seiner Ausprägungsdynamik, oft eine Verschiebung, Vermeidung der Konfrontation mit dem Leiden durch Abwehr, also Leugnung, Verdrängung, Abspaltung. Krankheit, Inkompetenz, Behinderung bei sich und anderen erinnert immer an unsere menschliche Begrenztheit. Um dieser Konfrontation (genau genommen ein freundlicherer Begriff als der der Front-ation) aus dem Wege zu gehen, haben wir - und mit uns die Medizin und ein Teil der Pädagogik - verschiedene Strategien entwickelt, z. B. Leid weghaben zu wollen und Leid unsichtbar zu machen (von der Transplantationschirurgie zur Prothesenmedizin), z. B. von eigenem Leid im auch engeren und engsten Lebensumkreis keine Mit-Teilung zu machen (von der Verheimlichung, einen Psychologen aufgesucht zu haben bis zum Stigma, stationäre Psychiatrie als Patient kennen gelernt zu haben), z. B. die Ausklammerung aus dem öffentlichen Leben (Anstalten, Heime) bzw. die nur sanftere, aber gleich gezielte Strategie der Ausgrenzung in „Sonder“- Bereiche (Sonderschule) oder durch „Sonderveranstaltungen“. Von Tagen offener Türen der Heime der Aktionen Sorgenkind oder Sorgenalten angefangen. die von Angehörigen und Freunden besucht werden, bis zu Paralympics, die breite Öffentlichkeit erfahren. Aus der sicheren Entfernung des heimischen TV -Monitors.

Eine andere Strategie der Vermeidung der Konfrontation mit Leid ist die gewaltvolle Anpassung von Leidenden, Behinderten an die Norm. Eine Art Pseudointegration, finde ich. Dietmut NIEDECKEN, Kinder- und Jugendpsychoanalytikerin und Musiktherapeutin und Kollegin an unserem Hamburger Institut beschreibt diese Pseudo-Integration am Beispiel des Umgangs mit wie auch immer behinderten Kindern so:

„Die neuesten Errungenschaften werden auf die Kinder angesetzt, immer im Bestreben, sie durch möglichst frühe und umfassende Förderung doch noch in den Bereich des annähernd Normalen zu befördern. Strikter Erfolgszwang herrscht, Misserfolge darf es nicht geben.“

Die Spiegelwirkung der Einseitigkeiten medizinischer Perspektive auf ganze Bereiche der Sonder- und Heilpädagogik ebenso wie auf ganze Teile der Verhaltenstherapie und allgemeinen Pädagogik lassen sich nicht der Medizin allein anlasten. Aber die Frage ist: Was würde sich nicht alles ändern durch Integrationsarbeit, wenn diese auch in die medizinischen Denkwelten und die von ihr ersehnte Holistik integriert würde? Von dem mächtigsten Pfeiler unseres Gesundheitswesens (immerhin heißt es inzwischen so positiv) würde eine uneinschätzbare Änderung des Gesamtklimas ausgehen und moderner Psychoanalyse und humanistischer Psychologie nahe kommen.

Integration ist die dynamische Verbindung zur Welt gegenüber, der Welt des Gegenüber. Und vielleicht gar nicht so weit entfernt, wie wir denken. Interdependenz ist Nähe, ist wechselseitige Bedingung in Individuationsprozessen einer Therapie ebenso wie in kollektiven Dynamismen, wo wir uns in unserer Freiheit entscheiden

dürfen, ob wir Vermeidungen, Spaltungen stützen helfen oder Integration. Wäre Integration nicht auch für sich eine Kunst, gar eine sehr hohe, weil schwere?

Vor dem Hintergrund, daß jede wirkliche Therapie Kunst ist, jedes wirkliche Gestalten des Lebens Kunst ist, lassen sich nun Differenzierungen auf die Spezifität der einzelnen Eindrucks- und Ausdrucksformen künstlerischer Medien anstellen, die auch in die Indikationsstellungen hineinragen: Denn keineswegs ist immer nur eine bestimmte Kunstform für jeden Klienten in jeder Phase seines therapeutischen Prozesses angemessen.

Beginnen wir mit dem Medium, das - anthropologisch gesehen - spezifisch für soziale Kommunikation entstanden ist: Der gesprochenen Sprache. Wie sehr sie diesem Zweck der Interaktion und hoffentlich folgenden Verstehensweise (erst das meint „Kommunikation“) verwurzelt ist, zeigt, daß wir uns nirgendwo darüber wundern, wenn Menschen zueinander sprechen - sofort aber mit dem psychopathologisierenden Hinterkopf reagieren, wenn wir jemanden dabei beobachten, daß er mit sich selbst spricht, sein Selbst zu unterhalten sucht. Der Gang durch manche Korridore einer Geriatrie oder auch an Türen „normalerer“ Seniorenresidenzen vorbei ist einer, auf dem wir oft die Deprivationsschäden und Isolationsängste ausgedrückt hören, indem ein Mensch mit sich spricht.

Carl ROGERS hat seine Gesprächspsychotherapie als Kunst der Begegnung im Wort definiert, verstanden und zu multiplizieren versucht. Die bloße echohafte Spiegelung der Worte des Patienten durch den Therapeuten stellt den Patienten bloß, läßt ihn emotional splitterackt im zu kurzen Hemde stehen. Echo war jene Nymphe, die - bestraft für ihr zu vieles Reden damit, daß sie nur noch imitieren konnte, sinnlos nachahmen - dem verirrt um Hilfe rufenden Narkissos nur die eigenen Hilferufe imitieren, kein lebendiges Gegen-Über bieten konnte. Carl ROGERS meinte und lebte Gesprächs-Kunst, von der einige Regeln - gründlich deutsch - mißverstanden wurden. Sprechen, Gespräch lenkt meine Wahrnehmung auf das Gegenüber. Das meint sozialisierende Wirkung.

Noch stärker geht es uns so mit Berührungen: Derart besetzt ist die Berührung mit unserer Soziabilität, daß wir mit jenem psychopathologisierenden, diagnostischen Hinterkopf den Menschen, der sich selbst streichelt - auch dies ein nicht seltenes Bild in Psychiatrien und auf Parkbänken in der Nähe von Großzentren für Menschen im letzten Lebensabschnitt - aufmerksam-sorgenvoll betrachten. Da ist jemand so weit, daß er sich die von anderen vermißten Einheiten des Streichelns - selbst gibt. Und dies läuft im Katalog der Ätiologien nicht unter narzißtischer Persönlichkeitsstörung, die bekanntlich eine Frühstörung ist, sondern dies läuft unter Alltag für Millionen, von denen sich die meisten verstecken oder versteckt werden, also einer unserer Strategien zum Opfer fallen, der Konfrontation mit der Sehnsucht bzw. Isolation auszuweichen.

Was mich nicht nur etymologisch oder umgangssprachlich, sondern auch therapeutisch, nein: ich sage nicht „be-rührt“, sondern beschäftigt: Wir nehmen dieses Wort von der Be-Rührung mit in die Beschreibung aller anderen Erlebensebenen anderer Medien: Wir sind von bestimmter Musik, von einem Tanz, einem Gedicht, einem Bild, einem gestalteten Tonklumpen so be-wegt, daß wir meist diese drei Be-

schreibungswörter nutzen: Ich bin be-wegt, er-griffen, berührt. Und Bewegung ist immer die Voraussetzung für ergreifen, berühren. (Leider wirken diese Begriffe offenbar auch außerhalb der Begegnung in der Therapie so stark, daß sie sich verselbstständigten und außer einem „Betroffenheitskult“ inzwischen „Berührtheits- und Ergriffenheitskulturen“ ausgeprägt haben, die dies eben dann nicht mehr erlauben: Sich berührt zu fühlen.)

Musik steht hier wie die Bewegung, der Tanz in einer Position zwischen sozialisierender und individualisierender Wirkung und Auswirkung. Musik kann sowohl als sozialisierendes Medium erlebt werden, im Call-response-Dialog mit dem Du und im Gruppenspiel von improvisierenden oder reproduzierenden Musikern ebenso wie von Menschen, die gemeinsam Musik hören, rezipieren.

Und Musik kann ebenso als individualisierend empfunden werden. Kein Mensch wundert sich, wenn er einen anderen allein in seiner Kammer Klavier spielen hört - oder vor sich hin summen oder singen - oder Musik hören hört. Ein Mensch mit seiner Musik allein ist psychopathologisch gesehen uninteressant. Selbst eine ungewöhnliche Quantität von Musik, die ein Mensch offensichtlich braucht, führt höchstens zu positiven Einschätzungen seiner Musikalität, nicht zu einer Verhaltensauffälligkeit geschweige schwereren Diagnose.

Hört oder macht jemand Musik in seiner Umgebung - nimmt diese zwangsläufig daran teil. Unabhängig von dem individualisierenden Erleben dessen, der die Musik gestaltet, hörend oder spielend. In einer Musiktherapie ist deshalb die Erfahrung von Schweigen so nötig - weil dem Medium Musik und dem nach oder vorarbeitenden Medium Sprache - immer auch diese sozialisierende bis zwangsozialisierende Komponente innewohnt.

Bewegung und Tanz werden unter diesem Aspekt ähnlich gesehen wie Musik: Der Einzelne erlebt sie als überwiegend sozialisierend, auf das oder die Gegenüber richtend - erlebt sie aber auch individualisierend, mit der Bewegung ganz *in sich* und synchron *außer sich* gehend. Z. B. lenkt im therapeutischen Setting die Einladung des Therapeuten an den oder die Patienten, die Augen zu schließen (Kohäsion und Vertrauen vorausgesetzt, daß beide, alle dies tun), die Wahrnehmung auch körperausdrucksgehemmter oder blockierter Patienten ab von den anderen, ab von der Frage, wie wirke ich jetzt bloß auf den anderen - und hin zu sich, in das eigene *grounding, movement, psycho-movement, psycho-dynamic movement*. Manche meiner Patienten, eben Männer und Frauen aus BfA-Kliniken, also Privatpatienten mit den Prägungen aus manchen Führungsetagen und Nadelstreifenanzügen und -röcken lernen nach Jahrzehnten wieder oder zum ersten Mal die Bewegung ihres Körpers als Können, als Kunst, als Tanz kennen. Und wenn er sich nur auf aller-kleinstem Raum tanzender Finger ereignet.

Ebenso deutlich wie Berührung und gesprochene Sprache sozialisierend wirken, wird das visuelle Gestalten, das Malen eines Bildes mit seinen Formen und Farben als Spiegelanteile des Unbewußten, das Gestalten einer Skulptur, als individualisierend gesehen - wie das Erleben der geschriebenen Worte, die sich verdichten bis zur Dichtung.

In der Kunsttherapie und Poesie-Therapie (die in USA entwickelte *Poetry-Therapy* schwimmt erst langsam über den großen Teich in unser therapeutisches Methodenrepertoire der Künste hinein) ist es ebenso: Der Mensch, der Patient ist bei sich, baut die unbewußten Brücken zwischen inneren Bildern zu äußeren Flächen, Formen, Wort-Zudichtungen, Ver-Dichtungen. Was in der Musik die Klangfarbe bewirkt, wirkt im Malen als Farbton. Ob diese nicht nur sprachspielerische Interdependenz eine Epiphanie der amodalen, kreuzmodalen, intermedialen Wahrnehmung des Säuglings war?

Einige Zusammenhänge und Strukturklammern zwischen den Künsten

Das Erleben aller dieser Medien ereignet sich in der Realität des therapeutischen Prozesses nicht getrennt voneinander, also auditives Erleben in der Musik-Therapie, visuelles Erleben in der Kunsttherapie usw. Vielmehr wissen wir - auch durch die neue Entwicklungspsychologie gut begründet - daß Patienten beim Hören ihrer Musik zu ihren inneren Bildern kommen, daß sie im Prozeß des Malens und Gestaltens einer Form Klangliches in sich erleben, daß sie beim Schreiben ihrer Zu-Dichtungen komplexe Erfahrungen machen incl. Geschmackserinnerungen, daß sie sich beim Tanzen der Musik ihrer Körper-Biographie nähern. Diese amodale Wahrnehmungskraft des Säuglings, wie STERN sagt (oder vor ihm SPITZ und PIAGET von der kreuzmodalen Wahrnehmung), hält sich zwar nicht in jener fluiden Virtuosität unserer Frühzeit, aber tiefste Schichten dieser Gabe und frühesten Begabung halten sich und halten uns und sind vom Unbewußten besonders im therapeutischen Prozeß spür- und in Bewußtsein wandelbar. Hirnphysiologische und gerontologische Forschungen weisen darauf hin, daß diese Begabung unserer wahrhaft komplexen Sinneswahrnehmung im Koma und im letzten Lebensabschnitt wieder stärker hervortreten können. Wenn sie gerufen werden, pro-voziert im therapeutischen Sinne.

Alle diese Medien werden auch intermodal erlebbar sein und werden auch in besonderen Verfahren so angeboten, d. h. das Erleben des Patienten, während er ein Bild malt, wird durch die Einladung, anschließend zu diesem seinem Bild Musik zu improvisieren, in ein Übergangserleben eingeladen, in ein oft neues Erleben des Bisherigen, eben noch Dagewesenen. Die Perspektiven auf dasselbe ändern und weiten sich. Übergänge zwischen dem inneren Eindruck und seinem Ausdruck zu erleben, bedeutet auch Übergänge, also die Zeit von Krise und Chance, von Abschied und Neubeginn, im Mikrokosmos des künstlerisch-therapeutischen Erlebens zu üben - für den Makrokosmos der Lebenskonzeption außerhalb des Settings. Integrationskunst.

Alle diese Medien, die in einen künstlerischen Prozeß einmünden können, sind therapeutisch wie auch pädagogisch erlebbar. Während jedoch in der Pädagogik eines Kunstunterrichts, eines Musikunterrichts das Individuum jedenfalls in der durch Lehrpläne vorgegebenen Intention auf die Kunst hin, auf die Musik und deren Werkstrukturen hin begleitet wird, wird im therapeutischen Prozeß das Medium der Künste in allen seinen unvorhersehbaren Ausrucksformen in den Dienst des einzel-

nen Patienten gestellt. Psychoanalytisch oft in dessen Regression im Dienste des Ichs, in der humanistischen Psychologie in ihren verschiedenen Erfahrungsebenen in und mit Kunst, die sie dem Klienten in seiner Suche nach dem Selbst, seinem Selbst-Ausdruck, seiner Selbst-Verwirklichung und hoffentlichen Selbstfindung durch Erlebnisorientierung anbietet, und, oder in Konflikt- und Problemzentrierung.

Auch hier ist nur Schlagwort, erschlagendes Wort geworden, was für den Existentialismus als einer Wurzel für humanistische Psychologie als Gegenströmung zur klassischen Psychoanalyse Stichwort für ein neues Menschenbild war mit partnerschaftlicher Auffassung: „Der Patient macht die Diagnose“ - jedenfalls im Blick auf seine psychodynamische Reifung.

Alle diese Medien sind im künstlerisch-therapeutischen Prozeß sowohl in rezeptive wie in aktive Methoden geflossen: Aktive Musiktherapie, in der ich spiele oder singe, was ich nicht sagen kann (fast Slogan gewordener Titel eines grundlegenden Buches von Rosemarie TÜPKER zur Morphologischen Musiktherapie). Rezeptive Musiktherapie, in der ich höre, was mir altvertraut und vielsagend ist - oder neu, fremd. Aktives Malen - oder das Wirkenlassen des Bildes auf mich - immer werden in Eindruck und Ausdruck Spiel-Räume gegeben für Inneres, was ich als Patient zu lange und unerkannt in mir schleppte.

Schließlich: Alle diese Medien leben von dem, was Martin BUBER mit der Kraft des Dritten meint. Greif-bares Beispiel: Therapeut und Patient beginnen einen Ton, einen Klumpen Ton, mit Händen zu gestalten - oder malen kollektiv an einem Bild. Irgendwann, improvisiert, unvorhersehbar und unvorhersehbar fühlbar wird der Klumpen, wird das Bild eine Gestalt, die von diesem Augenblick an jede weitere Gestaltung zwischen Ich und Du, zwischen Therapeut und Patient mitsteuert. Oder in der therapeutischen Musikimprovisation, wo die von uns selbst begonnene hörbare Musik von einem ebenso unvorhersehbaren Zeit-Kairos an das weitere Spiel der Beteiligten mit-be-stimmt.

Manche dieser Augenblicke zeigen sich gleich oder viel später in der Katamnese als Kairos, als Wendezeitpunkt in der Psychodynamik, ab der der Patient seine Krankheit gestaltet, umgestaltet - und damit die Behandlung von ihr seinerseits beginnt. Der Patient geht innerhalb der Phänomenologie des Dritten in der therapeutischen Beziehung mit seiner Erkrankung um - ohne sie - wie bisher - zu umgehen. Die Konfrontation gelingt. Sie nennen wir - Integration.

Dieses Dritte findet sich woanders mit anderen Worten. PETERSEN spricht von „Gabe“, von „Geschenk“. Er siedelt es in der Zeit geistiger Reinheiten an. Und - auch überall zu lesen, zu spüren und zu lernen - wir dürfen es nicht unbedingt haben wollen, erwarten. Es würde sich entziehen - wie jedes wirkliche Geschenk, wie jede wirkende Liebe.

Zusammenfassung

In diesem Beitrag werden zunächst einige unangemessene Erwartungen an die Musiktherapie aus der Sicht des medizinischen Paradigmas kritisch diskutiert. Statt sich als untergeordnetes Werkzeug für höhere medizinische Effizienz vereinnahmen zu lassen, versteht sich die Musiktherapie als eigenständiger Bereich, der sich *auch* im medizinischen Kontext

partnerschaftlich einzubringen vermag. Daß dieser eigenständige Bereich recht heterogene Konzepte und Ansätze umfaßt wird sodann an zentralen Perspektiven der Musiktherapie aufgezeigt: dem behavioristischen, dem analytischen-tiefenpsychologischen und dem humanistischen Ansatz. Plädiert wird dafür, unter Berücksichtigung der neueren Erkenntnisse der Säuglingsforschung und Entwicklungspsychologie, diese Ansätze wieder stärker zu integrieren. Perspektiven einer solchen Integration - als Aspekte einer ganzheitlichen Verste-hensweise - werden sodann entwickelt, bevor abschließend Zusammenhänge und Strukturklammern zwischen den Künsten erörtert werden, die ebenfalls die Bedeutsamkeit einer ganzheitlichen Herangehensweise unterstreichen

Summary

This contribution starts with a discussion of the low esteem in which music therapy is held by the medical paradigm. Music therapy should not be reduced to a mere tool for increasing the efficacy of medical treatment. In contrast, music therapy is a genuine and independent discipline, which may *additionally* be applied within a medical frame. This genuine discipline "music therapy" comprises different concepts and approaches. Examples with respect to the behavioural, the psychoanalytical and the humanistic approach are discussed. The author pleads for an integration of these varying approaches in light of recent developments in research on child development and psychology. A view of such a possible integration - as aspects of an holistic understanding - are suggested. Finally, connections und relationships between the different modalities of art are discussed.

Literatur

- BECKER, M. (2000): *Musikpsychotherapie in der Arbeit mit einer geistig behinderten Partnerin*. Hamburg.
- BUBER, M. (1984): *Das dialogische Prinzip* (5. Aufl.). Heidelberg: Verlag Lambert Schneider.
- BURCKHARDT, R. (1998): Einladungstext zur Tagung „Musiktherapie“ der Ev. Akademie in Goslar, Februar 1998.
- COHN, R. (1975): *Von der Psychoanalyse zur Themenzentrierten Interaktion*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- DECKER-VOIGT, H.-H. (1999): *Mit Musik ins Leben - Klänge in Schwangerschaft und früher Kindheit*. Kreuzlingen/München: Ariston.
- DECKER-VOIGT, H.-H. (2000): *Aus der Seele gespielt. Einführung in Musiktherapie*. (Neuausgabe) München: Goldmann.
- HEGI, F. (1998): *Übergänge zwischen Sprache und Musik*. Paderborn: Junfermann.
- HILLMAN, J., VENTURA, M. (1993): *Hundert Jahre Psychotherapie - und der Welt geht's immer schlechter*. Solothurn: Walter.
- KNILL, P. J. (1979): *Ausdruckstherapie, Künstlerischer Ausdruck in Therapie und Erziehung als intermediale Methode*. Bremen/Lilienthal: Eres.
- NIEDECKEN, D. (1989): *Namenlos, Geistig Behinderte verstehen*. München: Luchterhand.
- PETERSEN, P. (1988): *Retortenbefruchtung und Verantwortung*. Frankfurt/M.: Urachhaus.
- SCHUMACHER, K. (1999): *Musiktherapie und Säuglingsforschung*. Frankfurt/M.: Lang.
- SPINTGE, R., DROH, R. (1992): *Musikmedizin*. Stuttgart: Urban & Fischer.
- STERN, D. (1992): *Die Lebenserfahrungen des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- TÜPKER, R. (1996): Forschungsmethodik. In Decker-Voigt, H.-H. et al. (Hg.), *Lexikon Musiktherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Anschrift des Autors

Prof. Dr. Hans-Helmut Decker-Voigt,
Institut für Musiktherapie
Hochschule für Musik und Theater Hamburg
Harvestehuder Weg 12
20148 Hamburg
www.decker-voigt-archiv.de