

Universität Ulm
- Klinikum -
Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik

Abteilung Psychotherapie
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. H. Kächele

Musikalische Wahrnehmung, Repräsentation und Interaktion bei paranoid-schizophrenen Patienten

Die Implementierung einer Methode zur Analyse musikalischer
Interpretationen von- und Dialogen mit schizophrenen Patienten.
Ein Beitrag zur musiktherapeutischen Grundlagenforschung

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades
der Humanbiologie (Dr.biol.hum.)
der Fakultät für Medizin
der Universität Ulm

vorgelegt von
Susanne Bauer
aus Berlin

Ulm, im September 1999

THEORETISCHER TEIL

EINLEITUNG

I. AFFEKTE UND INTERAKTION

- I.1. Einleitung
- I.1.1. Affekte, Emotionen, Gefühle. Versuch einer aktuellen Begriffsklärung
- I.1.2. Frühe Interaktionserfahrungen - Dialogisieren aus Sicht der Entwicklungspsychologie
- I.1.3. Späteres interaktives Verhalten

II. SCHIZOPHRENIE

- II.1. Einleitung
- II.1.1. Ätiologie und Pathogenese
- II.1.2. Psychopathologische Befunde und diagnostische Kriterien
- II.1.3. Affektverhalten und Interaktion

III. MUSIKPSYCHOLOGIE

- III.1. Einleitung
- III.1.1. Forschungsthemen und -methoden
- III.1.2. Musik und Wahrnehmung
- III.1.3. Musik und Emotionen

IV. MUSIKTHERAPIE

- IV.1. Einleitung
- IV.1.1. Schulenspezifische Betrachtungen zum Thema Gefühl und Dialog in der Musiktherapie
- IV.1.2. Musiktherapie mit schizophrenen Patienten
Beobachtungen, Schlussfolgerungen und Indikation
- IV.1.3. Forschungsbeiträge zu musikalischem Verhalten schizophrener Patienten

B: EMPIRISCHER TEIL

I. Vorausgehende Untersuchungen

I.1. Erste qualitative Ergebnisse

II. Methode

- II.1. Fragestellung der eigenen Untersuchung
- II.2. Rekrutierung der Studiengruppe
- II.3. Rekrutierung der Kontrollgruppe
- II.4. Versuchsablauf - die vier Versuchseinheiten (VE 1-4)
- II.5. Hypothesen 1-6
- II.6. Testmaterial
 - II.6.1. Instrumentenbeschreibung für VE 1 und VE 4
 - II.6.2. Die komponierten Hörbeispiele für VE 2
 - II.6.3. Instrumentenbeschreibung für VE 3
 - II.6.4. 8 Items zum musikalischen Interaktionsverhalten
 - II.6.4.1. Operationalisierung der Items
- II.7. Die Ratergruppen I und II
- II.8. Erhebungsmaterial
 - II.8.1. Musikalische Beschreibungsskala für Gefühlsqualitäten
 - II.8.2. Eindrucksskala zur Erfassung von Gefühlsqualitäten in der Musik
 - II.8.3. Halbstrukturierter Erfassungsbogen zur Beschreibung und Einstufung von Musikstücken
 - II.8.4. Rating-Skala zur Musikalischen Interaktion im Dialog (MID-rs)
 - II.8.5. Quantitative Auswertung des Dialogs
 - II.8.5.1. Anzahl der Antworten
 - II.8.5.2. Dauer der Antworten
 - II.8.5.3. Zeitliches Verhältnis zwischen VP und VL im Hinblick auf die Gesamtlänge
 - II.8.5.4. Gemeinsame Spielzeit von VP und VL pro Dritteinheit (DE)

III. ERGEBNISSE

- III.1. Graffar-Test zur Parallelisierung von Studien -und Kontrollgruppe

- III.2. Expertenurteil Ratergruppe 1: Analyse der Darstellung von Gefühlsqualitäten unter Berücksichtigung der Variablen Rhythmus, Melodie, Bewegung und Volumen
- III.2.1. Interraterreliabilität
- III.2.2. Studiengruppe VE 1: "traurig", "fröhlich", "wütend"
- III.2.3. Kontrollgruppe VE 1: "traurig", "fröhlich", "wütend"
- III.2.4. Studiengruppe VE 4: "traurig", "fröhlich", "wütend"
- III.2.5. Kontrollgruppe VE 4: "traurig", "fröhlich", "wütend"
- III.2.6. Gegenüberstellung der Ergebnisse von VE 1 und VE 4
- III.2.7. Hypothesentestung (Hypothesen 1 und 5)
- III.2.8. Eindrucksskala Ratergruppe 2: subjektiver Eindruck im Hinblick auf die dargestellten Gefühlsqualitäten in VE 4
- III.2.9. Gegenüberstellung von VE 4-objektiv und VE 4-subjektiv
- III.2.10. Hypothesentestung (Hypothese 2)
- III.3. Pilotstudie zur Erprobung des auditiven Testmaterials
- III.4. Verbale Bezeichnung der Gefühlsqualitäten in VE 2
- III.4.1. Studiengruppe
- III.4.2. Kontrollgruppe
- III.4.3. Hypothesentestung (Hypothese 3)
- III.5. Dialogverhalten - musikalische Interaktion in VE 3
- III.5.1. Studiengruppe versus VL
- III.5.2. Kontrollgruppe versus VL
- III.5.3. Hypothesentestung (Hypothese 4)
- III.6. Dialogverhalten - zeitliche Interaktion in VE 3
- III.6.1. Gesamtspielzeit Studiengruppe versus VL
- III.6.2. Gesamtspielzeit Kontrollgruppe versus VL
- III.6.3. Hypothesentestung (Hypothese 6)
- III.6.4. Gemeinsame Spielzeit von VP und VL pro Dritteinheit
- III.6.5. Hypothesentestung (Hypothese 7)

IV. DISKUSSION

V. ZUSAMMENFASSUNG

VI. LITERATUR

VII. ANHANG

1. Graffar-Test
2. Halbstrukturiertes Interview zum Kennenlernen und warming up
3. Instruktionen für die Untersuchungspersonen

4. Die Gefühlskategorien zur Komposition von Filmmusik nach Beltr-n
4. Musikalischer Beurteilungsbogen zur objektiven Erfassung der in VE 1 und VE 4 dargestellten Gefühlsqualitäten nach Beltr-n
5. Adjektivliste zur subjektiven Erfassung der in VE 4 dargestellten Gefühlsqualitäten
6. Rating-Skala zur Musikalischen Interaktion im Dialog (MID-Rs)
7. Spielzeitmessung
8. Grafische Darstellung der vorgespielten Musikpassagen

Einleitung

Die vorliegende Arbeit versteht sich als Beitrag zur musiktherapeutischen Grundlagenforschung. Es geht dabei um grundsätzliche Fragen zum methodischen Vorgehen in der Musiktherapieforschung und um die Entwicklung und Anwendung wissenschaftlicher Konzepte zur Erfassung und Analyse musikalischen Verhaltens in vorgegebenen Situationen.

Als Untersuchungsgegenstand wurde eine Gruppe schizophrener Patienten (N=24) ausgewählt. Die Fragestellung wurde auf der Base vorausgegangener Untersuchungen und klinischer Protokolle aus musiktherapeutischen Sitzungen mit schizophrenen Patienten entwickelt (vgl. Kap. IV.1.2 und IV.1.3.). Die den Test ausmachenden Aufgaben gehen auf typische musiktherapeutische Interventionen zurück und bauen inhaltlich auf ihnen auf. Zur Entwicklung und Gestaltung der für die Untersuchung geeignetesten Beobachtungs- und Beurteilungsbögen wurden musikpsychologische und musiktherapeutische Kriterien berücksichtigt.

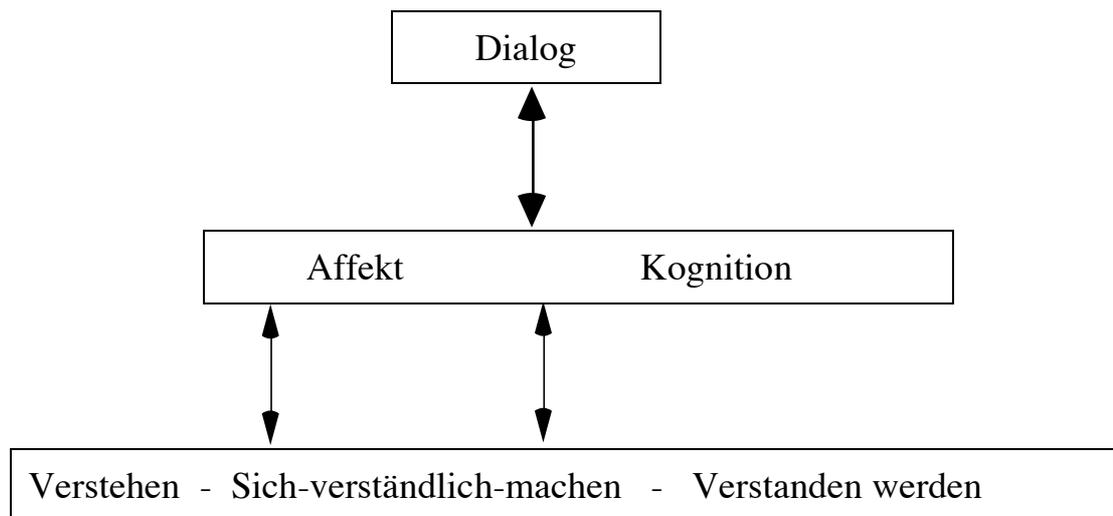
Das Interesse dieser Untersuchung gilt den schizophrenen Personen.

Wenngleich es nicht den schizophrenen Menschen gibt, so wurden seit jeher und trotz individueller Unterschiede, Gemeinsamkeiten im Handeln, Denken und Fühlen bei als schizophren diagnostizierten Patienten erkannt und als solche beschrieben (vgl. II.1.1.) Insbesondere werden seit nunmehr hundert Jahren drei Schizophrenieformen unterschieden: die hebephrene, die katatone und die paranoide Form. Diese Diagnosetypen sind bis heute erhalten geblieben, wenngleich sie in den bekannten Diagnoseschlüsseln "International Classification of Mental Disorders" (ICD) und "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM), von einer Ausgabe zur anderen teilweise unterschiedlich beschrieben werden und ebenso häufig Veränderungen und Ergänzungen im Hinblick auf die Bedingungen zur Erstellung der Diagnosen vorgenommen werden. Gegenwärtig liegen die zehnte Version des ICD, ICD-10 (Dilling et al. 1991) und die vierte Version des DSM, DSM-IV (APA 1994), vor. An dem "Hospital Psiquiátrico, Instituto Dr. José Horwitz", an dem ich meine Untersuchungen vornahm, werden die Patienten, wie an den meisten chilenischen psychiatrischen Krankenhäusern, nach dem amerikanischen Klassifikationssystem DSM-IV diagnostiziert. Patienten, deren Krankheitsbeginn auf mehr als fünf Jahre zurückgeht, wurden nach vorherigen Versionen diagnostiziert, die meisten von ihnen nach dem DSM III-R (APA 1987).

Die 24 an meiner Untersuchung beteiligten Patienten gehören in der Mehrheit (N=19) der Gruppe des paranoiden Typs an, zwei weitere Patienten waren als paranoid-kataton und drei als paranoid-hebephren diagnostiziert.

Wenngleich die derzeitig vorliegenden Ergebnisse musiktherapeutischer Forschung nicht erlauben, von eindeutigen diagnoseabhängigen Spielweisen auszugehen (Claußnitzer 1996), konnte ich bei näherer Betrachtung von Falldarstellungen und in protokollarischen Sitzungsaufzeichnungen übereinstimmende Beschreibungen im Hinblick auf das musikalische Spiel schizophrener Patienten feststellen (vgl.IV.1.2). Ferner fiel auf, dass die meisten der systematischen musiktherapeutischen Untersuchungen mit diagnosehomogenen Gruppen durchgeführt wurden (Gilroy & Lee 1995, Pavlicevic & Trevarthen 1989, Pavlicevic et al. 1994, Maler 1994, Tang et al. 1994, Schmidt 1994, Steinberg 1987). Man kann dieses gezielte Vorgehen als Versuch zur Erstellung eines Zusammenhangs zwischen Nosologie und musikalischem Ausdruck verstehen. Mehr Einigkeit herrscht darüber, dass sich in der Spielweise einer Person, beim alleinigen und gemeinsamen Improvisieren, rhythmische, melodische und harmonische Muster, ebenso Stimmungen oder musikalische Gestalten herausbilden, die als spezifische, der Person eigenen Formen, verstanden und als "seelische Strukturen, Bewältigungs- und Interaktionsformen des Patienten" (Weymann 1987, S.63), als "die zentralen Persönlichkeitsmerkmale" und "Spielmuster" des Patienten (Timmermann et al. 1991, S. 386 und 391) oder "Eigengesetzlichkeiten der Person" (Langenberg 1988, S.43) bezeichnet und als solche behandelt werden.

Der mich am meisten interessierende und im Mittelpunkt der Untersuchung stehende Aspekt der Schizophrenie ist die Interaktion, die Kommunikation, der Umgang mit der Umgebung oder besser. der Vorgang des "Verstehens - Sich-verständlich-machen und Verstandenwerden". In den meisten Schizophrenieformen werden "Affektverflachung" und "sozialer Rückzug" beobachtet, ebenso wie Denk- und Wahrnehmungsstörungen. Das erwartete Interaktionsverhalten bleibt aus und immer seltener treten gemeinsam erlebte oder geteilte Gefühle auf. Über die existentielle Bedeutung dieser letztgenannten zwischenmenschlichen Erfahrung (Stern 1991) soll es in dem Exkurs über frühkindliche und erwachsene Form der Verständigung gehen. Es sollen dabei verschiedene Anhaltspunkte zur Beurteilung gelungener und nicht gelungener Kommunikation aufgezeigt werden. Im folgenden Schema wird dieser grundsätzliche Zusammenhang zwischen affektiven und kognitiven Anteilen in der Interaktion festgehalten:



Gelungene Interaktion in frühen Entwicklungsphasen erzeugt Sicherheit und Vertrauen, eine sicherlich entscheidende Voraussetzung für jede weitere gesunde psychische Entwicklung des Menschen.

Was mit der vorliegenden Untersuchung nun genau erfasst werden soll, ist die Art, wie schizophrene Menschen sich musikalisch verständlich machen, verstehen und verstanden werden. Nicht das emotionale Befinden oder physiologische Reaktionen der Versuchspersonen werden untersucht, sondern deren Beurteilung vorgegebener musikalischer Stimuli, die musikalische Darstellung vorgegebener Begriffe und das Interaktionsverhalten mit musikalischen Mitteln.

Unter der Annahme, dass Kommunikation - wie oben beschrieben - erlernt wurde und dass soziale Interaktion Affekte voraussetzt, oder andersherum, weil Affekte die ersten Intentionen des Kindes in Bezug auf seine Umwelt darstellen (Krause et al. 1992), wurden diese zum Drehpunkt der gesamten Untersuchung. Drei der sogenannten Primäraffekte - Traurigkeit, Freude, Wut - auch als "soziale Affekte" bezeichnet (Tomkins 1962,1963, zit. nach Krause 1983) wurden in den Test auf unterschiedliche Weise eingebaut: Im ersten Teil, in dem es um die instrumental-musikalische Darstellung vorgegebener Ideen geht, sollen die Versuchspersonen die Gefühlsqualitäten "traurig", "fröhlich", "wütend" auf Instrumenten darstellen. Im zweiten Teil sollen die Versuchspersonen drei auf Klavier eingespielte Musikpassagen, die eigens für den Zweck komponiert wurden, anhören und beschreiben. (Die musikalischen Kriterien zur "Herstellung" der beabsichtigten Gefühlsqualitäten in jedem der Klavierstücke - "traurig", "fröhlich" und "wütend" - wurden einem Kompositionsschema für Filmmusik von Beltr'n (1984) entnommen (siehe

Anhang)). Im dritten Teil geht es um das instrumental-musikalische Dialogisieren: einen freien Dialog, ohne Vorgaben, für die Versuchsperson, aber nur halbfrei für die VL. Sie sollte fröhliche, traurige und wütende Elemente, so wie sie im vorher genannten Schema operationalisiert worden waren, in das eigene Spiel einbauen, wobei sich das wann und wie lange nach den Spieleigenschaften der jeweiligen Versuchsperson richtete. Untersucht wurde das Interaktionsverhalten-als-solches (und nicht die "Reaktionen" auf bestimmte Elemente) auf der Base von acht operationalisierten Interaktionsstilen, ebenso die den Dialog ausmachenden Spiel-Zeit-Verhältnisse zwischen Untersuchungsperson und VL.

Sollten signifikante Unterschiede zwischen der Studien -und Kontrollgruppe auftreten, so werden wir uns fragen müssen, in welchem der drei Bereiche, d.h., bei welcher/n der drei Gefühlsqualitäten, bei welchem(n) Musikstück(en) und/oder in welchem/n musikalischen Interaktionsverhalten? Von einer allgemeinen Veränderung in der Affektivität, im Denken, Wahrnehmen und Handeln, im sozialen Kontakt und im Kommunikationsverhalten bei schizophrenen Patienten ausgehend (Lange 1935, Bleuler 1969, Scharffstetter 1990) und unter Einbezug klinischer Beobachtungen aus dem musiktherapeutischen Arbeitsbereich (vgl.IV.1.2.), ist bei der Studiengruppe folgendes zu vermuten: 1. eine weniger differenzierte Darstellung der genannten Gefühlsqualitäten, 2. eine passivere Haltung im musikalischen Dialog, 3. ein eingeschränkterer Gebrauch der musikalischen Ausdrucksmöglichkeiten und 4. eine kürzere Spieldauer im Vergleich zur Kontrollgruppe. Was die Beschreibung und Klassifizierung von Musikstücken betrifft, haben sich in einer Untersuchung Kneutgens (1980) keine signifikanten Unterschiede zwischen schizophrenen und gesunden Personen ergeben (siehe IV.1.3). In Anbetracht des prekären Forschungsstandes und fehlender klinischer Beschreibungen auf diesem Gebiet sind Voraussagen und Hypothesenbildung hier nur eingeschränkt möglich.

Diese Arbeit versteht sich als Fortsetzung der von Timmermann (1990) begonnenen und Schmidt (1994) weitergeführten Untersuchungslinie zur musiktherapeutischen Grundlagenforschung an der Abteilung Psychotherapie der Universität Ulm: wissenschaftliches Vorgehen zum Zwecke methodischen und therapeutischen Verstehens.

I. Kognition, Affekt und Interaktion

I.1. Einleitung

Wahrnehmen, Einordnen, Benennen und Darstellen, um nur einige der in die Untersuchung einbezogenen Variablen zu nennen, entwickeln sich auf dem Grund zwei der bedeutendsten Bedingungen menschlichen Daseins: der kognitiven und affektiven Prozesse. Die optimale Entwicklung und das gekonnte Miteinander beider bewirken Vertrauen, Sicherheit, Lebensfreude, Realitätsprinzip und Selbstverwirklichung und dienen somit der Entwicklung von Strategien zur Lebensbewältigung (Sandler 1960, Müller-Braunschweig 1975, Winnicott 1979). Untersuchungen zur frühen Mutter-Kindbeziehung (Spitz 1964, Bühler 1972, Stern 1991, Steimer-Krause 1994) verweisen auf die Bedeutung einer optimalen Wechselwirkung zwischen geistiger Versorgung (in Form von angemessenen Reizen) und affektivem Handeln (in Form von Bestätigung, Teilhaben und Auffangen). Die dem Menschen mitgegebenen Fähigkeiten zur Wahrnehmung, Unterscheidung und Ordnung von Reizen, sowie deren Speicherung mittels Gedächtnis, müssen von der Umwelt im rechten Maße angeregt und gefördert werden. Einschränkungen aufgrund angeborener Mängel einer der Wahrnehmungskanäle oder aufgrund geistiger oder körperlicher Behinderung, können durch adäquates affektives Verhalten der Umgebung kompensiert oder, im Falle inadäquaten Verhaltens, ins Negative verstärkt werden. "...Ausfälle müssen nicht notwendigerweise zu psychischen Schäden führen" (Krause 1983, S.1025). Das Verhalten der Umwelt, der frühen Pflegepersonen so wie der gesellschaftlichen Bedingungen, beeinflusst und prägt im hohen Maße das Befinden der Personen, deren Motivations-, -Erwartungs-, -und Sozialverhalten (Krause 1983).

I.1.1. Affekte, Emotionen, Gefühle - Versuch einer aktualisierten Begriffsklärung

Aussagen wie "die Affektverflachung des Schizophrenen", das "gefühllose Handeln eines Psychopathen" oder "du hast da viel zu emotional reagiert", unterstreichen die Vielseitigkeit des Umgangs mit Gefühlsbegriffen. Gleichzeitig verdeutlichen sie die zum Teil sehr intuitive Anwendung derselben, vor allen Dingen in Alltagssprache und Alltagsgeschehen. Ich hielt eine genauere Begriffsbestimmung und -abgrenzung an dieser Stelle deshalb für sinnvoll.

Als "Gefühle" werden mehrfach die bewusst erlebten und benennbaren Erfahrungen bezeichnet (Krause 1988, Frijda 1996, Schmidt-Atzert 1996), als "Affekte", stattdessen, heftige, eher kurze Gemütsbewegung (Frijda 1996, Schmidt-Atzert 1996. Diese sind "angeborene, biologisch festgelegte Prozesse, die laufende Aktivitäten des Organismus in geordneter Weise verändern" (Krause et al. 1992, S.239). Sie gehen ohne Selbstreflexion und Erleben einher. Stattdessen ist "Gefühl" die "mentale Repräsentanz plus mehr oder weniger ausgebaute körperliche Prozesse" (Krause et al. 1992, S.242). Aufschlussreich ist die Beobachtung des Autors, dass "wir im Gefühlsbereich mehr zu ikonisch bildhaften oder musikalischen Formen der Repräsentanzen zurückgreifen (Krause et al. 1992, S.242).

Die den Affekt, so wie zuletzt beschrieben, bestimmenden Komponenten sind: 1. die motorisch-expressive Komponente (mimische und stimmliche Signale bezüglich des vom Sozialpartner gewünschten Verhaltens), 2. die physiologisch-hormonale Komponente (interne Bereitschaft zum Handeln), 3. die Innervation der Skelettmuskulatur oder motivationale Komponente (Verhaltensanbahnung im grobmotorischen Bereich), 4. die Wahrnehmung dieser drei körperlichen Prozesse und 5. die Benennung und Erklärung der Wahrnehmung. Die Komponenten 1 bis 3 setzen kein bewusstes Erleben voraus, somit sind sie im limbischen System zu lokalisieren. Die Komponenten vier und fünf beinhalten die Integration von Trieben, Affekten und Kognitionen und werden im Neokortex lokalisiert.

Weiter wird zwischen den sogenannten Primäraffekten und den selbstreflexiven oder strukturellen Affekten unterschieden. Erstere schließen Freude, Traurigkeit, Wut, Furcht, Ekel, Überraschung, Interesse ein. Sie dienen der Beziehungsregulierung zur Außenwelt, zur Herstellung von Nähe oder Distanz zwischen dem Selbst und dem Objekt. Bei den selbstreflexiven Affekten tritt das Subjekt zu sich selbst in Beziehung, d.h., aus der Interaktion zwischen mentalen Strukturen entstehen Affekte wie Scham oder Schuld. In diesem Sinn stellt z.B. Depression einen selbstreflexiven Affekt, genauergesagt, einen Konflikt zwischen den Primäraffekten Wut und Angst dar und hat mit Traurigkeit als Primäraffekt nichts zu tun (Krause 1988).

Frijda (1996) bevorzugt für seine theoretischen Ausführungen den Begriff "Emotion" und definiert diese als "den Komplex von Reaktionen, die durch ein emotional bedeutungsvolles Ereignis hervorgerufen werden" (Frijda 1996, S.206). "Das sind Gefühle im Sinne des inneren Erlebens, so wie Ausdrucksbewegungen, physiologische Reaktionen, manifestes Verhalten, Gedanken und anderes mehr" (ebd.). Emotionen dienen der Erhaltung oder Veränderung von Beziehungen, sind also ein Regulator zwischen der Person und der Welt (was uns an die Funktion der Primäraffekte erinnert). Emotionen verweisen vor allen Dingen auf die Motivation und das Interesse an einem

Objekt und bedeuten eine "Änderung der Handlungsbereitschaft" (Frijda 1996, S.208).

Wichtig erscheint mir an Frijdas Konzept die Beobachtung, dass die vorhergenannten Komponenten der Emotion (Ausdrucksbewegungen, physiologische Reaktionen, manifestes Verhalten, Gedanken etc.), weder immer, noch gleichzeitig auftreten müssen. Das heißt, dass Emotion, selbst wenn vorhanden, nicht immer sichtbar ist - eine für das Thema "Schizophrenie" besonders aufschlussreiche Anmerkung, die u.a. in der Studie von Messer (1998) bestätigt wird (siehe auch IV.1.3.).

Eine entgegengesetzte Meinung vertritt Schmidt-Atzert (1996), der Emotionen als zeitlich begrenzte Zustände definiert, die aus drei Komponenten bestehen: dem Gefühl (emotionales Erleben), einem (inneren) körperlichen Zustand und dem Ausdruck. Das Auftreten einer Emotion führt zu Veränderungen auf einer oder auf mehreren dieser drei Ebenen. Sowohl interne als auch externe Reize können zur Auslösung von Emotionen führen. Als "Emotionsqualitäten" bezeichnet der Autor dann Zustände wie Angst, Ärger, Trauer, Freude u.a.

Das Erlernen des Emotionsvokabulars erfolgt im Laufe der ersten Lebensjahre, dadurch dass Eltern den bei ihren Kindern vermuteten Gemütszuständen einen Namen geben. Das Kind lernt, einen inneren Zustand mit einem Begriff in Verbindung zu setzen und seine Gefühle zunehmend adäquat zu benennen. Kleine Kinder können Emotionsbegriffe benutzen, ohne noch zu wissen, wie diese sich "anfühlen". Im Vorschulalter seien dann die wichtigsten Begriffe und deren Bedeutungen erlernt. In einer Studie von Michalson und Lewis (1985, zit. nach Schmidt-Atzert 1996) wird gezeigt, dass 50 % einer Gruppe von Kindern im Alter von vier Jahren einen glücklichen, traurigen und wütenden Gesichtsausdruck auf einem Foto erkennen und beschreiben können. Bei den fünfjährigen Kindern gelingt es bereits in 80 % aller am Versuch Beteiligten. Wenn statt der Wortproduktion das Wortverständnis geprüft wird, d.h. dem Kind ein Begriff genannt wird und es das passende Bild dazu suchen muss, steigt die Leistung enorm an. Bereits 80 % der zweijährigen Kinder erkennen "glücklich" und "traurig" richtig, 40 % derselben Altersgruppe erkennen das wütende Gesicht.

Für meine Untersuchung verweise ich deshalb auf diese Ergebnisse, da sie verdeutlichen, dass die für meine Studie gewählten Gefühlsqualitäten "traurig", "glücklich", "wütend", zu den ontogenetisch scheinbar frühest erlebten, wiedererkannten und benannten gehören.

I.1.2. Frühe Interaktionserfahrungen. Dialogisieren aus Sicht der Entwicklungspsychologie

Ein gesundgeborenes Kind verfügt über eine Vielzahl angeborener kognitiver Fähigkeiten, u.a. dem Wahrnehmen, Speichern, Ordnen, Unterscheiden und Wiedererkennen von Reizen, die es ihm ermöglichen, auf einem hohen Niveau mit seiner Umwelt zu kommunizieren (Stern 1991). Dieser Vorgang bedarf eines adäquaten affektiven Austauschs mit der Umgebung. Die von der Mutter gesendeten analogen Signale - Stimme (Tonhöhe, Volumen, Dynamik, Rhythmus), Blick (liebvoll, böse, ängstlich, traurig) und Körperkontakt (streicheln, drücken, pressen, umarmen, hauen) spielen hierbei eine wichtige Rolle, denn sie werden als erstes vom Kind wahrgenommen, mit der erlebten Situation in Verbindung gebracht und im Gedächtnis gespeichert (Spitz 1967; Bowlby 1993; Stern 1985). Bei den allerersten Kommunikationserfahrungen des Säuglings handelt es sich vermutlich um multimodal synchron verlaufende Geschehnisse zwischen den eigenen Körperbewegungen und der begleitenden Stimme der Mutter (Condon und Sander 1974, zit. nach Krause 1983). Sehr bald entstehen die ersten Dialoge. Die frühen Dialogstrukturen sind kanalunabhängig: visuelle, taktile, mimische oder akustische Verhaltensweisen werden alternierend zur Verständigung benutzt (Stern 1991).

Es ist zu vermuten, dass die ersten Gefühlshandlungen der Mutter durch die Triebwünsche des Säuglings ausgelöst werden. Um auf diese Bedürfnisse gleichgewichtend einzugehen, bedarf es um ein adäquates System des Affektverstehens und der Affektencodierung. Die Intensität der Affektäußerungen ist an den kulturellen, familiären und historischen Kontext gebunden (Krause 1983, Hochschild 1996).

Jörg et al. (1994) fanden in ihren Untersuchungen zur Mutter-Kindbeziehung drei Interaktionsmodelle heraus: a) Synchronizität, b) Reziprozität und c) Elicit. Unter Synchronizität wird das gleichzeitige Auftreten von gleichen Verhaltens- oder Gefühlszuständen bei gleichzeitigem Blickkontakt verstanden. Reziprozität bedeutet, dass das Verhalten des Einen das Verhalten des Anderen beeinflusst; ein Anhalten der Verhaltensweise über einen Mindestzeitraum ist erforderlich. Neue Stimuli bewirken Verhaltensveränderungen und verhindern den Effekt der Gewöhnung. Das Kind nimmt wahr, dass das eigene Verhalten das Verhalten der Mutter beeinflussen kann, eine für die zukünftige Entwicklung wichtige Erfahrung. Unter Elicit verstehen die Autoren schließlich alle Verhaltensweisen, die die Kommunikation in eine neue Richtung bringen.

Als Fehler in der Interaktion (von Seiten der Mutter) werden bezeichnet: Inkonsistenz in der Antwort, unlogische oder starre Reaktionen, das Nichtwahrnehmen oder Übergehen negativer Zeichen und neuer Stimuli des Kindes, ebenso nicht beantwortete Elicit. Auch das gegenseitige Fehlen von

Blickkontakt und das Ablehnen des Blickkontaktes des Anderen werden als schwere Fehler angesehen.

Papousek (1995) beschreibt, wie das Erlernen der Dialogstruktur (turn-taking), d.h. des abwechselnden Handelns und "Sprechens", vor sich geht: Mütter beantworten die von ihren Kindern verursachten Töne oder Gesten, stimulieren sie zu neuem Tun und warten dann wiederum das Geschehen des Kindes ab. Auf diese Weise verändern sich die Qualität und die Quantität der kindlichen Vokalisationen, so dass das Kind ab dem 18. Monat den Dialog zusehend aktiver gestaltet und koordiniert. Ab dem 24. Monat kann es seine eigene Beteiligung vollständig kontrollieren und unterbricht die Vokalisationen der Mutter nur noch selten oder gar nicht mehr. Während die vokalen Äußerungen der Mutter anfangs die des Kindes um ein mehrfaches übertreffen, gleicht sich dieser Zustand zunehmend im Sinne eines 1:1-Verhältnis an. Allerdings sind solche Synchronisierungsprozesse ein durchgängiges Kennzeichen sozialer Interaktion (Argyle 19).

I.1.3. Späteres interaktives Verhalten

Das oben Gesagte lässt vermuten, dass die Art und Weise, wie ein Mensch mit einem anderen kommuniziert, sowohl mit den früh erlernten Mustern als auch mit den anschließend gesammelten Erfahrungen und den von der Umgebung verstärkten, weil sozial gewünschten, Verhaltensweisen zusammenhängt. Die von einer Person (Sender) ausgesendeten Signale werden von der anderen Person (Empfänger) "abgelesen", "verstanden" und beantwortet. Wenn das Signal "verkehrt" ist und im Widerspruch zum "eigentlich Gefühlten" des Senders steht, entsteht ein Kommunikationsdilemma. Ein Kind, das erfährt, dass sein Weinen bei der (vermutlich pathologischen) Mutter Hilflosigkeit und Aggressionen auslöst, wird dahin tendieren, das Weinen durch ein freudiges Gesicht zu ersetzen, jedes Mal, wenn es bedürftig ist. Fremde Personen werden das Lächeln des Kindes als Ausdruck von Zufriedenheit verstehen und dementsprechend "verkehrt" reagieren (Krause 1983, Stern 1985).

Affektinkongruente Ausdrucksformen oder affektloser Ausdruck im Kindesalter führen zu Reaktionen der Umwelt, die ihrerseits das Interaktionsverhalten im Erwachsenenalter mitbestimmen und verdrehen.

Kommunikation Erwachsener erfolgt durch Einsatz der Sprache, einerseits, den Gebrauch nicht verbal kodierter Mitteilungen, andererseits. "Mitteilung und Verstehen beziehen sich nicht nur auf den Inhalt des Gesprochenen, sondern

zeitlich synchron auf die Intentionen, Gefühle und Wünsche des anderen" (Krause 1988, S.77). Je nach den eigenen Erfahrungen ordnet der "Empfänger" die nichtverbalen Äußerungen in Kategorien ein, die mit den Kategorien des "Senders" entweder übereinstimmen oder nicht. Diese Zuordnung verläuft annahmsweise automatisch und unbewusst (Krause 1988).

Wenn man bedenkt, dass die nichtverbalen, mimischen und gestischen, Ausdrucksmöglichkeiten sich entscheidend auf die Kommunikation auswirken, so stellt die von Krause (1988) an kleinen Stichproben von Schizophrenen, Colitispatienten und Stotterern festgestellte Reduktion mimischer Illustratoren einen wichtigen negativen Einflussfaktor für deren Sozialverhalten, deren "Sich-verständlich-machen" und "Verstanden-werden", dar.

II. SCHIZOPHRENIE

II.1. Einleitung

Im einführenden ersten Kapitel soll der Krankheit Schizophrenie ein dem Charakter der Arbeit angemessener Platz eingeräumt werden. Vieles ist zur Schizophrenie bis heute gesagt und geschrieben worden, jährlich kommen Hunderte von Veröffentlichungen neu hinzu und es scheint, als wäre der Stein, den Kraepelin vor mehr als achtzig Jahren ins Rollen gebracht hat, noch immer nicht zum Stillstand gekommen. Das überrascht insofern nicht, als ca. 1% der Gesamtbevölkerung von dieser Krankheit betroffen ist (Kanas 1996). Die umfangreiche Literatur zum Thema Schizophrenie weist darauf hin, dass das letzte Wort noch lange nicht gesprochen ist und dass wir den Hypothesen, Forschungsergebnissen und daraus folgenden Behandlungsstrategien zwar offen, gleichzeitig aber auch kritisch gegenüber stehen müssen. Es bedeutet weiter, dass wir im "Gewühl" dieser umfangreichen Informationen jenen roten Faden zu finden haben, der die eigenen Untersuchungen begleitet und in den unsere Ergebnisse schließlich eingesponnen werden können.

Was in der vorliegenden Arbeit als roter Faden verfolgt werden soll und im Mittelpunkt der Untersuchung steht, bezieht sich auf die Wahrnehmung, die Kommunikation, und die emotionale Beteiligung, sprich, auf die affektiven und kognitiven Aspekte der Schizophrenie. Diese sollen im Kapitel über psychopathologische Befunde und Kommunikationsverhalten ausführlich dargestellt werden. Stattdessen werden die Ergebnisse und Hypothesen in bezug auf die bis heute noch nicht eindeutig zu beantwortenden Fragen des "Bei wem", "Wann" und "Warum" sich eine Schizophrenie entwickelt und "Wie" diese sich im Gehirn abbildet, zunächst zusammenfassend beschrieben.

II.1.1. Ätiologie und Pathogenese

Genetische, biochemische, neuroanatomische, hirmmorphologische sowie psychodynamische und sozialpsychologische Faktoren können zur Entstehung der Schizophrenie beitragen, das (Aus)Maß und das genaue Zusammenspiel der einzelnen Faktoren ist jedoch nicht bestimmbar.

Genetische Faktoren spielen eine wichtige Rolle in der Pathogenese der Schizophrenie, jedoch nicht in dem Maße, wie zuerst vermutet. Die Ergebnisse der Zwillings- und Adoptionsstudien sprechen heute eindeutig für ein Zusammenspiel von genetischer Veranlagung und psychosozialer Einwirkung. Zwillingsstudien haben gezeigt, dass im Falle monozygoter Zwillinge 50% der Personen, trotz identischer Gene, nicht an Schizophrenie erkrankten (Jones u. Cannon 1998). Das weist auf die Einwirkung externer Faktoren zur Entstehung der Krankheit hin. Andererseits konnte in Adoptionsstudien gezeigt werden, dass das Risiko, an Schizophrenie zu erkranken, bei Adoptivkindern von schizophrenen Eltern höher war als bei Adoptivkindern einer Kontrollgruppe (Jones u. Cannon 1998). Diese Tatsache spricht, im Gegenteil zum vorher Gesagten, für den genetischen Einwirkungsfaktor.

Zu den bisher nachgewiesenen externen Komponenten, die das vorhandene genetische Potential belasten und zum Ausbruch der Krankheit beitragen können, zählen u.a. die perinatale Hypoxie, perinatale Hirnerkrankungen, Präeklampsie, unerwünschte Schwangerschaft, Unterernährung im ersten Schwangerschaftstrimester, Influenza im zweiten Schwangerschaftstrimester, später dann infektiöse Erkrankungen des Zentralen Nervensystems, auch Sprachprobleme und verzögerte motorische Entwicklung (Jones u. Cannon 1998). Im Hinblick auf die genannten Sekundäreinflüsse wird es in Zukunft immer mehr darum gehen müssen, geeignete Präventivmaßnahmen zur Vermeidung einer schizophrenen Erkrankung zu ergreifen. In diesem Sinne sollte z.B. alles darum gegeben werden, schwerwiegende Ernährungsmängel, Infektionskrankheiten oder perinatale Hypoxie, rechtzeitig zu vermeiden.

Neuropathologische Befunde weisen auf eine verminderte Durchblutung der präfrontalen Cortex hin. Neuropsychologische Studien zur Zwillingsforschung mit dem Wisconsin Card Sort Test (WCST) zeigten eine deutliche Einschränkung im Blutfluss bei schizophrenen Personen, wohingegen bei nicht schizophrenen Kontrollpersonen eine Steigerung des Blutflusses bei Durchführung desselben Test erfolgte (Weickert u. Kleinmann 1998). Die seit langem vermutete Lokalisierung kognitiver Fähigkeiten im Frontallappen wird mit diesen Untersuchungen weitgehend bestätigt, ebenso die Hypothese einer

Anormalität im Vorderlappen des Gehirns bei schizophrener Erkrankung. Negative Symptomatik und defizitäre Zustände wie Motivationslosigkeit und Gefühlsverflachung gehen ebenso mit den neuesten neurobiologischen Forschungen einher. Im Hinblick auf die dopaminergische Aktivität wird im Falle der negativen Symptomatik eine Hypofunktion, im Falle der positiven Symptomatik eine Hyperfunktion vermutet (Silva 1996).

Im Hinblick auf strukturelle Veränderungen des Gehirns sind sich die Untersucher bisher eher wenig schlüssig geworden. Bei Studien mit Primaten konnte nachgewiesen werden, dass eine neuronale Versorgung der Präfrontalen Kortex und das Arbeitsgedächtnis eng miteinander verbunden sind. Gleichzeitig belegten die Untersuchungen mit schizophrenen Patienten die Hypothese einer Hypofunktion der Präfrontalen Kortex. Goldman-Rakic (zit. nach Weickert u. Kleinman 1998) vermutet, dass die meisten aller kognitiven Probleme Schizophrener mit einer Dysfunktion des Arbeitsgedächtnisses erklärt werden könnten und dass eine zelluläre oder molekulare Anormalität wenn, dann im Präfrontalen Bereich des Gehirns zu vermuten ist.

Die Bedeutung familiärer Beziehungen für Entstehung, Verlauf und Rückfallquote bei der Schizophrenie wird von den Familientheoretikern, Bateson, Jackson, Haley und Lidz u.a., seit den fünfziger Jahren untersucht und zunehmend als gesichertes Wissen angesehen (Stierlin 1963, Cierpka 1990). Als einer der wichtigsten Vertreter familiärbedingter Ursachen der Schizophrenie vertritt Bateson (1976) die Ansicht, dass Kommunikationsstörungen innerhalb der Familie das Zustandekommen schizophrener Verhaltensweisen ausschlaggebend beeinflussen. Widersprüchliche Botschaften von Seiten einer oder mehrerer seiner frühen Bezugspersonen werden nicht nur einmal, im Sinne eines Traumas, sondern permanent, im Sinne eines Kommunikationsstiles, an das Kind gerichtet. Das Kind wird in eine kognitive und affektive Beziehungsfalle regelrecht hineinkatapultiert und dort für immer gefangengehalten. Schizophrene Symptomatik, besonders Denk- und Kommunikationsstörungen, seien eine Anpassungsleistung an das vorherrschende double-bind System, was als ein pathologisches Gleichgewichtssystem verstanden werden kann. Bateson stellte in schizophrenisierenden Familien außerdem einen auf vorwiegend negativen Verstärkern, d.h. einen auf Androhung von Strafe anstelle eines auf Ausspruch von Lob, basierenden Erziehungsstil fest (ebd.).

Die in den achtziger Jahren entwickelte "Expressed Emotion" Theorie (Hahlweg et al. 1988) baut auf den Beobachtungen auf, dass bestimmte familiäre Verhaltensweisen die gesunde Entwicklung eines Kindes auf negative Weise

beeinflussen. Die relevantesten Einflussfaktoren sind a) eine Kommunikationsstörung (im Sinne eines fehlenden Aufmerksamkeitsfokus der Eltern) b) das emotionale Engement (im Sinne gehäufte kritischer Äußerungen) und c) der affektive Stil (im Sinne negativer Emotionen). Eine hohe Expressed Emotion (EE) bedeutet ein größeres Rückfallrisiko als eine niedrige EE. Somit bekommt der EE-Wert einen prädiktiven Charakter. (Huguelet et al. 1995, Goldstein et al. 1994, Stirling 1994, Bennington 1994). In einer Untersuchung von Barrelet (1990) kam es bei 33% der schizophrenen Patienten, deren Familien einen hohen EE-Wert verzeichneten, nach neun Monaten zu einem Rückfall, im Gegensatz zu 0% Rückfällen bei schizophrenen Patienten aus Familien mit niedrigen EE-Werten.

Cierpka (1990) konnte nachweisen, dass in Familien mit schizophrenen Jugendlichen im Vergleich zu Familien mit einem neurotischen Jugendlichen keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf Grenzenstörungen weder auf der intrapsychisch-individuellen, der interpersonal-dyadischen noch der gesamt-systemischen Ebene gab. Auf der interpersonal-dyadischen Ebene konnten dennoch tendenzielle Unterschiede in Richtung von Grenzenstörungen beobachtet werden, insofern als psychotische Patienten in den Dyaden eher zur Fusion und neurotische Patienten zur Isolation neigten. Im Falle der schizophrenen Patienten ist die Dyade zwischen Patienten und deren Müttern am stärksten belastet, das Rollenverhalten der Väter wird als "schwach" beschrieben (ebd. S.144).

Im allgemeinen lässt sich sagen, dass familienbedingte Entstehungsfaktoren der Schizophrenie eher schwer nachzuweisen sind, da die Patienten und deren Familien erst nach Ausbruch der Krankheit erfasst und untersucht werden. Kommunikations- und Rollenverhalten könnten ebenso gut eine Reaktion auf, statt Vorreiter schizophrener Verhaltensweisen sein. Langzeitstudien mit auffälligen Familienstrukturen und (noch) unauffälligen Kindern sollten hierfür angefertigt werden. Dieser Forderung kommen Untersuchungen mit "high risk families", sprich Familien mit einem schizophrenen Elternteil, nach (Dworkin R. et al. 1993).

II.1.2. Psychopathologische Befunde und diagnostische Kriterien

Seitdem sich die Psychiatrie mit der Krankheit Schizophrenie beschäftigt, gilt es, der Heterogenität des Krankheitsbildes entgegenkommend, diagnostische Kriterien durch kategoriale Konzepte zu erstellen. Im folgenden sollen einige der wichtigsten Kriterien sowie Konzepte aufgeführt werden.

Kraepelin (1913) beschreibt im Jahr 1904 zum ersten Mal unter der Bezeichnung "Dementia Präcox" ein Krankheitsbild, bei dem der Willensverlust und die zunehmende Abschwächung der Gefühlsaktivität der betroffenen Personen im Vordergrund stehen. Die Fähigkeit, einer Arbeit nachzugehen und die eigene Zukunft auf irgendeine Weise zu gestalten, sind stark beeinträchtigt. Eine nicht aufzuhaltende "Verblödung" ist der Ausgang dieser Krankheit. Kraepelin unternimmt eine erste Gliederung in paranoide, katatone und hebefrene "Dementia".

Eugen Bleuler (1969) ersetzt die Bezeichnung "Dementia Präcox" und führt 1911 den Begriff der "Schizophrenie" ein. Statt von einer zunehmenden "Verblödung" zu sprechen, hebt er somit die Spaltung der psychischen Funktionen hervor. Bleuler beschreibt mit Präzision die Veränderungen im Denken, die Fragmentierung der Sprache, das Aneinanderfügen unterschiedlichster Ideen ohne scheinbaren logischen Zusammenhang. Plötzliche Abbrüche oder Obstruktionen in der Sprache, im motorischen Bereich, im Erinnern, im Wahrnehmen und Handeln charakterisieren den geistigen Zerfall. Was die Affektivität betrifft, so vermutete Bleuler zu Beginn der Krankheit eine hypersensible Phase. In dieser Phase begäben sich die Patienten in eine Art Isolierung zum Zwecke der Gefühlsvermeidung. Später manifestierte sich die Gefühlswelt auf unterschiedliche Weise. In einigen Fällen herrsche eine affektive Gleichgültigkeit vor, in anderen träten unangemessene affektive Reaktionen auf. Die affektive Anpassung sei beeinträchtigt, die Patienten könnten das Ausmaß des Gefühlsausdrucks nicht kontrollieren. Es werden die Begriffe "Parathymie" und "Paramimie" eingeführt. Bleuler benutzt zur Unterscheidung der Subtypen von Schizophrenie dieselben Begriffe wie Kraepelin: paranoide, katatone oder hebefrene Schizophrenie; neu ist die Schizophrenia Simplex, die mit dem Verlust der Willenskraft und zunehmender Schwäche im affektiven und intellektuellen Bereich einhergeht. Es handele sich um eine Art latenter Schizophrenie, die sich schleichend bemerkbar macht.

Minkowski (zit. nach Silva 1993), Schüler Bleulers, hebt zwei neue Erkenntnisse hervor: 1) die Bedeutung genetischer Faktoren für die Entstehung der Schizophrenie und 2) der zunehmende Interessenverlust der Patienten gegenüber der Umwelt. Im Gegensatz zur manisch depressiven Psychose, in der der Kontakt zur Umwelt nie abbricht, herrsche in der Schizophrenie der Verlust des affektiven Kontaktes des Kranken mit seinen Mitmenschen vor. Die zunehmenden Kontaktstörungen und die darausfolgende soziale Verflachung sollte bei der Erstellung der Diagnose berücksichtigt werden, so dass die herkömmliche Diagnose, die auf der Beschreibung von Zuständen und

Symptomen beruht, durch die Beschreibung des Befindens des Psychiaters ergänzt wird. Als autistischen Gedanken bezeichnet Minkowski jenen Zustand, der den Patienten von der Realität abtrennt und ihn auf seine eigene subjektive Welt zurückwirft. Darüber hinaus sei das Handeln des Patienten durch sein subjektives Erleben stark beeinflusst und beeinträchtigt. Der Patient sei nicht imstande, über ein bestimmtes Ziel hinauszusehen. Sein Handeln wird bedeutungslos, neue Erkenntnisse würden nicht weiter assimiliert; er verlerne vorzuschauen und seinem Handeln einen Sinn zu geben. Er sei unfähig, während des Tuns der äußeren Realität Aufmerksamkeit zu schenken: der Patient sei von seinem Tun voll und ganz absorbiert, als wäre er sozusagen sein eigenes Tun. Der Patient könne sein eigenes Handeln weder kontrollieren noch beeinflussen oder dem eigenen Willen unterwerfen.

Schneider (1980) unterscheidet für die Schizophrenie Symptome ersten und zweiten Ranges und führt damit zum ersten Mal ein explizit dichotomes Modell der Klassifizierung ein. "Symptome ersten Ranges" (ebd.,S.135) schließen Denk- und Wahrnehmungsstörungen, u.a. Gedankenentzug, Gedankenbeeinflussung, "und alles 'Gemachte'^a des Fühlens, der Triebe und des Wollens" (ebd.,S.136) ein und stellen für Schneider die typischen Symptome psychotischer Verfassungen dar. Zu den "Symptomen zweiten Ranges" (ebd.,S.136) gehörten u.a. die depressive Verstimmung und die erlebte Gefühlsverarmung. Sie reichten für eine eindeutige Diagnose der Schizophrenie nicht aus. Schneider bezeichnet mit "Gefühlsverödung" (ebd.,S.155) jenen Zustand, in dem ein Verlust an seelischen Gefühlserlebnissen eintritt. Er hielt die wirkliche Zerstörung von Gefühlsmöglichkeiten als eher unwahrscheinlich und vermutete, dass "in irgendeiner Stunde doch wieder sehr viel mehr Wärme und Leben vorhanden ist, als man vorher ahnte" (ebd.,S.156).

Auf der Basis neurobiologischer Untersuchungen und Hypothesen stellt Crow (1980, zit. nach Silva 1993) eine ebenfalls dichotome Klassifizierung in "Schizophrenie Typ I" und "Schizophrenie Typ II" auf:

- Typ I entspricht der akuten Schizophrenie, mit den für sie typischen Symptomen wie Wahrnehmungs- und Denkstörungen. Diese Symptome sind reversibel und sprechen potentiell auf die Neuroleptika an.
- Typ II entspricht dem Defektualzustand und charakterisiert sich besonders durch seine negativen Symptome, Affektverflachung sowie Kontakt- und Kommunikationsverarmung. Während Crow den Typ I mit einer Veränderung der Dopaminversorgung in Zusammenhang bringt, stellt er für Typ II als ätiologische Hypothese eine strukturelle Veränderung des Gehirns auf. Die Reaktion auf Neuroleptika ist schlecht, und die Prognose ebenfalls. Der Zustand ist eher irreversibel.

Carpenter (1988, zit. nach Silva 1993) hält eine Unterscheidung zwischen Negativen Symptomen und Defizitären Symptomen für sinnvoll. Negative Symptome seien das Ergebnis neuroleptischer Behandlung, depressiver Stimmung, Konsequenz fehlender sozialer Stimulierung oder eine Selbstschutzreaktion aus Angst vor psychotischer Dekompensation. In Abhängigkeit von ebengenannten Faktoren seien Negative Symptome deshalb Veränderungen ausgesetzt. Es handele sich um Sekundärsymptome, im Gegensatz zu den der Schizophrenie eigenen Primär -oder Defizitären Symptomen. Letztere hängen weder von pharmakologischer Behandlung noch von anderen äußeren Faktoren ab und träten sowohl vor Ausbruch der Krankheit als auch zwischen den akuten Episoden auf. Sie seien krankheitsinherent. Nicht eine Zustandsdiagnose sondern longitudinale Beobachtungen gäben Gewissheit darüber, ob es sich um defizitäre Primär -oder negative Sekundärsymptome handelt.

Der ICD-10 (Dilling et al. 1992) handelt unter den Kapiteln F20 bis F29 das Krankheitsbild "Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen" ab, und schreibt einleitend zu "Schizophrenie": "Die schizophrenen Störungen sind im allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affektivität gekennzeichnet. ... Im Laufe der Zeit können sich jedoch gewisse kognitive Defizite entwickeln" (S.95). Und weiter: "Bei den charakteristischen schizophrenen Denkstörungen werden nebensächliche und unwichtige Züge eines Gesamtkonzeptes ... in den Vordergrund gerückt und an Stelle wichtiger und situationsentsprechender Elemente verwendet. So wird das Denken vage, schief und verschwommen, der sprachliche Ausdruck wird gelegentlich unverständlich" (S.96).

Die Merkmale der paranoiden Schizophrenie sind zuallererst Wahnvorstellungen und Halluzinationen. Denkstörungen werden meist nur im akuten Zustand deutlich. Was den Affekt betrifft, ist er "meist weniger verflacht als bei anderen Schizophrenieformen. Eine gewisse Inadäquatheit ist ebenso häufig wie Störungen der Stimmung 'Negative Symptome'^a wie Affektverflachung und Antriebsstörung sind oft vorhanden, beherrschen das klinische Bild jedoch nicht" (S.98).

Das DSM-IV führt zur besseren Erfassung der Symptomvielfalt der Schizophrenie ein dreidimensionales Modell ein, das eine psychotische, desorganisierte und negative psychopathologische Dimension beinhaltet. Es stützt sich hierbei auf die von Liddle (1995, zit. nach Gaebel und Wölwer)

empirisch nachgewiesene dreidimensionale Struktur schizophrener Symptomatik.

Was die paranoiden Schizophrenie betrifft, beschreibt das DSM-IV die Symptome auf ähnliche Weise wie der ICD-10, im Vordergrund stehen Wahngedanken und Wahnvorstellungen sowie Halluzinationen; im Hintergrund, aber nicht abwesend, treten affektbezogene Veränderungen und sonderlicher sprachlicher Ausdruck auf. In beiden Klassifikationssystemen wird darauf bestanden, dass negative Symptomatik allein nicht zur Diagnosestellung Schizophrenie ausreicht.

Während die dichotomen Konzepte zur Erfassung schizophrener Symptomatologie, d.h., die Polarisierung in Positiv -und Negativsymptomatik, vorzuherrschen scheinen, besteht wenig Einigkeit darüber, in welchem Verhältnis die besagten Symptome zueinander stehen. Handelt es sich um den Ausdruck zweier ätiopathogenetischer Erkrankungen, zweier unterschiedlicher Stadien einer progredienten Erkrankung oder um den Ausdruck episodisch fluktuierender Krankheitsprozesse? Eine ausführliche Behandlung dieser Fragestellung findet sich in Gaebel und Wölwer (1996). Dieselben Autoren vermuten, dass es sich bei den Negativsymptomen am ehesten um eine "krankheitsprozessnahe Grundsymptomatik" (S.27) handelt.

Die Frage nach dem Zusammenhang von psychotischer und negativer Symptomatik ist für uns insofern von Interesse, als die an der Studie teilnehmenden Patienten in ihrer Mehrzahl zu der paranoiden Schizophrenieform gehörten, bei der die Negativsymptomatik deutlich weniger ausgeprägt sein sollte als z.B. bei der hebefrenen oder katatonen Form. Geht man nun von der Möglichkeit aus, a) dass sich an eine schizophrene Erkrankung (postakut) eine postschizophrene Depression (ICD-10) anschließen oder b) bei chronisch schizophrenen Patienten sich ein sog. schizophrenes Residuum entwickeln kann, ferner, c) dass sich die Typenzuordnung bei vielen Patienten im Laufe der Zeit ändert (Deister et al. 1990, Marneros et al. 1994, zit. nach Gaebel und Wölwer 1996 S.23) und d) dass die Neuroleptika als Nebenwirkung negative Symptomatik verursachen, könnte selbst bei paranoid-diagnostizierten Patienten eine deutliche Negativsymptomatik auftreten.

II.1.3. Affektverhalten und Interaktion

Schizophrene Personen mit vorwiegend negativer Symptomatik verhalten sich im allgemeinen passiv und bringen wenig Kontaktinitiative auf. Der Tonfall ist gleichbleibend und unabhängig vom Inhalt des Gesagten, ebenso der Gesichtsausdruck. Sozialer Rückzug und Aufgabe sozialer Bindungsstrukturen sind charakteristische Verhaltensmerkmale (Wygotski 1985, Katschnig 1989, Kanas 1996), ebenso Affektstumpfheit und Verarmung des Gefühlslebens (Wygotski 1985). "Der Schizophrene, der die sozialen Beziehungen zur Umwelt verloren hat, verliert auch die sozialen Beziehungen zu sich selbst" (Wygotski 1985, S.345). Trainingsprogramme beinhalten Übungen zum Erlernen des adäquaten Gefühlsausdrucks und Übungen zum Umgang mit, - und Ausdruck von positiven und negativen Emotionen (Gaebel u. Woelwer 1996). Schizophrene Personen, deren Hauptsymptomatik die Denkstörungen sind, zeigen in ihrer Sprache bizarre, unlogische Verbindungen, Gedankensprünge, Wort- und Satzwiederholungen, sowie Neologismen, Gedankenblockierungen und -abbrüche (Scharffstetter 1983). Die verbale Interaktion ist dadurch stark beeinträchtigt und auch hier kommt es nicht selten zu sozialen Vermeidungsreaktionen. Wygotski versteht die Denkstörungen als eine Folge der Loslösung der Affekte vom System. Die Affekte kehren zu einem primitiven Zustand zurück und seien über den Begriff nicht mehr zu erreichen. Andere psychische Funktionen wie Wahrnehmung und Aufmerksamkeit hingegen blieben unverändert (Wygotski 1985).

Das Hauptaugenmerk wissenschaftlicher Untersuchungen zum schizophrenen Affektverhalten richtet sich auf die erstbeschriebenen Situationen, d.h. Patienten mit ausgeprägter negativer Symptomatik. In den meisten Studien werden Patienten und Kontrollpersonen gebeten, auf Fotografien oder Bildern dargestellte Gesichtsausdrücke zu erkennen und die jeweilige Gefühlsqualität zu benennen (Mueser et al. 1996, Toomey&Schuldberg 1995, Lewis&Garver 1995). Die Ergebnisse zeigen deutliche Unterschiede zu Ungunsten der schizophrenen Patienten. Bei chronischen Patienten und Patienten mit stark ausgeprägten Symptomen ist das emotionale Defizit umso größer (Mueser et al. 1996, Toomey&Schuldberg 1995). Allerdings konnte bei jugendlichen Schizophrenen ebenfalls eine eindeutige Einschränkung bei der Dekodierung mimischer Signale festgestellt werden (Berndl et al 1986). Paranoide Patienten hatten signifikant bessere Ergebnisse als nicht paranoide schizophrene Patienten (Lewis&Garver 1995).

Andere Untersuchungen messen den Gesichtsausdruck und mimische Veränderungen bei Patienten und gesunden Kontrollpersonen während der Darbietung unterschiedlich emotionsgeladener Filmszenen (Kring et al. 1993,

Kring&Neale 1996). Die Ergebnisse zeigen eine deutlich reduzierte faziale Mimik bei den schizophrenen Personen im Vergleich zu der gesunden Kontrollgruppe. Es konnte jedoch nachgewiesen werden, dass die schizophrenen Personen subjektiv genauso zwischen positiven und negativen Emotionen diskriminierten wie die gesunden Kontrollpersonen. Das deutet auf die von mehreren Autoren festgestellte Diskrepanz zwischen subjektivem Empfinden und Ausdrucksverhalten hin, ein für therapeutisches Vorgehen wichtiger Hinweis. Krause (Krause et al. 1992) findet heraus, dass die Ausdruckskargheit bei Schizophrenen von sehr hohen erlebnismäßigen und verbalisierten negativen Affekten begleitet ist.

Untersuchungen zum Interaktionsverhalten schizophrener Patienten und gesunder Partner (Hufnagel et al. 1991; Steimer-Krause et al. 1990; Steimer-Krause 1996) benutzen das von Friesen und Ekman (1984) entwickelte Codierungssystem EMFACS, das sichtbare mimische Bewegungen erfasst. Es zeigte sich, dass bei einer Gruppe von paranoid-halluzinatorischen schizophrenen Patienten eine massive Einschränkung im mimischen Verhalten vorlag. Die Einschränkung korrelierte u.a. mit der Dosierung der Medikation und der Dauer der Behandlungsgeschichte (Hufnagel et al. 1991). Die Ergebnisse zeigten außerdem, dass sich gesunde Partner an das mimische Ausdrucksverhalten schizophrener Partner anpassten und sich weniger ausdrucksstark verhielten als Partner einer gesunden Kontrollgruppe. Andererseits neigten schizophrene Patienten dazu, sich mit dem Ausdrucksverhalten der gesunden Partner gefühlsmäßig zu identifizieren: im Gefühlsrating in Form von Selbsteinschätzung korrelierte das Selbstgefühl der Patienten stark mit dem negativen Ausdrucksverhalten (Ärger, Verachtung, Ekel, Trauer) der Partner. Das positive Ausdrucksverhalten der Partner (Freude) verursachte kein positives Selbstempfinden bei den Patienten (ebd.). Schneider et al. (1995) konnten ebenfalls im Hinblick auf "Freude" eine eingeschränkte Leistung bei schizophrenen Patienten feststellen, sowohl was die "face discrimination" als auch die "mood induction" betraf.

Diese Ergebnisse sind im Hinblick auf musiktherapeutische Interventionen von Bedeutung, insbesondere, was das musikalische Handeln während der Dialogsituationen betrifft. Hier kommt es, wie weiter unten erwähnt (Kap.III ff.), schnell zu gefühlsnahen Situationen, sowohl traurige als auch fröhliche Stimmungen können, neben anderen mehr, innerhalb kurzer Zeit auftreten. Was die vorliegende Untersuchung betrifft, werden im Dialog (Teil 3 des Tests) musikalische Elemente, die "Freude", "Trauer" und "Wut" darstellen sollen, von der VL bewusst eingebaut (vgl. Teil B). Der musikalische Umgang von Seiten

der Studien - und Kontrollgruppe mit diesen Elementen wird in den Ergebnissen beschrieben.

Von ebenso großem Interesse sind diese Ergebnisse für Teil 2 der Untersuchung: Gelingt es den schizophrenen Personen, drei unterschiedlich geladene Musikpassagen zu diskriminieren? Klingt für sie vielleicht alles gleich? Haben sie mehr Schwierigkeiten im Erkennen und Beschreiben einer "fröhlichen" als einer "traurigen" oder einer "wütenden" Musik?

III. MUSIKPSYCHOLOGIE

III.1. Einleitung

Forschungen im Bereich der Musiktherapie sollten psychologisches Wissen über die Beziehungen zwischen Musik und Menschen, also musikpsychologisches Wissen, berücksichtigen. "Musikpsychologie ist eine Wissenschaft, die sich auf jene geistig-seelischen, physiologischen, verhaltensbezogenen und sozialen Prozesse bezieht, die Menschen erleben können, wenn sie Musik machen oder hören" (Gembris 1991, S.280). Gembris (1991) sieht eine konkrete Möglichkeit der Zusammenarbeit zwischen Musikpsychologen und Musiktherapeuten im Bereich der qualitativen Forschungsmethoden, der Rezeptionsforschung, der pathologischen Störungen der Musikalität und der musikalischen Entwicklungs- und Persönlichkeitsforschung. Dieser "Vorschlag" wird von musiktherapeutischer Seite angenommen und ergänzt (Schmidt et al. 1996). Der folgende Einblick in das weite Gebiet der Musikpsychologie, genauergenommen in die für die eigene Studie relevant erscheinenden Themen, -Methoden -und Ergebnisse, sollte dann auch als eine Annäherung im Hinblick auf Zusammenarbeit verstanden werden.

III.1.2. Forschungsthemen -und methoden

Seit Beginn unseres Jahrhunderts, das heißt, Jahrzehnte vor Anfertigung der ersten systematischen musiktherapeutischen Studien, werden musikpsychologische Untersuchungen angestellt (Böttcher & Kerner 1978). Die den meisten Untersuchungen zugrunde liegende Frage bezog und bezieht sich auch heute noch auf das "Was" und das "Wie" der Musikwahrnehmung, auf den Emotionsgehalt von Musik, auf die Wirkung von Musik auf Emotionen und auf die physiologische Wirkung von Musik (Harrer 1975, Frank 1975, Pekrun 1985). Die Beforschung des Musikhörens nimmt gegenüber der Beforschung des aktiven Musizierens den weitaus wichtigeren Teil ein. Aus meiner persönlichen Erfahrung wage ich zu behaupten, dass es sicherlich methodisch

einfacher ist, einer großen Anzahl von Personen Musikstücke vorzuspielen und einstufen zu lassen oder Befragungen zu musikalischen Themen durchzuführen als die Personen einzeln Musik spielen und die aufgenommene Musik raten zu lassen. Letztere Aufgabe wird an erster Stelle - meistens zur Anfertigung von Diplomarbeiten und Dissertationen, selten zum Selbstzweck - von Musiktherapeuten, gefolgt von Psychologen, vereinzelt auch von Medizinern, übernommen. Das Problem der kleinen Stichprobe aufgrund aufwendiger Forschungsverfahren liegt auf der Hand (siehe auch: Strobel 1985, S.178).

Die Durchführung der musikpsychologischen Untersuchungen erfolgt mittels verschiedener Methoden; die ältesten Studien zur Wirkung der Musik aus den Jahren 1892 und 1897 bedienten sich der Methode der Befragung und der freien Assoziation. Aus dem Jahr 1935 sind Untersuchungen mit Adjektivlisten bekannt, ebenso aus dem Jahr 1954 (Bruhn, Oerter, Rösing 1985). In den Sechziger Jahren wurde von Reinecke und Kollegen (Reinecke 1970) ein aus sechsundvierzig Adjektivpaaren bestehendes Polaritätenprofil zur Beurteilung von Musikstücken angefertigt, das bis heute Verwendung findet. Pekrun & Bruhn entwickelten 1985 ein Semantisches Differential, das in seiner Kurzfassung aus 37 Adjektiven besteht und mit einer fünfstufigen Ratingskala versehen ist. Einen Überblick über die frühen Forschungen und ihre Ergebnisse geben Böttcher & Kerner (1978).

Heute ist es üblich, je nach Fragestellung und Untersuchungsziel, spezifische Polaritätenprofile oder Semantische Differentiale zu erstellen, bzw. bestehende Skalen an das eigene Design anzupassen (de la Motte-Haber 1996). Das erschwert die Vergleichbarkeit und die Verallgemeinerung der Ergebnisse, was sowohl für musikpsychologische als auch für die mit diesen Methoden angefertigten musiktherapeutischen Studien zutrifft (Schmidt et al.1996).

III.1.2. Musik und Wahrnehmung

Rittelmeyer (1971, in Büchler 1987, S. 32) fand heraus, dass bei der Beurteilung von Neuer Musik ein dem Halo-Effekt ähnliches Phänomen auftritt. De la Motte-Haber (1996) beschreibt diesen Effekt als eine "Verallgemeinerung der Kategorien "gut und "schlecht" ... und als "ein durch Generalisierung bewirktes Vorurteil ..., dem es durch eine differenzierte Betrachtung entgegenzuwirken gilt" (S.158). In der oben genannten Studie fixierten die Probanden ihre Aufmerksamkeit auf einen Teilaspekt, in diesem Fall eine herausstechenden Eigenschaft des Musikstückes, nach welchem sie schließlich das Gesamtstück beurteilten. Jourdain (1998) konnte feststellen, dass der gemeine Hörer schlechthin selektiv wahrnimmt, d.h., an einem Ton oder Rhythmus haften

bleibt, insbesondere dann, wenn es sich um völlig unbekannte Musik handelt. Das Gehirn wähle den einfachsten Weg des Verstehens, ein Urteil wird gefällt ungeachtet dessen, ob das Ganze erfasst wurde oder nicht. Musikstücke mit wenig Informationsgehalt, sprich wenig Wechseln, gefielen dem Durchschnittshörer besser als Musikstücke mit zuviel Informationsgehalt, d.h. Veränderungen und Überraschungen (S.320). De la Motte-Haber (1996) ist da etwas vorsichtiger, sie findet es eher "schwer zu entscheiden, ob es im menschlichen Denken eine grundsätzliche Neigung zur Vereinfachung gibt" (S.157).

Wellek (1982) stellt in seinen Schriften zur Musikästhetik fest: "Für das Kind und den kindlichen Menschen überhaupt, hat ein Bild oder eine Musik Anziehungspunkte oder auch Abstoßungspunkte, auf die mit unmittelbarem Angezogen- und Abgestoßensein geantwortet wird ..." (S. 250). Das Gestaltganze kann seines Erachtens vom Kind nicht nachvollzogen werden, ebensowenig die Gestalttiefe eines Musikstückes, weil das Kind "dieses große Ganze nicht umspannt" (ebd.). In diesem Sinne könnte der Halo-Effekt meines Erachtens nach ebenso als ein kindlicher Wahrnehmungsakt verstanden und als eine eingeschränkte und begrenzte, soz. unreife Sichtweise bewertet werden. Die Anfertigung eines Persönlichkeitsprofils der Testpersonen, z.B. in der Untersuchung Rittelmeyers, wäre diesbezüglich interessant.

Gestaltungspsychologische Untersuchungen zur Musikwahrnehmung besagen, dass Wahrnehmen sich durch gezieltes Erkennen und Verfolgen einer "Figur" auf einem "Grund" vollzieht. Eine Melodie kann durchaus als Figur oder "gute Gestalt" wahrgenommen werden, auch wenn sie nicht in das harmonische Gerüst passt (Büchler 19, S.53). Erkennen von Grund und Figur in der Musik ist an vorausgegangenes Lernen und kulturelle Prozesse gebunden. Jedes Erlebnis hinterlässt im Gehirn eine Spur, neue Wahrnehmungen verbinden sich mit vorhandenen "Spurgestalten" (Thomas 1990). Es kommt zu einer "Tendenz der Gestalt" und somit zu einer Erwartung im Hinblick auf den weiteren Verlauf des Ereignisses (ebd.). Das Gehirn "weiß" um eine logische, vertraute Fortsetzung der angespielten Musik. Erfüllt sich die Erwartung, bekommt das Ganze eine Bedeutung, oder umgekehrt, ein Ausbleiben der Erwartung hat Bedeutungslosigkeit zur Folge (Büchler 1987, S. 68). De la Motte-Haber (1996) vermutet, dass die Wahrnehmung musikalischer Zusammenhänge durch die Assimilation in kategoriale Strukturen geschieht, wodurch sowohl Ordnungen als auch Bedeutungen geschaffen würden und, weiter, dass dieser Vorgang "eine grundsätzliche Form der Informationsverarbeitung" ist (S.156). Jourdain (1998) nimmt an, dass das Gehirn soz. in vollem Verlass auf strukturelle und stilistische Regeln, nach bekannten Hinweisen und Mustern sucht. "Wir erkennen

musikalische Stilmittel wider, das heißt, wir erinnern uns daran aus früheren Erfahrungen. Gedächtnis ist deshalb entscheidend für Musikwahrnehmung" (S. 304).

Eine Aufteilung in induktive und deduktive Prozesse (de la Motte-Haber 1996) bei der Wahrnehmung lassen interessante Schlussfolgerungen zu. Bei dem induktiven Beurteilungsvorgang werden dominante oder zentrale Merkmale des Musikstückes ausgewählt, wodurch es zu einem Induktionsschluss kommt: einer Verallgemeinerung des Eindrucks: das Teil wird für das Ganze genommen ("induktiver Prozess"). Der Verallgemeinerung folgt die Zuordnung zu einer Kategorie, dadurch werden weitere Eigenschaften deduziert ("deduktiver Prozess"). Dies umso mehr, desto geringer das Wissen um den Gegenstandsbereich ist (ebd. S.158). De la Motte-Haber hält das Tempo für ein typisches dominantes Merkmal, hinter dem andere musikalische Merkmale zurücktreten. Diese allgemeine Annahme kann auch in Teil 2 der eigenen Versuchsanordnung ("Anhören, Beschreiben und Einstufen von Musikstücken") eine wichtige Rolle gespielt haben. (siehe Teil B. Empirischer Teil: Versuchsdesign, Ergebnisse und Diskussion).

III.1.3. Musik und Emotionen

Musik, Musikwahrnehmung und Emotionen stellen dynamische Gebilde dar, die sich über einen gewissen Zeitraum erstrecken und durch inhaltsäquivalente Parameter gekennzeichnet sind: die Intensität, die Valenz und der kognitive Inhalt (Bruhn, Oerter, Rösing 1985, S.182). Bruhn, Oerter und Rösing (1985) beobachten im Musikerleben stimmungskongruentes und stimmungskonträres Erleben. Im Sinne des ersten Prinzips soll traurige Musik traurig stimmen, bzw. umgekehrt, eine traurige Stimmung traurige Wahrnehmung bewirken. Nach dem zweiten Prinzip soll traurige Musik eher fröhliche stimmen als traurig und, umgekehrt, eine traurige Stimmung dazu führen, dass Musik als weniger traurig wahrgenommen wird. Gembris (1991) findet drei verschiedene Arten von Verhaltensweisen zur Situationsbewältigung durch Musikhören: 1) Handeln nach dem Isoprinzip: "die Musik spiegelt die augenblickliche Stimmung wider, ist Ausdruck der Situation und kann kathartische Funktionen ausüben", 2) Handeln nach dem Kompensationsprinzip: "der emotionale Ausdruck der Musik steht zum emotionalen Charakter der Situation in scharfem Kontrast", 3) "Vermeidung von Extremen im emotionalen Ausdruck der Musik" (S.289).

In einer Untersuchung zum emotionalen Ausdruck in der Musik und Erstellung von Emotionskategorien (Rigg, zit. nach Büchler 1987), wurden Versuchspersonen zwanzig Musikpassagen auf dem Klavier vorgespielt, sechs

speziell vom Autor komponierte und vierzehn aus klassischen Kompositionen entnommene. Die Probanden (N=100) sollten nach jeder Passage ihre Emotionen angeben. Das Experiment zeigte, dass die speziell für die Untersuchung angefertigten Kompositionen eher dazu geeignet waren, deutlichere Ergebnisse zu erzeugen als die klassischen Kompositionen. Diese methodische Beobachtung ist ebenfalls im Hinblick auf Teil 2 der eigenen Versuchsanordnung interessant, da auch hier speziell komponierte Musikstücke verwendet wurden (siehe B. Empirischer Teil und Anhang).

In der Musikästhetik (Wellek 1982) wird zwischen den Begriffen Ausdruck und Darstellung deutlich unterschieden. Ausdruck wird als etwas Unmittelbares, als "reines ungebrochenes Lebensgeschehen", Darstellung dagegen als ein "geistig überformtes und gesteuertes Geschehen" definiert (S. 193). Darstellung setzt Vernunft, Überlegung und bewusste intellektuelle Leistung voraus, Ausdruck ein direktes, unüberlegtes Handeln.

Die oben erwähnte Studie Gembris' (1991) sowie die eigene Versuchsanweisung in Teil 1- Darstellung der Gefühlsqualitäten traurig, freudig, wütend - sollen zur Verdeutlichung der Konzepte herangezogen werden: Bei Gembris werden die Versuchspersonen gebeten, sich in bestimmte Situationen hineinzusetzen, die durch Gefühle wie Freude, Depression, Wut, und Zufriedenheit gekennzeichnet waren " ...und sich mit diesen Gefühlen zu identifizieren. Dann sollten sie die Musik, die sie in dieser Situation gern hören würden, mit Hilfe eines Semantischen Differentials beschreiben und möglichst auch konkret benennen" (S.286). "Sich-Hineinsetzen" und "Sich-identifizieren" sind stark emotionsgeladene Anweisungen und spielen auf ein späteres Ausdrücken des Gefühls an, da man sozusagen ganz Gefühl "ist". In diesem Fall handelte es sich allerdings um das Aufspüren und Beschreiben eines Musikwunsches.

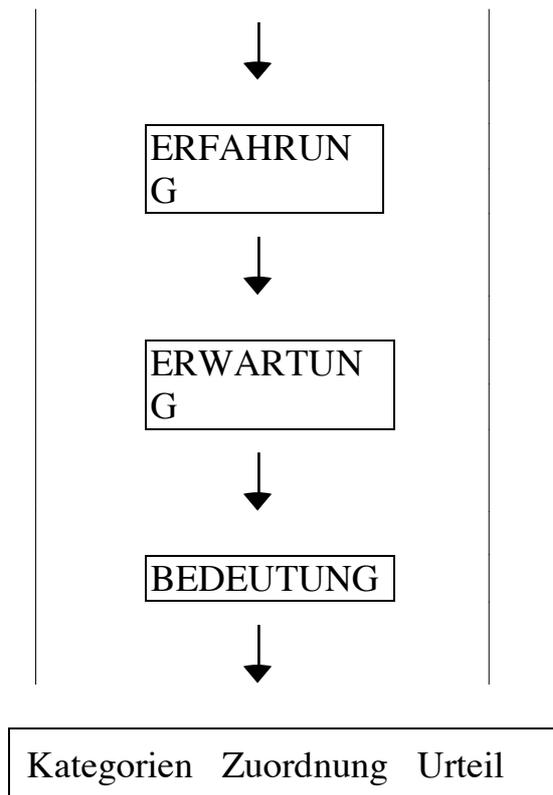
In der eigenen Untersuchung wurden die Versuchspersonen gebeten, diese oder jene Gefühlsqualität musikalisch darzustellen, ganz ohne Vorgabe eines Bildes. Jeder musste die Aufgabe nach eigener Vorstellungskraft lösen, sich auf die eigenen Konzepte von traurig, wütend und froh stützend. Dies spielt auf das Wellek'sche Konzept der Darstellung an, im Sinne eines eher nüchternen, kognitiv gelenkten Handelns. Während es im ersten Beispiel um die "gefühlten Gefühle" geht, kommt das zweite Beispiel den "gedachten Gefühle" näher. Natürlich werden wir niemals herausfinden, wie sehr sich die Versuchspersonen Gembris' tatsächlich identifiziert und sich auf das Spiel eingelassen haben, bzw. wie "überlegt" und bewusst geplant unsere Patienten und Nicht-Patienten die Aufgabe lösten. Hier kommen Variablen ins Spiel, die nur schwer zu kontrollieren sind und in dieser Art der Forschungen - mit lebenden, fühlenden und denkenden Wesen - akzeptiert werden sollten.

Sowohl der Zeitgeist als auch der kulturelle Kontext spielen eine große Rolle dabei, wie eine Musik gehört, wahrgenommen, erlebt und interpretiert wird. Dass es auch bei Komponisten wichtige Unterschiede in der Auffassung hinsichtlich des emotionalen Anteils in der Musik gibt, sollen die folgenden Beispiele aus dem "westlichen Musikmilieu" veranschaulichen. So schrieb Beethoven (Leitzmann, ohne Jahresangabe) in einem Brief an Goethe (12.4.1811) folgendes: ..." Sie werden demnächst die Musik zu Egmont von Leipzig durch Breitkopf und Härtel erhalten, diesem herrlichen Egmont, den ich, indem ich ihn ebenso warm, als ich ihn gelesen, wieder durch Sie gedacht, gefühlt und in Musik gegeben habe..." (S.24) Eine Anmerkung Beethovens aus dem Jahre 1808: "Pastoralsinfonie keine Malerei, sondern worin die Empfindungen ausgedrückt sind, welche der Genuss des Landes im Menschen hervorbringt, wobei einige Gefühle des Landlebens geschildert werden." (ebd. S.50) Dagegen erklärte Strawinsky: "Musik besitzt überhaupt keine Eignung und Möglichkeit, irgend etwas auszudrücken: ein Gefühl, eine Bewegung, ein Bild oder was es auch sei". Musik ist..."ein von allen Sinnen, Empfindungen und dem Gefühlsgenuss abgewandtes geistiges Klangspiel" (zit. nach Borris 1949, S.260). Und Cage (), Hauptvertreter der von ihm selber entwickelten Zufallsmusik, beschäftigte sich mit neuen Formen der Komposition und Interpretation, in denen die Vermittlung und der Ausdruck von Absichten, Stimmungen oder Affekten nicht vorgesehen war. Er war der Meinung, dass die "Töne sie selber sein möchten" (S.50), und Musik frei von vorgegebenen Strukturen, Affekten und "intentioneller Kontinuität" sein sollte (ebd.).

Zusammenfassend zum Thema Musikwahrnehmung und Emotionen möchte ich Bruhn, Oerter, Rösing (1985) zitieren: "Wahrnehmungs-, -Kognitions-, -und Emotionsabläufe führen zur Speicherung und Strukturierung von Gedächtnisinhalten. Diese aber bestimmen ihrerseits - zusammen mit den individuellen physiologischen Hörmöglichkeiten - über Form und Inhalt nachfolgender Wahrnehmungen, Emotionen etc. In diesem Sinne sind Musikwahrnehmung und musikbezogene Emotionen von individuellen Verarbeitungsmöglichkeiten und -gewohnheiten abhängig, die größtenteils gelernt und kultur- und gesellschaftsbestimmt sind" (S.181).

Eine schematische Darstellung dieses Vorgangs ergibt folgendes Bild:

MUSIKWAHRNEHMUNG



Keine oder geringe Erfahrung bewirkt keine Erwartung. Die Bedeutung wird reduziert und es kommt zu dem sogenannten Halo-Effekt: Verallgemeinerung aus partieller Wahrnehmung.

(Im Hinblick auf dritte Musikpassage: Wut-atonal= Hofeffekt?)

IV. Musiktherapie

IV.1. Einleitung

Wie bereits anfangs erwähnt, wurde die Versuchsreihe in Anlehnung an musiktherapeutisches Handeln entwickelt. Deshalb möchte ich die einzelnen "Bestandteile" vom musiktherapeutischen Standpunkt aus beleuchten. Einerseits (Teil 1 des Versuchsablaufes) geht es um Darstellen, Zeigen, vielleicht auch Ausdrücken, kurz: Sich-verständlich-machen. Andererseits (Teil 2 des Versuchsablaufes) geht es um Wahrnehmen, Gemeinsam-anhören und Benennen, kurz: Verstehen. Im musikalischen Dialog (Teil 3 des Versuchsablaufes) kommt beides ins Spiel, er verlangt ein permanentes Sich-

verständlich-machen und Verstehen, was letztlich zu dem befriedigenden und beruhigenden Gefühl des Verstanden-werdens führt. Der Laie hat nicht ganz unrecht, wenn er vermutet, dass Musiktherapie etwas mit Gefühlen und Kommunikation zu tun hat, schließlich sind das genau die Punkte, die auch hier untersucht werden sollen. Wie die beiden Begriffe zusammenhängen, d.h., ob es sich allein um die "Zauberformel": *Musiktherapie = Ausdrücken von Gefühlen* - eine weitverbreitete Annahme - handelt, soll hier dargestellt werden. Es scheint, als bestünde das "Therapeutische Etwas" der Musiktherapie nicht im Ausdrücken der Gefühle allein. Die in III.2. angeführten Beispiele erfahrener Musiktherapeuten verdeutlichen, dass der musikalische Austausch, die Anteilnahme des Therapeuten, dessen Musik und dessen Worte einen festen Platz im Therapiegeschehen haben. Die Begriffe Gefühl, Ausdruck, Kommunikation und Dialog stehen so dicht nebeneinander, dass der Eindruck, eine therapeutische Kommunikation ohne Emotion sei nicht denkbar, nur schwer abzuwehren ist. Peterson (1992) schreibt: "Die Liebe des begnadeten Therapeuten kann sich mannigfacher Instrumente bedienen, so beim Musiktherapeuten der Zärtlichkeit seiner Hände, die ihm beim Improvisieren genau jene Nuance treffen lässt, die den verschütteten Weg zur Mitte seines Patienten-Partners öffnet" (S.53).

Der hiermit gemeinte musikalische Dialog ist eine der ältesten musiktherapeutischen Techniken. Im deutschsprachigen Raum von der Wiener Schule unter dem Namen "instrumentales Partnerspiel" (Schmölz 1983) entwickelt, wo er seitdem und bis heute in sämtlichen klinischen Bereichen Anwendung findet, ist er nunmehr ein schulunenabhängiges Therapiewerkzeug. Jeder Musiktherapeut, aus welcher Ausbildungsstätte er kommen mag, hat sich im Dialog-Spiel ausgebildet und weiß um die Bedeutung dieses musikalischen Eingriffs. Schmölz (1988), Urheber jener Technik, weist auf das hohe Maß an Feinfühligkeit hin, das vom Therapeuten verlangt wird und beschreibt zwei dialoginimale Gefahren: ein "Zuviel" des Therapeuten verschlinge den Patienten, ein "Zuwenig" vermittele ihm ein Gefühl von Unsicherheit und Verlassenheit. Bereits in dieser kurzen Beschreibung wird deutlich, dass Gefühle im musikalischen Spiel-Raum schweben. Teichmann-Mackenroth (1983), der von einer "musikalischen Beziehung" spricht, definiert den musikalischen Dialog dann auch direkt als einen Raum, in dem Gefühle gezeigt und geteilt werden können. Timmermann et al. (1991) sprechen von ihm als einer "spielerischen Interaktion" ... die dem Patienten die Gelegenheit gibt ... "in der sicheren therapeutischen Beziehung alte Muster aufzugreifen, sowie Neues zu erproben" (S.386). Neugebauer (1998) konnte in einer Untersuchung mit 12 Probanden zeigen, dass sich das Geschehen innerhalb einer dialogischen Situation auch physiologisch niederschlägt. Es ergab sich eine Korrelation

zwischen Herzschlagfrequenz und gemeinsam gestalteter Musik. In Improvisationsabschnitten, die vom musiktherapeutischen Standpunkt her als wichtig erachtet wurden, konnten physiologische Veränderungen bei beiden Teilnehmern nachgewiesen werden.

Was die im Dialog verwendeten Instrumente betrifft, so gibt es auch hier einige allgemeine Beobachtungen: Bei einem Dialog auf Trommeln kommen andere Dinge "zur Sprache" als bei einem Dialog auf Kantiles. Jeder Klang vermittelt eine unterschiedliche Stimmung und stößt auf unterschiedliche körperliche und psychische Resonanzen (Alvin 1984, S.79 ff., Timmermann 1987, S.103 ff.). Ein Schlaginstrument klingt eher hart und verschlossen, ein Saiteninstrument eher weich und offen. Außerdem besteht ein Unterschied darin - sowohl vom musikalischen als auch vom psychologischen Standpunkt her - ob Patient und Therapeut auf demselben Instrument, auf Instrumenten derselben Klangfamilie (z.B. Glockenspiel und Metallophon), oder auf zwei Instrumenten unterschiedlichster Natur (z.B. Harfe und Trommel) spielen. Die Instrumentenwahl kann frei oder vom Therapeuten aus bestimmt sein. Instrumente können spezifisch eingesetzt (Petzold 1990, Moser 1990) und Melodien, Klänge, Rhythmen, Tonleitern usw. verschrieben werden, wie es u.a. die anthroposophische und die orientalische Musiktherapie lehren. () Loos (1986) ist der Meinung, dass der Klang eines Instrumentes frühe Formen des Dialoges, d.h. die frühe Mutter-Kindbeziehung, wiederbelebt und diese bewusst macht.

Im folgenden Abschnitt werden Beiträge von Experten unterschiedlicher Schulen zum Thema Gefühl und Dialog vorgestellt. In der Mehrheit werden Situationen aus Einzeltherapiesitzungen beschrieben, obgleich auch in der Gruppenmusiktherapie Dialogsituationen zwischen Therapeut und Patient oder Patient und Patient spontan entstehen oder, aus der therapeutischen Situation heraus, zu einer Regel formuliert werden können.

Ich hielt die schulenspezifische Gliederung deshalb für sinnvoll, weil ich die in der Handhabung des Gegenstandes und im Sprachgebrauch festgestellten Unterschiede so besser aufzeigen konnte.

IV.1.1. Schulenspezifische Betrachtungen zum Thema Gefühl und Dialog in der Musiktherapie

IV.1.1.1. Die Wiener Schule

Schmölz (1988) beschreibt die das Partnerspiel charakterisierenden Eigenschaften folgendermaßen: *...lösen solche improvisierten Spiele, einschließlich der dabei unbewusst zum Tragen kommenden rezeptiven Komponenten (Instrumentalklang etc.), in der Regel eine emotionelle Betroffenheit aus; dieser spezielle musiktherapeutische Wirkfaktor kann dann unter anderem eine günstige, meist von Vertrauen und Einverständnis getragene Ausgangslage für das erforderliche, reflektierende Gespräch schaffen, in dem vor allem der Bezug zu dem unmittelbaren Erlebten vor, während und nach dem Spiel wie z.B. auftretende vegetative Sensationen, geänderte intrapsychische Befindlichkeiten, aufsteigende Assoziationen und Überlegungen, neue Einsichten und Entschlüsse besprochen werden sollten* (S.9). Was die Person des Therapeuten betrifft, so definiert Schmölz dessen Haltung mit folgenden Worten: *... eine spürbare emotionale Bereitschaft des Therapeuten-Partners, sich zur Verfügung zu stellen*" (S.11). Von ihm wird erwartet, dass er *die der Pauke symbolisch verabreichten, jedoch stellvertretend gegen ihn (oder in unbewusst-selbsterstörerischer Absicht gegen sich selbst) gerichteten Schläge des Patienten in einsichtsvoller, aber emotionell nicht unbeteiligter Haltung empfängt. Ferner wird er diese Schläge nicht nur aushalten können, sondern auch fähig sein, sie in echt emotional beteiligter, jedoch nicht aggressiv-feindlicher, gegen den Patienten gerichteten Haltung zu erwidern* (S.11).

Timmermann (1989) räumt dem Ausdruck von Gefühlen in der musikalischen Improvisation einen besonders großen Raum ein. So schreibt er u.a.: *Auf der musikalischen Ebene bietet der Therapeut dem Patienten an, sein Thema zu spielen, über das Spielen in Kontakt mit seinen Gefühlen zu kommen, diesen einen möglichst echten Ausdruck zu verleihen, sie musikalisch zu gestalten* (S.119). Im Anschluss an das Spielen wird der Patient dazu angeregt, zu überprüfen, ob er sein Gefühl gefunden hat und ob er es ausdrücken konnte. *Hat es sich verändert? Wie?* (S.120, ebd.) *Der Klang aktiviert und reaktiviert Gefühle, Assoziierungen, Bilder, Tagträume, Phantasien* (S.132, ebd.). *Im Rahmen eines psychotherapeutischen Behandlungskonzeptes ist die Rolle des Musiktherapeuten, den sich oft stark und heftig äußernden Gefühlsausdruck des Patienten zu begleiten: Musik bewegt die Gefühle, bewirkt Rührung, Erschütterung, Trauer, Wut, Freude, Spaß bis zur Ausgelassenheit. Die Möglichkeit des Ausdrucks solcher Gefühle macht lebendig ...* (S. 136, ebd.).

IV.1.1.2. Die Ostdeutsche Musiktherapieschule

Schwabe (1980) ist, wie Schmölz, mit den vielseitigen Anforderung an den Therapeuten einverstanden: " ... durch seine vorwiegend emotional geprägten Interaktionsangebote hat er einen relativ hohen Binnenkontakt zwischen sich

und dem Patienten aufzubauen, dessen Lösung im Sinne der Selbstständigkeitsfindung des Patienten besonders geschulte Steuerung der eigenen Wünsche, Intentionen und Aktivitäten sowie die Reflexion der Kontaktentwicklung, der Wünsche und Intentionen des Patienten erfordert" (S. 209). Schwabe fordert, dass nur fundiert ausgebildete Musiktherapeuten und nur solche mit der "Fähigkeit zur Reflexion über die eigene Person" (ebd) dieses Verfahren durchführen sollten. Die therapeutische Zielsetzung besteht in der "Auslösung emotional intendierter Introspektionsprozesse sowie in der Aktivierung und Auslösung sozial-kommunikativer Prozesse" (ebd.). Erstere könnten bereits allein durch ein bestimmtes Instrument ausgelöst werden, die für Schwabe (1983) Ausdrucks -und Gestaltungsmittel sind. Exemplarisch sei ein Zitat zum Einsatz der Pauke wiedergegeben: *Ohne die Pauke als Instrument für einen bestimmten Gefühlsausdruck zu fixieren, kann jedoch häufig bestätigt werden, dass bei der Paukenwahl aggressive Gefühle eine Rolle spielen, unabhängig davon, ob diese Gefühle dann auch wirklich geäußert werden können oder aber im vorgelagerten Feld von Hemmungen steckenbleiben* (ebd., S.139).

Eine zweite Technik für die Einzeltherapie wurde von Schwabe (1980) unter der Bezeichnung "Kommunikative Einzelmusiktherapie" (S.223) entwickelt. Dieses ist ein rezeptives Verfahren und besteht im gemeinsamen Musikhören vom Patienten ausgewählter Musikstücke, wobei eine "hohe interpersonelle Dichte" (ebd.) zwischen Therapeut und Patienten entsteht. Die Hinwendung zum gemeinsamen Musikerleben "kann beim Patienten eine emotionale Aufgeschlossenheit fördern, die als Voraussetzung einer psychotherapeutisch erfolgreichen Gesprächsführung anzusehen ist" (1980, S.223).

IV.1.1.3. Psychoanalytisch orientierte Musiktherapie

Priestley (1982) gibt der *Gefühlsbearbeitung* im musiktherapeutischen Setting eine erstrangige Stellung. *Die Tatsache, dass die Musiktherapeutin beständig gemeinsame Emotionen aufnimmt und kanalisiert, macht sie besonders empfänglich für Gegenübertragungsgefühle; in manchen Fällen wird sie diese sofort durch ihr Spiel zum Ausdruck bringen und darüber sprechen, in anderen Fällen wird sie sie für sich behalten, bis sie das Gefühl hat, der Patient sei nun eher bereit, sie zu akzeptieren* (S.81, ebd.). So gibt Priestley ihren Schülern den Rat, die eigenen Gefühle während des Spiels mit dem Patienten auszudrücken, ohne sich von denen überwältigen zu lassen und sich einer eigenen Lehrtherapie zu unterziehen.

Langenberg (1988) bezeichnet die gemeinsamen Improvisationen als eine Art Tagträume und schreibt: *Ich möchte die Strukturen dieser Produkte erforschen, die Lösungsmöglichkeiten des Individuums aufdecken, mit widerstrebenden Gefühlen fertig zu werden, Spannung zu lösen ...* (S.44) Im Gegensatz zu Priestley werden hier Gegenübertragungsgefühle nicht ausagiert, sondern zur Diagnose sowie zum Verständnis der Beziehungssituation und des Therapieprozesses benutzt.

Loos (1986) geht mit dem Begriff des Gefühls in der Musiktherapie in erweiterter Form um. Von psychoanalytischen Grundkonzepten ausgehend und diese mit neuesten entwicklungspsychologischen Erkenntnissen anreichernd, verlagert sie den Schwerpunkt ihrer Arbeit in die ausführliche Analyse der musikalischen Beziehung zwischen Therapeut und Patient, die als eine symbolische Wiederholung der frühen Mutter-Kind-Beziehung verstanden wird. *Da die Sprache der Musik und die Sprache des Gefühls sich sehr nahe stehen ... können über den Klang frühe Formen des Dialoges neu belebt und bewusst gemacht werden* (S. 59). *In der Freien Improvisation sich wortlos mit anderen Menschen zu verbinden, verbunden zu fühlen ...auch selber Verbindungen herstellen zu können - das kann ein kleiner Schritt auf dem Weg nach vorn sein* (S.62). Loos spricht dann auch vom *Probefühlen* (S.62) als einen der weiterführenden Schritte zwischen Therapie und Lebensbewältigung.

IV.1.1.4. Morphologische Musiktherapie

" ... Die ersten Töne, vom Therapeuten behutsam beantwortet, spiegeln bereits ... für den Patienten charakteristische Umgangsformen mit seiner Welt ... und verwickeln die Spieler in seelische Gestaltungen, die von Gefühlen, Gedanken, Bildern begleitet und markiert sind" (E.Weymann, 1991, S.9). Es geht um Verstehen und um eine "Reintegration ausgeschiedener Beziehungs- und Erlebnisformen: das Unerhörte wird hörbar, das Unsagbare wird mitteilbar, handhabbar, veränderbar" (ebd., S.14). Mit Musik kann "die Mehrschichtigkeit des Seelenlebens erfasst, ausgedrückt und kommunizierbar gemacht werden" (Tüpker 1992, S.29). Patienten morphologischer Musiktherapeuten werden nach der Improvisation u.a. danach gefragt, die gespielte Musik mit Bildern zu beschreiben (Grootaers 1996, S.141) *Was ist da für Sie entstanden? Was hat sich zwischen uns herausgebildet? Was ist Ihnen durch den Sinn gegangen? Was ist da für Sie ins Spiel gekommen?* sind Fragen, die Weymann (1991, S.9/10) seinen Patienten nach einer Improvisation stellt und die verdeutlichen, dass der Patient zum Weiterdenken und Verstehen angeregt wird. Aber auch der Therapeut will verstehen und sein Erleben dem des Patienten gegenüberstellen.

"Erst wenn wir beider Gefühle auf dieses gemeinsame Werk beziehen, bekommen sie einen Sinn" (Grootaers 1987, S.43).

IV.1.1.5. Die Integrative Musiktherapie

Frohne (1990) hält das Gewährwerden und das Benennen-können der im musikalischen gemeinsamen Spiel entstandenen Gefühle für wichtige Bestandteile musiktherapeutischer Interventionen. Ihrer Auffassung nach versucht das *musikalische Ich* (S.112) in der Improvisation, *verschiedene Formen von Kontaktverhalten (auch Widerständen), Gefühlsqualitäten, Atmosphären und Stimmungen ganzheitlich auszudrücken* (S.112, ebd.). Das Erlebte zu benennen ist u.a. deshalb sinnvoll, "um von Gefühlen nicht überflutet zu werden. ... Gerade weil wir sprachlich mehr und mehr verarmen und Gefühle immer weniger differenziert wahrnehmen und benennen, scheint es mir von großer Bedeutung, dass die so nuancenreiche musikalische *Sprache* auch dazu dient, das Wahrnehmen und Benennen der gespielten Gefühls- und Beziehungsqualitäten zu fördern und damit die Kreativität in einem umfassenderen Sinn zu verstehen" (S.113, ebd.).

In einem von Tarr-Krüger (1990, S.283) zitierten Dialog aus einer Therapie mit einer bulimischen Patienten wird deutlich, wie aktiv der Therapeut mit den Gefühlen des Patienten und auch den eigenen, umgeht. Das musikalische Verhalten wird vom Therapeuten verstärkt (Th.:unterstützt dies (die Pat. gibt den kleinen Gongs kräftige Schläge) mit kräftigem Tönen mit der Stimme auf Vokale), die Gefühlslage des Patienten deutlich benannt (Th.: Deine Stimme klingt ganz schön ärgerlich) und empathische Gefühle verbal ausgedrückt.(Th: Ich verstehe, dass dir das Angst macht).

Petzold (1990) versteht unter dialogischer Haltung "die Bereitschaft zum gemeinsamen Experimentieren, zum gemeinsamen Spiel" (S.190). Voraussetzung für eine "einfühlende Reaktion zum Therapeuten hin" ist also die Erlangung einer "gewissen Transparenz" (ebd.), die den Therapeuten für den Patienten erreichbar macht.

IV.1.1.6. Die Kreative Musiktherapie nach Nordoff und Robbins

In ihrer Arbeit mit geistig, körperlich -oder mehrfach behinderten Kindern, oder auch psychotisch oder schwer emotional gestörten Kindern, legen diese Autoren besonderen Wert auf die ersten Begegnungen und auf die Gestaltung eines

musikalischen Rahmen mit Form und Stimmung ... eine musikalisch-emotionale Umgebung, zu der das Kind sich beziehen kann. Die Wahl der Musik soll auf die Stimmung des Kindes ausgerichtet sein, so z.B. bei einem hyperaktiven, jähzornigen Kind eine ruhige, nichts fordernde Stimmung erzeugt werden. Der Therapeut muss imstande sein, abwartend die Reaktion des Kindes zu beobachten und gegebenenfalls seine Musik zu verändern, im Falle, dass die Musik das Kind nicht erreicht oder bei ihm nichts bewirkt, oder dass sein Verhalten eine andere Richtung einnimmt (S.81).

Nordoff und Robbins schenken den musikalischen Parametern Tempo und Dynamik ein besonderes Augenmerk: Starrheit und Einseitigkeit charakterisierten den pathologischen musikalischen Ausdruck. Das therapeutische Ziel ist die ausdrucksvolle musikalische Beweglichkeit und das emotionale Erlebnis im kommunikativen Spiel.

Die Kreative Musiktherapie bei erwachsenen, nicht geistig behinderten Patienten, wird ähnlich vollzogen. Die musikalische Gestaltung steht im Vordergrund, weit vor einer verbalen Aufarbeitung des Erlebten. So beschreibt Hoffmann (1997) die *Intention für den therapeutischen Prozess in der Musik* mit einer Schmerzpatientin folgendermaßen: *... der Patientin zu helfen, lebendige Qualitäten der Musik zu erleben, eigenes inneres Empfinden und Erleben in bezug auf die gemeinsame Musik zu entwickeln und wahrzunehmen, einen Ausdruck der Gefühlsseite zu ermöglichen, einen inneren Bezug ihres Handelns und Fühlens zu entwickeln, so dass inneres und äußeres Bewegen in eine Verbindung kommen, ihr musikalisches Handeln zu richten und bestimmend zu lenken (S.8).* Dies geschieht technisch dadurch, dass der Therapeut verschiedene musikalische Qualitäten wie Pausen, Tempoflexibilität, Ausdruck, Abschlüsse etc. bewusst und gezielt in das gemeinsame Spiel einbringt. Der Schwerpunkt dieses Ansatzes besteht, wie bereits angedeutet, fast ausschließlich in der musikalischen Führung.

Zusammenfassend kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass alle o.g. Autoren auf mehr oder weniger direkte Art mit Gefühlen arbeiten, dass ferner eine allgemeine Anerkennung der Tatsache vorliegt, dass der musikalisch-therapeutische Dialog gefühlsbetont ist und dass für keinen der Autoren das kathartische Ausagieren von Gefühlen als musiktherapeutisches Mittel in Frage kommt. Die verbale Bearbeitung des während der Improvisation Erlebten, Gehörten und Gedachten und das gemeinsame Reflektieren und Verstehen sowie das Benennen der Gefühle sind, mit Ausnahme der von Nordoff und Robbins gelehrteten Technik, ein unentbehrlicher Bestandteil der aktuellen Musiktherapie.

Verstehen und Verstanden-werden sind vorrangige Anliegen jeder Therapie und Voraussetzung jedwediger therapeutischer Veränderungen. Im Hinblick auf die untersuchte Problematik müssen wir uns an dieser Stelle deshalb fragen: Kann ein schizophrener Mensch sich der nicht schizophrenen Welt verständlich machen? Kann er sich selber verstehen? Kann er uns verstehen? Können wir ihn verstehen? Oder noch genauer, im Falle der Musiktherapie: Hören wir (Patient und Therapeut) dasselbe, etwas ähnliches oder ganz etwas anderes? Nach welchem Maßstab "messen" wir das Gehörte usw.?

IV.1.2. Musiktherapie mit schizophrenen Patienten - Beobachtungen, Schlussfolgerungen und Indikation

Die im nun folgenden beschriebenen musikalischen Verhaltensweisen schizophrener Patienten aus Einzelfalldarstellungen der musiktherapeutischen Praxis geben Hinweise auf "Spieltendenzen". Sie dienen als Anhaltspunkte für Forschungsfragen und Indikationsstellung, auch wenn sie selber keine verallgemeinbaren Aussagen darstellen.

Hengesch (1974) findet in Gruppenimprovisationen mit schizophrenen Patienten stereotypes und monotones Spielen, sowie eine Tendenz zu sehr lautem übertönenden oder sehr leisem, kaum wahrnehmbaren Spielen. Reichelt (1989) beschreibt die Musik eines seiner Patienten, der die Diagnose "Residualsymptomatik einer schizoaffektiven Psychose mit depressivem Erscheinungsbild" hatte, als imitativ mit Tendenz zur musikalischen Rigidität. Außerdem fand er eher unregelmäßige als regelmäßige rhythmische Muster auf, eine Finalität war in der Musik nicht erkennbar. Bei einem anderen Patienten mit "hebephrener Verlaufsform einer Schizophrenie" gelang es nicht oder nur schwer, den Patienten musikalisch zu "treffen", der Patient weichte dem Spiel des Therapeuten aus. Vogt (1991) beschreibt bei einem schizophrenen Patienten des "undifferenzierten Typus" eine Einschränkung im musikalischen Raum, z.B. im Spiel auf dem Xylophon: Vor allem zu Beginn der Therapie gehe die Anzahl der unterschiedlich gespielten Töne oft nicht über vier hinaus. Claußnitzer (1996) beobachtet in Gruppentherapiesitzungen bei den schizophrenen Patienten: eine allgemeine Tendenz zu lautem Spiel auf der Trommel, zirkuläre Bewegungen auf dem Xylophon, plötzliches Abbrechen des Rhythmus und geringe direkte Kommunikation. Steinberg (1985) fand bei dem Spiel seiner Patienten eine Tendenz zu Perseveration musikalischer Phrasen bei hebephrenen Patienten, und formelle Desintegration der Musik bei katatonen Patienten.

Außerdem fand er bei den meisten Patienten eine Diskordanz zwischen Geste und Affekt während des musikalischen Spiels. Kunkel (1996) beobachtete im Spiel der katatonen Patientin eine ständige Wiederholung eines Motivsplitters, ein Hin -und Herpendeln zwischen zwei Tönen, impulsloses Spielen, versunkenes, endlos kreisendes und pausenloses Spielen. Zwischen Patient und Therapeut ergaben sich häufige gegenseitige Wiederholungen. Kunkel stellte zudem fehlende Worte bei der Beschreibung der Musik fest. In eigener klinischer Arbeit konnte ich bei einem paranoid-schizophrenen Patienten folgende musikalische Spielweisen beobachten (Bauer 1996): sehr lautes, perseverantes und aufgeregtes Spielen auf der Trommel, dabei scheinbar ohne emotionale Beteiligung, keine Worte, um die Musik zu beschreiben. Kein Eingehen auf musikalische "Angebote" und kein hörbarer Dialog. Wie diese Beispiele zeigen, ist das Spiel im allgemeinen musikalisch eher eingeschränkt und repetitiv, sowohl von der Anzahl der gespielten Töne, als auch vom Rhythmus her. Überhaupt keine Rede ist hier von erkennbaren Melodien, Phrasierungen oder anderen musikalischen "Verzierungen".

Wenn wir davon ausgehen, dass des Menschen Glück in den unzähligen Möglichkeiten seines Handelns liegt, im Ausprobieren, Erfinden, Entdecken, Erforschen neuer Wege und Lösungen seines Daseins, und wir andererseits feststellen, dass ein Mensch in diesem Prozess so befangen und eingeschränkt ist, wie es die erwähnten Beispiele deutlich gemacht haben, dann ist es unsere therapeutische Pflicht, neue Wege der Situationsbewältigung aufzuzeigen. Musiktherapie ist ein Weg, dem Leiden kreativ entgegenzukommen. Der schizophrene Mensch leidet. Er ist sich seiner Einsamkeit bewusst, seiner Schwierigkeit, sich anderen mitzuteilen, seiner Angst, nicht verstanden zu werden, seiner Unfähigkeit, nicht die richtigen Worte zu finden, mitten im Satz stecken zu bleiben oder störenden Gedanken ausgeliefert zu sein. Musiktherapie wird diese Krankheit nicht heilen können, wohl aber dem an Schizophrenie Erkrankten helfen, mit sich, dem Leiden und der Welt in besserem Einklang zu stehen. Schon das ist eine therapeutische Veränderung. Die musikalische - analoge - Kommunikation, das gemeinsame Spielen, Anhören, Sprechen über das gemeinsam, -wenn auch anders Erlebte, geben dem Leben einen neuen Sinn: ich werde verstanden in meinem Anderssein.

Im folgenden werden Überlegungen zur Indikation von Musiktherapie bei schizophrenen Patienten dargestellt: Schwabe (1983) sieht in ihr die Möglichkeit zur Verbesserung der Antriebslage, des affektiv-emotionellen Ausdrucksgeschehens und des realitätsbezogenen sozialen Agierens. Willms (1976) hält Musiktherapie bei schizophrenen Patienten für indiziert, weil hier die analoge Ebene der Kommunikation im Vordergrund steht, weil Musik

hedonische Kräfte besitzt, die den der Außenwelt gegenüber abgewandten Patienten motivieren können, an einer Therapie teilzunehmen und schließlich, weil es mit Musik möglich ist, Gegenwart symbolisch zu gestalten. Strobel (1985) stösst in seinen Überlegungen zur Musiktherapie mit schizophrenen Patienten auf sehr ähnliche Argumente. Zum einen hält auch er das Handeln auf Symbolebene zum Nachvollziehen von Erfahrungen für eine wichtige therapeutische Möglichkeit. Andererseits empfiehlt er Musiktherapie speziell bei chronisch schizophrenen Patienten und solchen mit autistischen Symptomen, ebenso bei Patienten mit Schizophrenia simplex oder schizophrenem Defektzustand, aufgrund der stimulierenden Wirkung von Musik. Ferner argumentiert Strobel: "Musikalische Äußerungen sind eindeutig, sie bauen keine Beziehungsfallen" (1985, S. 189), in Anspielung an die bekannten double-bind Theorien der Kommunikationstheoretiker. Das Einbeziehen psychoanalytischer Erklärungsmodelle führt zu dem Argument des Klanges als Übergangsobjekt, das eine Regulierung des Nähe-Distanzproblems des schizophrenen Patienten mit der Bezugsperson symbolisch ermöglicht. Der Wunsch nach Verschmelzung bei gleichzeitiger Angst vor Identitätsverlust kann musikalisch "reguliert" werden, ebenso der Wunsch nach Autonomie bei gleichzeitiger Angst vor Verlassenheit (Dörr 1994). "Eine gemeinsame Improvisation ist ein ... Wechselspiel vom Verschmelzen und Trennen, von Nähe und Distanz" (Strobel, S.204)

IV.1.3. Forschungsbeiträge zu musikalischem Verhalten schizophrener Patienten

Die Anzahl musiktherapeutischer Forschungen mit schizophrenen Patienten ist eher gering. Eine der umfangreichsten systematischen Untersuchungen zur musikalischen Wahrnehmung bei schizophrenen Patienten wurde von Kneutgen (1980) angestellt. Kneutgen entwickelte einen Selbsteinschätzungsbogen zur Erfassung der emotionalen Reaktion auf Musik ("diese Musik stimmt mich traurig: ja - ein bisschen - nein") und fand keine signifikanten Unterschiede zwischen gesunden Personen und an Schizophrenie Erkrankten. Derselbe Autor entwickelte aufgrund dieser Ergebnisse einen Test zur Intensität des Musikerlebens, in dem die Patienten gebeten wurden, sich mit einer Trommel an musikalische Grundmuster anzupassen, die ihnen über Kopfhörer eingespielt wurden. Die Musikpassagen waren klassischen Kompositionen entnommen und enthielten vielfache Temposchwankungen. Ein Anpassen an diese musikalischen Gegebenheiten bedeutete, dass sich die Personen der Musik überlassen und diese mitempfinden konnten. Kneutgen stellte keine Unterschiede in der

Intensität des Musikerlebens fest, schizophrene Personen gingen, ebenso wie die Kontrollgruppe, mit der Musik mit. Im Gegensatz dazu wies die Kontinuität des Erlebens auf signifikante Unterschiede hin, d.h., die Patienten glitten des öfteren aus dem Rhythmus, um dann wieder voll zu synchronisieren. Diese Ergebnisse veranlassten zu einem weiteren Experiment, in dem Kneutgen die Versuchspersonen einen über Kopfhörer eingespielten rhythmischen Impuls auf einer Trommel mitschlagen ließ. Die Ergebnisse zeigten eine eindeutige Desynchronisation im Spiel der Patienten, die aber von den Patienten selber nicht wahrgenommen wurde. Derselbe Test wurde unter Hinzunahme eines weiteren Reizes wiederholt ("Beobachten Sie während des Spiels die rote und die grüne Lampe und geben Sie nach dem Spiel an, wie oft die rote Lampe ausging"). Hier konnten weitaus bessere Ergebnisse in der rhythmischen Synchronisation erzielt werden. Kneutgen schloss aus seinen Ergebnissen auf eine Störung in der zentralen Wahrnehmungsverarbeitung im Falle der Schizophrenie, die sich insbesondere dann zeigte, wenn eine Aufgabe die volle Aufmerksamkeit beanspruchte. Da dies bei allen rational-logischen Handlungen der Fall ist, empfiehlt der Autor, im musiktherapeutischen Setting der freien Improvisation den Vorrang zu geben und komplizierte verbale Anweisungen und komplexe Spielaufgaben eher zu vermeiden.

Steinberg und Raith (1985)

In einer Untersuchung zur musikalischen Ausdrucksfähigkeit (Steinberg 1987) wurden die krankheitsspezifischen Veränderungen des musikalischen Ausdrucks bei psychiatrischen Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen auf einem Polaritätenprofil eingeschätzt. Die Personen wurden gebeten, auf einem von ihnen gewählten Instrument ein von ihnen gewähltes Musikstück zu verschiedenen Zeitpunkten vorzuspielen. Ebenso wurde der Frage nachgegangen, ob es eine durch krankhaftes Erleben gesteigerte musikalische Leistungsfähigkeit gibt, im Sinne des von Prinzhorn geschaffenen Begriffs der "Verschüttungen". In diesem letzteren Fall zeigten die Ergebnisse bei schizophrenen Patienten keine positiven Ergebnisse. Krankheit steigere die musikalische Ausdrucksfähigkeit nicht. Was die erste Fragestellung betrifft, konnten zum Zeitpunkt U1 der Untersuchung (Zeitpunkt der ausgeprägtesten Psychopathologie, meistens Tag der Aufnahme) signifikante Unterschiede in den meisten Polaritäten des zwölfstufigen Profils zwischen den schizophrenen Patienten und der Kontrollgruppe nachgewiesen werden. Ferner zeigten sich signifikante Veränderungen innerhalb der Gruppe der schizophrenen Patienten zwischen U1 und U2 (Tag der niedrigsten Psychopathologie, meistens Tag der Entlassung, ca. sechs Wochen später) in den Bereichen Gefühl (P6), Professionalität (P8) und musikalische Ordnung und Logik (P9). Zwischen der

Kontrollgruppe und der schizophrenen Patientengruppe gab es zum Zeitpunkt U2 nur mehr in der Polarität 9 ("logisch/geordnet/einheitlich vs. widersprüchlich, zufällig, zerfallend") signifikante Unterschiede. Deutlich zu erkennen war im Spielen insgesamt die das Krankheitsbild charakterisierende Inkongruenz von Affekt und Geste.

Pavlicevic und Trevarthen (1989) verglichen den Grad der musikalischen Kommunikation zwischen Patient und Therapeut bei 15 chronisch schizophrenen, 15 unipolar depressiven und 15 nicht psychiatrischen Personen. Das Ergebnis erbrachte eine deutlich erkennbare Schwierigkeit in der Kontaktaufnahme bei den schizophrenen Patienten im Vergleich zu den anderen Gruppen auf einer Skala von 1 ("kein Kontakt") bis 6 ("bestehender wechselseitiger Kontakt"). Der daraus berechnete "globale Music Improvisation Rating - Score" ergab signifikante Unterschiede.

In einer weiteren Untersuchung (1994) entwickelten die Autoren eine Skala zur Erfassung des Interaktionsverhaltens Schizophrener - Music Improvisation Rating for Schizophrenia MIR-S und verglichen zwei Gruppen schizophrener Patienten miteinander. Die Skala stuft musikalische Verhaltensweisen im musikalischen Dialog neunpunktig ein, wobei Grad 1 der Aussage "kein musikalischer Kontakt" und Grad 9 der Aussage "sehr guter gegenseitiger Kontakt" entspricht. In der Gruppe mit Musiktherapie behandelter Patienten über einen Zeitraum von 10 Wochen wurde eine signifikante Verbesserung der Durchschnittswerte erreicht; besonders konnte eine Verbesserung der musikalischen Qualität und der Länge der musikalischen Antworten festgestellt werden.

Claußnitzer (1996) untersucht die musikalische Wahrnehmung bei einer Gruppe von N=30 Patienten gegenüber 30 gesunden Kontrollpersonen. In der Gruppe der Patienten befinden sich 13 Patienten mit einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis, u.a. neun nach ICD-10 diagnostizierte Personen mit einer paranoid-halluzinatorischen Psychose. Die Personen werden gebeten, auf einer richtig-falsch Skala zu bewerten, ob a) bei 30 vorgespielten Intervallen der erste höher oder tiefer ist als der zweite, b) bei 30 vorgespielten Tönen der zweite lauter oder leiser ist als der erste, c) bei 30 vorgespielten Rhythmen der zweite dem ersten gleich ist, d) bei 30 vorgespielten Klangfarbenbeispielen das zweite dem ersten gleich ist und e) ob in 30 Tonfolgenpaaren von drei, vier und fünf Tönen in der Wiederholung ein Ton anders war als in der ersten Tonfolge. Die Ergebnisse des Gesamttests zeigten signifikant bessere Werte in der Kontrollgruppe als in der Studiengruppe. Die Patienten mit einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis (N=13) waren entgegen der Erwartung im Gesamtergebnis nicht schlechter als die Patienten mit anderen Diagnosen

(N=17). Ein zweiter signifikanter Unterschied zeigte sich in der Testaufgabe "Tonfolgen" zwischen diesen beiden Diagnosegruppen. Die Patienten mit einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis erreichten in diesem Teil signifikant bessere Ergebnisse. Als einen Versuch zur Erklärung dieses "erstaunlichen" (Claußnitzer S.76) Ergebnisses beruft sich die Autorin auf die Hypothese der verminderten Ablenkbarkeit Schizophrener durch die Gesamtgestalt eines Reizes, der bewirken könnte, dass nicht auf den melodischen Zusammenhang geachtet wird, sondern tatsächlich nur auf die eigentliche Fragestellung: herauszufinden, welcher der Töne sich geändert hat.

B: EMPIRISCHER TEIL

I. Vorbereitende Untersuchungen

Die Entstehungsgeschichte meiner Studie geht auf zwei von mir betreute Diplomarbeiten aus dem Fachbereich Psychologie der Universität Diego Portales, Santiago, in den Jahren 1994 (Westphal, Sanpedro 1994) und 1997 (Vasquez, Barros 1997) zurück. Sie trugen im wesentlichen zur Gestaltung des Versuchdesigns der hier vorgestellten Untersuchung bei und ermöglichten einen Einblick in chilenische psychiatrische Institutionen. Ferner konnten mit ihnen die ersten Kontakte mit an dieser Art von Untersuchungen interessierten Ärzten hergestellt werden (In Chile ist Musiktherapie als Behandlungsmethode unbekannt; Forschungsarbeiten zum Thema liegen nicht vor).

Die aus den Voruntersuchungen gewonnenen praktischen Erkenntnisse deuteten darauf hin, dass die Bereitschaft zur Zusammenarbeit von Seiten des <rztlichen Personals sehr zufriedenstellend, während die Arbeitsbedingungen eher unzureichend waren: Es gab keinen für Untersuchungen dieser Art geeigneten schallisolierten Raum; Außengeräusche, z.B. Telefongeläute oder laute Stimmen anderer Patienten, vermochten leicht in das Versuchsgeschehen einzudringen.

I.1. Erste qualitative Ergebnisse

Was die Ergebnisse der Diplomarbeit von Vasquez und Barros, in der das hier vorliegende Versuchsdesign u.a. entwickelt und angewandt wurde, betrifft, ergaben sich folgende interessante Beobachtungen (1997, S.129-132): zum einen zeigte sich in der Gruppe der sechs untersuchten schizophrenen Patienten keine Schwierigkeit, die drei emotional unterschiedlich get{nten Musikpassagen zu unterscheiden und entsprechend der Erwartung zu beschreiben. In bezug auf die instrumentale Darstellung trauriger, fröhlicher und wütender Musik wurde beobachtet, dass die beiden ersten Gefühlsqualitäten im Verlauf des Tests deutlich besser pr<sentiert werden konnten, was sich aus der musikalischen

Analyse und dem Vergleich von Teil eins mit Teil vier ergab. Im Falle der dargestellten "wütenden Musik" zeigte sich keine entsprechende Veränderung: wer in Teil eins des Tests die Norm für "wütende Musik" nicht erfüllte, tat es auch in Teil vier des Tests nicht.

Der entscheidende Unterschied zwischen Studien- und Kontrollgruppe wurde im musikalischen Dialog gefunden, in dem die schizophrenen Patienten entweder in eine hier als "autistisch" oder als "symbiotisch" bezeichnete Spielwelt verfielen, so dass das musikalische Material der Therapeutin nicht benutzt wurde, oder, im Gegenteil, der Patient sich in seinem Spiel dem musikalischen Material der Therapeutin völlig anpasste. Patienten in "autistischer" Spielhaltung erklärten im Anschluss an das Spiel, die Musik der Therapeutin nicht wahrgenommen zu haben, während Patienten mit "symbiotischer" Spielhaltung von einer verspürten "Kommunikation" und "Kontakt" mit der Therapeutin sprachen. Die Kontrollgruppe zeigte eine deutliche "reife" Spielhaltung, was bedeutete, dass musikalische Elemente der Therapeutin aufgenommen und verarbeitet und eigenes neues Material in den Dialog eingebracht wurde.

Methode

II.1. Fragestellung zur eigenen Untersuchung

Zweck dieser Untersuchung war es, das musikalische Ausdrucksverhalten schizophrener Patienten (19 der 24 Personen litten unter einer paranoiden Schizophrenie, zwei Personen unter einer paranoid-katatonen und drei unter einer paranoid-hebefrenen Schizophrenieform) dem musikalischen Ausdrucksverhalten nichtpsychiatrischer Personen innerhalb eines vorgegebenen und standardisierten Versuchsaufbaues zu vergleichen. Das in der Voruntersuchung (Vasquez und Barros 1997) erprobte Testmaterial sollte auf eine größere Gruppe angewendet und quantitativ ausgewertet werden. Da klinische Beobachtungen das eher einseitige musikalische Ausdrucksverhalten bei schizophrenen Patienten in den Mittelpunkt stellen (siehe IV.1.2.), interessierte mich eine differenzierte Studie zum unterschiedlichen Umgang mit dem Medium Musik, nämlich a) musikalisches Darstellen von Gefühlsqualitäten ("traurig", "fröhlich", "wütend"), b) Musikhören und -beschreiben und c) musikalisches Dialogisieren.

Aufgrund der bereits erwähnten Vorergebnisse stellten sich mir folgende Fragen:

Wird die von der Studiengruppe als traurig, fröhlich und wütend dargestellte Musik von einer externen Ratergruppe als solche wahrgenommen?
Gibt es Unterschiede im Hinblick auf die gesunde Kontrollgruppe?
Entsprechen die verwendeten musikalischen Mittel den zu erwartenden?
Verändert sich das Spiel dieser Gefühlsqualitäten im Laufe der Untersuchungsreihe, d.h. gibt es zwischen den Ergebnissen von Versuchseinheit (VE) 1 und VE 4 signifikante Unterschiede?
Bewerten und beschreiben schizophrene und nicht schizophrene Personen eine unbekannte Musik ähnlich oder gegensätzlich?
Verhalten sich schizophrene Personen im musikalischen Dialog anders als nicht schizophrene Versuchspersonen?
Ist die musikalische Spielzeit bei schizophrenen Versuchspersonen länger, kürzer oder gleich wie bei der gesunden Kontrollgruppe?

II.2. Rekrutierung der Studiengruppe

Die Untersuchung fand im Instituto Psiqui-trico Dr. JosÈ Horwitz, einer traditionellen psychiatrischen Einrichtung mit ca. Betten, statt. Im Falle der 12 an der Studiengruppe beteiligten Frauen, wurde ich auf die Stationen 6 und 8 verwiesen, an denen akute Patientinnen im Durchschnitt über zwei Monate lang behandelt und betreut werden. Im Falle der Männer wurde ich auf den Sektor 7 verwiesen. In jedem Sektor halten sich bis zu 30 Patienten auf, es gibt drei große Schlafsäle, einen übergroßen Aufenthalts -und Essraum, sowie mehrere kleine Behandlungszimmer, einen Gruppenraum für ärztliche Teambesprechungen, das Schwesternzimmer und die sog. "Clinica", in der die Medikamente sowie die Akten der Patienten aufgehoben werden und im dem sich ständig einer der Pfleger oder Schwestern aufhält. Die Patienten sind vormittags in Beschäftigungstherapie, nachmittags haben sie im allgemeinen keine Aktivität. Patienten im besseren Zustand verbringen mehrere Stunden laufend oder sitzend im großen Anstaltsgelände. Es gibt täglich eine Stunde Besuchszeit.

Nachdem ich mein Projekt bei den jeweiligen Stationsärzten vorgestellt hatte, erfolgte die weitere Verständigung über die Stationsschwestern. Diese sollten wöchentlich diejenigen Patienten auswählen, die außer der Schizophrenie keine Zusatzdiagnose, wie z.B. Epilepsie, Alkohol -oder Drogenmissbrauch, geistige

Retardierung oder andere Organschäden, aufwiesen. Die untere Altersgrenze wurde auf 18 Jahre, die oberste auf 48 Jahre festgelegt. Per Telefonanruf erfuhr ich, ob ein Patient für den Test zur Verfügung stand. Im Durchschnitt konnten ein bis zwei Patienten/innen wöchentlich examiniert werden, wodurch der gesamte Zeitraum der Untersuchung etwa vier Monaten ausmachte. Eine der Patientinnen musste aufgrund einer unvorhersehbaren akut-psychotischen Symptomatik beim ersten Versuch ein zweites Mal getestet werden. Bei einem anderen Patienten musste wegen eines Gipsarmes die Untersuchung um mehrere Wochen verschoben werden. In den meisten Fällen befanden sich die Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung in stabilen Zustand, hatten Wochenendausgang und standen kurz vor ihrer Entlassung.

Zur Übersicht hier eine tabellarische Darstellung zu Alter, Diagnose und Medikament der einzelnen Patienten.

Tabelle 1a

Patient	Alter	Diagnose	Medikament
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Tabelle 1b

Patient	Alter	Diagnose	Medikament
1			
2			
3			

4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Zur gleichen Zeit, in der ich durch die Stationsschwester in Kenntnis gesetzt wurde, wurden die "potentiellen" Patienten befragt, ob sie an einem musikalischen Test, der von einer Psychologin für eine musiktherapeutische Untersuchung durchgeführt wurde, teilnehmen möchten. Hatten sie keine Einwände, wurde ein Termin festgelegt und die Person auf mein Kommen vorbereitet. Niemand lehnte die Teilnahme ab.

Es erfolgte nun die Durchsicht der klinischen Akte, wobei ich mehrmals feststellen konnte, dass Patienten nicht von vornherein als "paranoide Schizophrenie", sondern zu früheren Zeitpunkten z.B. als "schizoide Persönlichkeitsstruktur", "manisch-depressive Psychose" oder "reaktive Psychose", diagnostiziert worden waren. Ausschlaggebend zur Teilnahme an der Untersuchung war die letztgenannte Diagnose.

Unter den 24 an der Studie beteiligten und nach DSM-IV diagnostizierten schizophrenen Personen gehörten 19 der paranoiden Schizophrenieform, 3 der paranoid-hebefrenen und 2 der paranoid-katatonen Schizophrenieform an.

II.3. Rekrutierung der Kontrollgruppe

Die Kontrollgruppe sollte nach Alter, Geschlecht und Schulbildung mit der Studiengruppe gematcht sein. Daher wurden relativ gezielt geeignete Personen ausgesucht, zum Teil über Drittpersonen, die als Kontaktpersonen dienten, so dass Hauspersonal, Pförtner, Sekretärinnen, Laufburschen, Museumsangestellte, Büroangestellte und Hausfrauen diese Gruppe konstituierten.

Bedingung zur Teilnahme war a) eine berufliche Einbindung bzw. Stabilität im Verrichten der Alltagsaktivitäten, b) affektive Stabilität innerhalb der Familie,

dem/der Partner/in und/oder den eigenen Kindern und c) keine psychiatrisch-medikamentöse Behandlung - alles während der letzten drei Jahre. Drogenkonsum und Alkoholabhängigkeit waren ebenfalls Ausschlusskriterien. Diese Informationen wurden in einem halbstrukturierten Vorgespräch registriert.

In beiden Gruppen wurde zwecks optimaler Anpassung der Kontrollgruppe an die Studiengruppe der sogenannte Graffar-Test () angewendet. Dieses Protokoll hat in Ländern wie Chile einen wichtigen Stellenwert, da die sozialen Gefälle sehr groß sind und die Aufteilung in soziale Klassen bis heute besteht. Der Test gibt Auskunft zur Versuchsperson und deren Herkunftsfamilie, über Schulbildung, Wohnverhältnisse und selbst Bausubstanz der Häuser - letzteres in anbetracht der Tatsache, dass in demselben Stadtbezirk Menschen in Luxuswohnungen, andere in einfachsten Holzbaracken leben können (siehe Anhang).

II.4. Versuchsablauf - die vier Versuchseinheiten (VE 1-4)

Das Experiment wurde in beiden Gruppen unter vergleichbaren Voraussetzungen durchgeführt. Das Setting und die Versuchsanordnung waren identisch, der Untersuchungsort nicht: im Falle der Patienten wurde der etwa 20 m² große Gruppenraum im Krankenhaus benutzt, im Falle der Kontrollgruppe wurde der Test an drei verschiedenen Orten durchgeführt: Fünf Personen wurden auf ihrem Arbeitsplatz (Museum) getestet, weitere sechs in einem Sozialen Zentrum, an dem sie regelmäßig an Gruppenaktivitäten teilnahmen, die restlichen Dreizehn in meiner musiktherapeutischen Praxis. Es wurde jedes Mal die einfachste und für die Teilnehmer praktischste Lösung gesucht, um die Teilnahme zu garantieren und die Untersuchung auf die kürzeste Zeit zu beschränken. Es bestehen viele Vorurteile gegenüber psychiatrischen Krankenhäusern und eine Untersuchung der Kontrollpersonen dort hätte vermutlich eine angespannte, für diese spezifische Situation ungeeignete, Atmosphäre entstehen lassen.

Das Setting ähnelte von den Elementen her dem einer musiktherapeutischen Sitzung: einer spielt allein, man spricht, man spielt zusammen, man hört Musik, beschreibt Musik usw. und unterscheidet sich von ihm a) im Moment der Instrumentenwahl - das für die Studie verwendete Instrumentarium (Trommel, Dulcimer, Xylophon) ist vorgeschrieben, wengleich die Person in VE 1 und

VE 4 frei darüber entscheiden kann, welches der Instrumente sie für welche Gefühlsqualität benutzen möchte. Im Dialog, VE 3 des Tests, gibt es keine freie Instrumentenwahl. Die VP bekommt das Xylophon, die VL das Arquin "verschrieben" - b) in der Wahl der vorgestellten Musikstücke: es handelt sich um eigens für den Zweck komponierte Musik (siehe Anhang).

Das auditive Material aus VE 2 der Untersuchung wurde durch eine Pilotstudien­gruppe (N=138) vorgetestet und auf ihre Aussagekraft hin untersucht (s. Ergebnisse).

Die genauen Anweisungen lauteten folgendermaßen:

VE 1

Bitte wählen sie eines der drei vor ihnen stehenden Instrumente aus und stellen Sie eine für Sie traurige Musik dar.

Bitte wählen Sie nun dasselbe oder ein anderes Instrument und stellen eine für Sie fröhliche Musik dar.

Stellen Sie nun als letztes eine für Sie wütende Musik dar, auch hier können Sie ein bereits gespieltes oder ein noch nicht gewähltes Instrument benutzen.

VE 2

Ich werde Ihnen im folgenden drei Musikstücke vorspielen. Nach jedem Stück werden wir kurz darüber sprechen, wie es auf Sie gewirkt hat, wie Sie es empfunden haben, ob Sie sich etwas während des Hörens vorgestellt haben und welche Emotion Sie dem Stück zuteilen würden.

VE 3

Nehmen Sie nun bitte dieses Instrument (Glockenspiel). Ich werde dieses hier benutzen (Arquin). Wir werden einen musikalischen Dialog spielen, d.h. ein abwechselndes Hin und Her auf den Instrumenten.

VE 4

Zum Schluss möchte ich Sie noch einmal darum bitten, Teil 1 dieses Tests zu wiederholen, d.h., eine traurige, eine fröhliche und schließlich eine wütende Musik darzustellen. Die Instrumentenwahl ist Ihnen wieder freigestellt.

a) Bitte wählen sie eines der drei vor ihnen stehenden Instrumente aus und stellen Sie eine für Sie traurige Musik dar.

Bitte wählen Sie nun dasselbe oder ein anderes Instrument und stellen eine für Sie fröhliche Musik dar.

Stellen Sie nun als letztes eine für Sie wütende Musik dar, auch hier können Sie ein bereits gebrauchtes Instrument oder ein noch nicht gewähltes Instrument benutzen.

II.5. Hypothesen

Hypothese 1

Die Personen der Studiengruppe - schizophrene Versuchspersonen - stellen die drei Gefühlsqualitäten traurig, fröhlich, wütend, wenig oder gar nicht differenziert dar. Das Spielen ist a) durch ein allgemeines Fehlen melodischer Phrasen, b) durch sehr lautes oder sehr leises Spielen und c) durch rhythmische Wiederholungen gekennzeichnet .

Hypothese 2

Schizophrene Versuchspersonen erkennen und beschreiben die in den vorgespielten Musikpassagen beabsichtigten Gefühlsqualitäten korrekt.

Hypothese 3

Schizophrene Versuchspersonen gehen im musikalischen Dialog nicht oder wenig auf die Angebote der Musiktherapeutin ein. Die zu erwartenden vorwiegenden Interaktionsformen sind "Imitieren", "Sich isolieren" und "Fragmentieren".

Hypothese 4

Schizophrene Versuchspersonen verändern ihr Spielverhalten zwischen VE 1 und VE 4 des Tests nicht, sondern behalten ihre ursprüngliche Spielweise zu "traurig", "fröhlich", "wütend" bei. In der Kontrollgruppe sind aufgrund einer schnelleren Anpassungsleistung "Verbesserungen" erkenntlich.

Hypothese 5

Die Spieldauer der musikalischen Phrasen im Dialog ist bei den schizophrenen Versuchspersonen kürzer als bei der gesunden Kontrollgruppe.

II.6. Testmaterial

II.6.1. Instrumentenbeschreibung für VE 1 und VE 4

Der Versuchsperson stehen drei Instrumente zur Verfügung: die Trommel, das Dulcimer und das Xylophon. Die Instrumente unterscheiden sich in vielfacher Weise:

- a) Die Trommel ist ein Schlag -und Rhythmusinstrument, auf dem keine melodischen Wirkungen erzielt werden können. Die Variationsmöglichkeiten im Spielen liegen in der Geschwindigkeit, im Rhythmus und in der Lautstärke. Der Klang ist kurz und dumpf. Es können ein oder zwei Schlegel verwendet werden.
- b) Das Dulcimer ist ein Metallsaiteninstrument, bestehend aus ca. 20 Tönen, die pentatonisch gestimmt sind. Jeder Ton ist mit drei Saiten versehen, so dass kleine harmonische Unreinheiten den Klang charakterisieren. Durch das Anschlagen mit zwei Holzklöppeln entsteht ein nachschwingender Ton. Es kann sowohl melodisch als auch rhythmisch gespielt werden. Die pentatonische Stimmung erzeugt einen orientalischen, eher melancholischen Höreindruck.
- c) Das chromatische Xylophon ist von der Klangfarbe her das schrillste der drei Instrumente. Es erlaubt melodisches, rhythmisches und harmonisches Spiel. Seine Größe, sein Klang und sein Bekanntheitsgrad appellieren an kindliche Assoziationen. Es kann mit ein oder zwei Schlegeln gespielt werden.

II.6.2. Die komponierten Hörbeispiele für VE 2*

Das auditive Material wurde nach den im folgenden Schema aufgeführten musikalischen Kriterien erstellt:

Traurige Musik

Melodie : repetitiv regelmäßig, repetitiv unregelmäßig
Rhythmus : unregelmäßig
Tempo : langsam oder schreitend
Volumen** : pp-p

Fröhliche Musik:

Melodie : melodiös oder repetitiv regelmäßig
Rhythmus : regelmäßig
Tempo : schreitend
Volumen : mf-f

Wütende Musik:

Melodie : keine Melodie*** oder repetitiv unregelmäßig

Rhythmus : markant unregelmäßig
Tempo : schnell
Volumen : f-ff

* Partituren im Detail: siehe Anhang

** Das Parameter Volumen ist bei Beltrán nicht erwähnt und wurde von der Arbeitsgruppe hinzugefügt; stattdessen wurden die vom Autor vorgeschlagenen Parameter Klangfarbe, Tonhöhe und Harmonie hier nicht berücksichtigt.

*** Diese Variable ist bei Beltrán nicht vorzufinden und wurde von der Arbeitsgruppe hinzugefügt, unter Berücksichtigung auf die in Teil 1 und 4 von den Untersuchungspersonen verwendete Trommel.

Diese musikalischen Eigenschaften wurden Luis Beltrán (1984) als kompositionstechnische Hinweise für Filmmusik, speziell in Hinblick auf die Darstellung gefühlsbetonter Szenen, veröffentlicht (siehe Anhang). Es sind dies dieselben Kriterien wie sie zur Beurteilung der Darstellung der Gefühlsqualitäten in VE 1 und VE 4 benutzt wurden.

II.6.3. Instrumentenbeschreibung für VE 3

Die Instrumente der Versuchsperson und der VL sind festgelegt: Erstere spielt auf dem Xylophon, die VL auf dem Arquin, ein dem Xylophon sehr ähnlichem Instrument, sowohl vom Klang als vom musikalischen Aufbau her: mit einem Nylon verbundene Aluminiumröhren innerhalb eines trapezförmigen Metallrahmens, diatonisch geordnet. Das Instrument ist wird mit der einen Hand gehalten, mit der anderen mit einem Schlegel angeschlagen. Es wurden deshalb zwei ähnliche Instrumente ausgewählt, da dies der Versuchsperson das Imitationsspiel, eines der vermuteten Interaktionsstrukturen, am besten erlaubt. Außerdem sind das Xylophon und das Arquin Instrumente, mit denen sowohl Rhythmus, als auch Melodie und Harmonie gespielt werden können, d.h. vom musikalischen Ausdruck her die am umfangreichsten. Das Problem dieser zwei Instrumente im Zusammenspiel besteht in dem zunehmend schrillen Klang, der nach längerem Spiel eine unangenehme Wirkung erzeugen kann.

Der Dialog war vom Prinzip her ein freies Spiel, dennoch sollten im Spiel der Versuchsleiterin traurige, fröhliche und wütende Elemente (wie vorher beschrieben) eingebaut werden - da, wo es vom Kontext her sinnvoll erschien. Das bedeutete u.a. langsames, unregelmäßiges und leises Spiel als Signal des traurigen Ausdrucks, gleichmäßig-rhythmische Spiel mittlerer Lautstärke als

Signal des fröhlichen Ausdrucks und rhythmisch-unregelmäßiges und lautes Spiel als Signal des wütenden Ausdrucks.

II.6.4. 8 Items zum musikalischen Interaktionsverhalten - Beschreibung und Operationalisierung

Die in VE 2 zu untersuchenden Interaktionsformen basieren sowohl auf den bei schizophrenen als auch bei nicht schizophrenen Personen beobachteten musikalischen Verhaltensmustern in einem musiktherapeutischen Dialogspiel (siehe IV.1.2.): wiederholen, anbieten, imitieren, perseverieren, dominieren, unterbrechen, sich isolieren und fragmentieren.

Im folgenden wird dargestellt, wie die Items nach musikalischen Kriterien operationalisiert wurden:

Wiederholen: die VP wiederholt einzelne Muster der von der Musiktherapeutin angebotenen Phrasen (rhythmische oder melodische Muster).

Anbieten: die VP entwickelt auf dem Boden einer gelungenen Wiederholung eigene neue Spielmuster und bringt diese in den Dialog ein.

3. Imitieren: die VP imitiert Ton für Ton die von der VL angebotene(n) Musikpassage(n).

4. Perseverieren: die VP bleibt an einem der von der VL vorgespielten Muster kleben und wiederholt dieses mehrmals.

Dominieren: die VP spielt lauter und schneller als die VL.

Unterbrechen: die VP fällt in das Spiel der VL ein, bevor diese ihren musikalischen "Satz" beendet hat.

Sich isolieren: die VP hält an einem oder mehreren eigenen Spielmustern fest und wiederholt diese.

Zusammenhangslos: die VP spielt unzusammenhängende musikalische Phrasen; es handelt sich weder um eigene noch um wiederzuerkennende Muster der VL, sondern um immer neue Einwüfe.

II.7. Die Ratergruppen I und II

II.7.1. Ratergruppe I

Die erste Ratergruppe setzte sich aus folgenden drei Personen zusammen: 1. ein ehemaliger Diplomand (Westphal - siehe Westphal, Sanpedro 1994), Psychologe und Amateurmusiker, 2. ein angehender Psychologe mit Selbsterfahrung in Musiktherapie und Amateurmusiker und 3. die Verfasserin der Untersuchung. Der Einwand, da die VL am Rating nicht teilnehmen sollte, wurde dadurch aufgehoben, dass zwischen der Untersuchung und dem Rating mehrere Monate vergangen waren und da die Musikbeispiele (in einem Falle 48, im anderen 98) von einer dritten Person durcheinander zusammengestellt worden waren. Zudem waren die Beurteilungskriterien im Falle der VE 1 und VE 4 objektiv festgelegt. Im Falle von VE 2 wurde diese mittels Konsensskala beurteilt.

II.7.2. Ratergruppe II

Die zweite Ratergruppe sollte eine nicht mit der Untersuchung vertraute Personengruppe sein, die die 144 (N=48 x 3 Gefühlsqualitäten) in VE 4 dargestellten Musikstückchen auf einer Eindrucksskala (siehe Anhang) einstufen sollte. Dafür wurden drei psychologisch und musikalisch vorgebildete Personen ausgewählt.

II.8. Erhebungsmaterial

Die Auswertung des Materials wurde von den zwei genannten Ratergruppen durchgeführt: Ratergruppe 1 (N=3), die ebenfalls bei der Entwicklung des Testmaterials mitwirkte und sich anschließend einer Trainingsphase unterzog. Diese Gruppe übernahm die Beurteilung von VE 1, VE 4 (objektive Bewertung der Gefühlsdarstellung) und VE 3 (Dialogverhalten). Die subjektive Eindrucksbeurteilung von VE 1 und VE 4 wurde von der zweiten unabhängigen Ratergruppe (N=3) durchgeführt, die mit der Untersuchung nicht vertraut war und allein aufgrund ihrer musikalischen und psychologischen Sensibilität ausgewählt wurden.

II.8.1. Musikalische Beschreibungsskala für Gefühlsqualitäten

Aus den von Beltrán (1984) entnommenen Darstellungskriterien für "traurig", "fröhlich" und "wütend" in der Musik ergaben sich drei bzw. vier Beurteilungsmöglichkeiten pro Variable (Melodie, Rhythmus, Bewegung,

Volumen). Durch eine bestimmte Kombination dieser vier Spielvarianten ergibt sich der jeweilige Gefühlseindruck (siehe II.6.2.)

MELODIE

repetitiv regelmäßig	1
repetitiv unregelmäßig	2
melodiös	3
ohne Melodie	4

RHYTHMUS

regelmäßig	1
unregelmäßig	2
markant unregelmäßig	3

BEWEGUNG

langsam	1
schreitend	2
schnell	3

VOLUMEN

pp-p	1
mf-f	2
ff	3

Zur einheitlichen Beurteilung der Parameter Tempo und Volumen wurde eine Standardkassette hergestellt, die die Normen für "langsam", "schreitend", "schnell", ebenso für "pianissimo", "piano", "mezzoforte", "forte" und "fortissimo" festlegte. Jedem der drei Rater wurde diese Kassette zur Verfügung gestellt.

Das Verfahren der Beurteilung wurde folgendermaßen festgelegt: jeder Rater war Experte für eine der Gefühlsqualitäten, so dass er/sie sich entweder nur mit "traurig", nur mit "fröhlich" oder nur mit "wütend" beschäftigte. Die Tatsache, dass von jedem Rater 96 Hörbeispiele geratet werden mussten, veranlasste uns dazu, mit mehreren Pausen zu arbeiten. Nur so konnten eine optimale Konzentration und Aufmerksamkeit gewährleistet werden. □□

□

II.8.2. Eindrucksskala zur Erfassung von Gefühlsqualitäten in der Musik

Es wurde eine aus 18 Items bestehende Wortliste erstellt, die auf die von Beltrán unter den Kategorien "traurig", "fröhlich", "wütend" zusammengefassten

Synonymen aufbaut. Diese Liste wird nach dem Anhören jedes der 144 Musikstücke ausgefüllt. Am Ende des Fragebogens werden die Rater gefragt, ob sie die Musik eher als "traurig", "fröhlich" oder "wütend einstufen würden.

II.8.3. Halbstrukturierter Erfassungsbogen zur Beschreibung und Einstufung von Musikstücken

Es handelt sich um protokollarische Aufzeichnungen unmittelbar nach dem Vorspiel jedes der drei Musikpassagen aus VE 2. Die VP wird gefragt a) wie das Stück auf sie gewirkt hat, b) ob die Musik ein Bild erzeugt hat, wenn ja, welches und c) welche Gefühlsqualität beim Hören am ehesten angesprochen wurde.

II.8.4. Rating-Skala zur Musikalischen Interaktion im Dialog (MID-rs)

Die Ratergruppe 1 beurteilt, zunächst unabhängig voneinander, die gehörten Dialogbeispiele. Die Ergebnisse werden verglichen und, im Falle von Divergenzen, diskutiert. In einer Konsensskala werden die endgültigen Ergebnisse eingetragen.

Musikalische Interaktion im Dialog (MID-rs=):

	niemals 1	manchmal 2	häufig 3	fast immer 4	immer 5
wiederholen					
anbieten					
imitieren					
beharren					
dominieren					
unterbrechen					
sich isolieren					
ungebunden					

II.8.5. Quantitative Auswertung des Dialogs

II.8.5.1. Anzahl der Antworten

Die Dauer des Dialogs ist nicht festgelegt. Dadurch ergeben sich Dialoge verschiedener Länge. Die VL beendet den Dialog dann, wenn die drei Gefühlsqualitäten durchgespielt sind und der Eindruck entsteht, dass der Dialog zu einem Ende kommen kann (im allgemeinen nach circa drei bis vier Minuten). Aufgrund der dialogischen Struktur entsprechen sich die Anzahl der "Antworten" von VP und VL numerisch. Sie werden für die Analyse ausgezählt.

II.8.5.2. Dauer der Antworten

Die Dauer der Aussagen der VP und VL werden in Sekunden gemessen. Es werden die kürzeste und die längste Antwortdauer aufgezeigt, ebenso die Durchschnittsdauer.

II.8.5.3. Zeitliches Verhältnis zwischen VP und VL im Hinblick auf die Gesamtlänge

In welchem Verhältnis stehen die Fragen und Antworten der beiden Partner zueinander, bzw. welcher der beiden Spieler besetzt welchen Zeitraum? Es wird in Sekunden gemessen und auf Prozente umgerechnet.

II.8.5.4. Gemeinsame Spielzeit von VP und VL pro Dritteinheit

Es wird eine Drittelteilung des Dialogs nach Gesamtanzahl der gegebenen Antworten vorgenommen. Es wird berechnet, in welchem zeitlichen Verhältnis die vorher bestimmten Drittel zueinander stehen, das heißt: welcher Zeitraum wird, bei gleicher Zahl der Antworten, pro Drittel besetzt? Die Spielzeiten von VP und VL werden in diesem Fall zusammengezogen.

III. ERGEBNISSE

III.1. Graffar-Test zur Parallelisierung von Studien -und Kontrollgruppe

III.2. Expertenurteil Ratergruppe 1: Analyse der Darstellung von Gefühlsqualitäten unter Berücksichtigung der Variablen Rhythmus, Melodie, Bewegung und Volumen

III.2.1. Interraterreliabilität

III.2.2. Studiengruppe VE 1: "traurig", "fröhlich", "wütend"

III.2.3. Kontrollgruppe VE 1: "traurig", "fröhlich", "wütend"

III.2.4. Studiengruppe VE 4: "traurig", "fröhlich", "wütend"

III.2.5. Kontrollgruppe VE 4: "traurig", "fröhlich", "wütend"

III.2.6. Gegenüberstellung der Ergebnisse von VE 1 und VE 4

III.2.7. Hypothesentestung (Hypothesen 1 und 5)

III.2.8. Eindrucksskala Ratergruppe 2: subjektiver Eindruck im Hinblick auf die dargestellten Gefühlsqualitäten in VE 4

III.2.9. Gegenüberstellung von VE 4-objektiv und VE 4-subjektiv

III.2.10. Hypothesentestung (Hypothese 2)

III.3. Pilotstudie zur Erprobung des auditiven Testmaterials

III.4. Verbale Bezeichnung der Gefühlsqualitäten in VE 2

III.4.1. Studiengruppe

III.4.2. Kontrollgruppe

III.4.3. Hypothesentestung (Hypothese 3)

III.5. Dialogverhalten - musikalische Interaktion in VE 3

III.5.1. Studiengruppe versus VL

III.5.2. Kontrollgruppe versus VL

III.5.3. Hypothesentestung (Hypothese 4)

III.6. Dialogverhalten - zeitliche Interaktion in VE 3

III.6.1. Gesamtspielzeit Studiengruppe versus VL

III.6.2. Gesamtspielzeit Kontrollgruppe versus VL

III.6.3. Hypothesentestung (Hypothese 6)

III.6.4. Gemeinsame Spielzeit von VP und VL pro Dritteinheit

III.6.5. Hypothesentestung (Hypothese 7)

DISKUSSION

ANHANG

1. Kompositionsschema für die musikalische Ambientation, nach Beltr'n (1984)

GEFÜHLSKATEGORIE MUSIKALISCHE PARAMETER

Subskala 1: L e i d

Sehnsucht	Klangfarbe : düster oder warm
Verzweiflung	Tonhöhe : grave oder subgrave *
Bestürzung	Harmonie : moll oder atonal
Traurigkeit	Melodie : regelm. oder unregelmäßig
Reue	Bewegung : langsam oder ruhig
Mutlosigkeit	Rhythmus : unregelm., nicht perkussiv
	Volumen : piano, pianissimo **

Subskala 2: G ü t e

Gelassenheit	Klangfarbe : warm oder klar
Freude	Tonhöhe : mittel oder hoch
Höflichkeit	Harmonie : Dur
Ehrfurcht	Melodie : melod. od. regelm. Wdh.
Bescheidenheit	Bewegung : ruhig
Liebe	Rhythmus : regelm., nicht perkussiv
Mitleid	Volumen : mezzoforte
Nachsicht	

Subskala 3: A u f r e g u n g

Unruhe	Klangfarbe : klar und schrill
--------	-------------------------------

Überspanntheit	Tonhöhe	: mittel, hoch oder tief
Gewalt	Harmonie	: atonal
Heftigkeit	Melodie	: unregelmäßig
Zorn	Bewegung	: unregelmäßig
Wut	Rhythmus	: betont, unregelmäßig
Schrecken	Volumen	: forte
Abscheu		
Geistige Verwirrung		

27,5	55	110	220	440	880	1760
2520	5040					

Subgrave	Grave	Mittel	Hoch
sehr hoch			

** = das Parameter Volumen wurde von Beltrán nicht miteinbezogen. Wir hielten es für ein sehr wichtiges Unterscheidungsmerkmal und haben es deshalb in die Liste der musikalischen Parameter mitaufgenommen.

2. Adjektivliste zur Erfassung der Gefühlsqualitäten

Die zur Bewertung der von den VP's dargestellten Gefühlsqualitäten "freudig", "traurig", "wütend" benutzte Adjektivliste wurde aus oben genannten Begriffen abgeleitet und ergab folgende 18 Items:

Zur Beurteilung wird folgende Werteskala angewendet:

- 1= gar nicht
- 2= ein bißchen
- 3= viel
- 4= sehr viel

1 2 3 4

- sehnsüchtig (melancolia)
- verzweifelt (deseperanza)
- unruhig (desasosiego)
- bescheiden (humildad)
- gewaltig (violencia)
- traurig (tristeza)
- mutlos (desaliento)
- reumütig (arrepentimiento)
- fröhlich (alegria)
- erschrocken (terror)
- liebepoll (amor)
- bestürzt (turbacion)
- mitleidig (compasion)
- nachsichtig (indulgencia)
- wütend (rabia)
- höflich (cordialidad)
- mit Abscheu (horror)
- geistig verwirrt (desorden mental)

3. Die Musikbeispiele

- "Traurig"
- "Freudig"
- "Wütend"

4.

BIBLIOGRAFIA

Aldridge D: Music Therapy Research: a review of the medical research literature within a general context of music. *The Arts in Psychotherapy* 20: 11-35 (1993)

Alvin J: Musiktherapie. Ihre Geschichte und ihre moderne Anwendung in der Heilbehandlung. Deutscher Taschenbuch München, S. (1984)

Barrelet L, Ferrero F, Szigethy L, Giddey C, Pellizzer G: Expressed Emotion and First-Admission Schizophrenia. Nine Month Follow-up in a French Cultural Environment. *British Journal of Psychiatry* 156: 357-362 (1990)

Bateson G: Verso und ecologia della mente. 5. Aufl, Adelphi Milano, S. 293-302 (1985)

Bauer S: Musicoterapia y Esquizofrenia. El tratamiento psicológico específico en una enfermedad mental. *Revista de Psiquiatria XIII/*: 107-113 (1996)

Bebbington P, Kuipers: The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. *Psychol Med* 24: 707-718 (1994)

Benenzon R: Teoría de la musicoterapia. Ed. Mandala, Madrid, S. (1991)

Berndl K, Grüsser O-J, Martin M, Remschmidt H: Comparative Studies on Recognition of Faces, Mimic and Gestures in Adolescent and Middle-aged Schizophrenic Patients. *Eur Arch Psychiatry and Neurological Sciences* 236: 123-130 (1986)

Bleuler E: Lehrbuch der Psychiatrie. 11. Auflage umgearbeitet von Manfred Bleuler, Springer, Berlin Heidelberg New York, S. 369-423 (1969)

Böttcher F, Kerner U: Methoden in der Musikpsychologie. Peters, Leipzig, Kap.2-7 (1978)

Bowlby, J: El vínculo afectivo. Paidós, Buenos Aires (1993)

Brückner J, Mederacke I, Ulbrich C: Musiktherapie für Kinder. VEB Volk und Gesundheit, Berlin, S. (1982)

Bruhn H: Traditionelle Methoden der Musikbeschreibung. In: Bruhn H, Oerter R, Rösing H (Hrsg.): Musikpsychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen. Urban&Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S. 494-501 (1985)

Bruhn H, Oerter R, Rösing H (Hrsg.): Musikpsychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen. Urban&Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S. (1985)

Büchler M: Musik und ihre Psychologien. Fachbuchhandlung für Psychologie, Verl-Abt, Eschborn bei Frankfurt, S. 53-71 (1987)

Cierpka M: Zur Diagnostik von Familien mit einem schizophrenen Jugendlichen. Med Habilitationsschrift für das Fach Psychotherapie, Universität Ulm 1990

Claußnitzer S, Mecklenbeck F: Gruppenimprovisation in der Musiktherapie als psychiatrische Diagnosehilfe. Vortrag am 8. Weltkongress der Musiktherapie in Hamburg 1996

Claußnitzer S: Musiktherapie in der Psychiatrie. Musikalische Wahrnehmung und musikalischer Ausdruck im Vergleich diagnostischer Gruppen. Med Dissertation, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf 1996

Creer C, Wing J K: Der Alltag mit schizophrenen Patienten. In: Katschnig H (Hrsg) Die andere Seite der Schizophrenie. Patienten zu Hause. Psychologie Verlags Union München, S. 97-164 (1989)

De la Motte-Haber H: Handbuch der Musikpsychologie. 2. erg. Auflage, Laaber Verlag, Laaber, S.150-214 (1985)

Ekman P: Facial expression. In: Siegman und Feldstein (Hg): Nonverbal Behavior and Communication. Hillsdale, S. 97-116 (1978)

Ey H., Bernard P, Brisset Ch: Tratado de Psiquiatria. 8. Aufl der 5. franz. Aufl Masson, Barcelona, S. (1978)

Dilling H. (Hrsg): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V(F), klinisch-diagnostische Leitlinien, Weltgesundheitsorganisation, 1. Aufl, Hans Huber, Bern Göttingen Toronto, S. 93-117 (1991)

Dworkin R, Cornblatt B, Friedmann R, Kaplansky L, Lewis J, Rinaldi A, Shilliday C, Erlenmeyer-Kimling L: Childhood Precursors of Affective vs. Social Deficits in Adolescents at Risk for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 19, S. (1993)

Frijda N: Die Gesetze der Emotionen. *Zsch psychosom Med* 42: 205-221 (1996)

Gaebel W, Wölwer W: Affektstörungen schizophrener Kranker. *Klinik-Grundlagen-Therapie*. Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln, S. (1996)

Gembris H: Musiktherapie und Musikpsychologie - Möglichkeiten einer interdisziplinären Kooperation. *Musiktherapeutische Umschau* 12: 279-297 (1991)

Goldstein M, Rosenfarb I, Woo S, Nuechterlein K: Intrafamilial relationships and the course of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 384: 60-66 (1994)

Hengesch G: Zur Praxis der Gruppenimprovisation in der musiktherapeutischen Behandlung schizophrener Patienten. In: Revers W, Harrer S, Simon W (Hrsg): *Neue Wege zur Musiktherapie*, 1. Aufl Econ, Düsseldorf, S. (1974)

Hochschild A: Soziologie der Emotionen. *Zsch psychosom Med* 42: 222-234 (1996)

Hoffmann P: Schöpferische Musiktherapie bei Menschen mit chronischem Schmerz. *Musiktherapeutische Umschau* 18: 3-14 (1997)

Hufnagel H, Steimer-Krause E, Krause R: Mimisches Verhalten und Erleben bei schizophrenen Patienten und bei Gesunden. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* XX: 356-370 (1991)

Huguelet P, Favre S, Binyet S, Gonzalez C, Zabala I: Stability and predictive role of emotions, expressed by families in the development of a cohort of schizophrenic patients in the course of five years. *Ann Med Psychol Paris* 153: 687-695 (1995)

Jörg M, Dinter R, Rose F, Villalba-Yantorno P, Esser G, Schmidt M, Laucht M: Kategoriensystem zur Mikroanalyse der frühen Mutter-Kind-Interaktion. *Kinder-Jugendpsychiatrie* 22: 97-106 (1994)

Jones P, Cannon M: The New Epidemiology of Schizophrenia. In: Buckley P (Guest Editor) *The Psychiatric Clinics of North America. Schizophrenia*, Bd. 21, Saunders Company, Philadelphia, S. 1-25 (1998)

Jourdain R: Das wohltemperierte Gehirn. Wie Musik im Kopf entsteht und wirkt. *Spektrum*, Heidelberg Berlin, S.293-328 (1998)

Kanas N: *Group Therapy for Schizophrenic Patients*. American Psychiatric Press, Washington London, S. 1-11 (1996)

Kneutgen J: Freie Improvisation als eindeutige Kommunikationsmöglichkeit für schizophrene Erkrankte. *Therapie der Gegenwart* 119: 1025-1046 (1980)

Köhler. L: Neuere Ergebnisse der Kleinkindforschung. *Forum der Psychoanalyse* 6: 32-51 (1990)

Kraepelin E: *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Bd.3, 8.Aufl, Barth Leipzig, S. (1913)

Krause R: Zur Onto-und Phylognese des Affektsystems und ihre Beziehungen zu psychischen Störungen. *Psyche* 37: 1016-1043 (1983)

Krause R: Eine Taxonomie der Affekte und ihre Anwendung auf das Verständnis der "frühen " Störungen. *Psychother med Psychol* 38: 77-86 (1988)

Krause R, Steimer-Krause E, Ullrich B: Anwendung der Affektforschung auf die psychoanalytisch-psychotherapeutische Praxis. *Forum Psychoanal* 8: 238-253 (1992)

Krause R: Über Gefühle - eine Einführung. *Zsch psychosom Med* 42: 195-204 (1996)

Kring A, Kerr S, Smith D, Neale J: Flat affect in schizophrenia does not reflect diminished subjective experience of emotion. *J Abnorm Psychol* 102: 507-17 (1993)

Kring A, Neale J: Do schizophrenic patients show a disjunctive relationship among expressive, experiential, and psychophysiological components of emotion? *J Abnor Psychol* 105: 249-57 (1996)

Kunkel S: Sein oder Nicht-Sein. Musiktherapie mit einem schizophrenen Patienten. In: Tüpker R (Hrsg.) *Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis und Forschung*, Lit Verlag Münster, S. 61-102 (1996)

Lange J: *Kurzgefasstes Lehrbuch der Psychiatrie*, Georg Thieme, Leipzig, S. 158-193 (1935).

Langenberg M: Vom Handeln zum Be-Handeln: Darstellung besonderer Merkmale der musiktherapeutischen Behandlungssituation im Zusammenhang mit der freien Improvisation. In: *Stiftung Rehabilitation, Heidelberg (Hrsg.) Heidelberger Schriften zur Musiktherapie, Bd 3*, Fischer Stuttgart New York, S. 1-44 (1988)

Leitzmann A: *Beethovens Briefe und persönliche Aufzeichnungen*. Insel Leipzig, S. (ohne Jahresangabe)

Lewis S, Garver D: Treatment and diagnostic subtype in facial affect recognition in schizophrenia. *J Psychiatr Res* 29: 5-11 (1995)

Marinovic, M: La funciOn psicolOgica de las Artes. *Letras de Deusto* 62: 199-207 (1994)

Marx W: Freie Assoziationen und Ähnlichkeitsberechnungen. In: Bruhn H, Oerter R, Rösing H (Hrsg.): *Musikpsychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen*. Urban&Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S. (1985)

Messer Ch: *Musiktherapie und Schizophrenie*. Med Dissertation Freie Universität Berlin 1998

Milch EW, Putzke M: Auswirkungen der Kleinkindforschung auf das Verständnis von Psychosen. *Forum der Psychoanalyse* 7: 271-282 (1991)

Mosch U: Boulez und Cage: Musik in der Sackgasse? In: *Deutsches Institut für Fernstudien an der Univ. Tübingen (Hrsg) Funkkolleg Musikgeschichte. Europäische Musik vom 12.-20. Jahrhundert, Studienbegleitbrief 12*, Schott Mainz, S. 67-132 (1988)

Moser J: Der Gong in der Behandlung früher Schädigungen. In: Frohne-Hagemann I (Hrsg) Musik und Gestalt. Klinische Musiktherapie als Integrative Psychotherapie, Junfermann Paderborn, S. 229-250 (1990)

Müller-Braunschweig H: Die Wirkung der frühen Erfahrung: das erste Lebensjahr und seine Bedeutung für die psychische Entwicklung. Ernst Klett, Stuttgart, S. 16-103 (1975)

Neugebauer L: Musik als Dialog - eine Untersuchung zu physiologischen Veränderungen während der Musiktherapie. Musiktherapeutische Umschau 19: 29-43 (1998)

Paposek M: Frühe Phasen der Eltern-Kind-Beziehungen. Prax Psychother Psychosom 34: 109-122 (1989)

Pavlicevic M, Trevarthen C, Duncan J: Improvisational Music Therapy and the Rehabilitation of Persons Suffering from Chronic Schizophrenia. Journal of Music Therapy XXXI: 86-104 (1994)

Pekrun R: Musik und Emotion. In: Bruhn H, Oerter R, Rösing H (Hrsg.): Musikpsychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen. Urban&Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S. 180-188 (1985)

Petersen P: Wie begegne ich Dir? Der Dialog als integrales Element von Therapie. Musiktherapeutische Umschau 13: 48-54 (1992)

Petzold H: Gong-Singen, Gong-Bilder und Resonanzbewegung. Intermediale Prozesse in der Integrativen Therapie In: Frohne-Hagemann I (Hrsg) Musik und Gestalt. Klinische Musiktherapie als Integrative Psychotherapie, Junfermann Paderborn, S. 183-228 (1990)

Reichelt R: Aspekte einer kausalen Musiktherapie mit schizophrenen Patienten. Diplomarbeit im Rahmen des Aufbaustudium Musiktherapie an der Hochschule für Musik und Darstellende Kunst Hamburg 1989

Reinecke H.P: Kommunikative Musiktherapie. In: Harrer G (Hrsg) Grundlagen der Musiktherapie und Musikpsychologie, Gustav Fischer Stuttgart, S. 99-111 (1976)

Reinecke H.P: Über die emotionellen Kategorien des musikalischen Hörens. In: Datenverarbeitung AEG-Telefunken 3, S. 13-17 (1970)

Scharfstetter Ch: Schizophrene Menschen. Urban Schwarzenberg, München, S. (1983)

Schmidt S: Der musikalische Dialog mit depressiven Patienten. Die Implementierung einer Methode zur Dokumentation und Analyse musikalischer Dialoge und deren Validierung an einer klinischen Gruppe. Dissertation zum Dr biol hum, Universität Ulm 1994

Schmidt S, Otto H, Oerter U, Czogalik D: Grundannahmen der Musiktherapie. In: Bolay V (Hrsg) Grundlagen zur Musiktherapieforschung, Gustav Fischer, Stuttgart Jena New York, S. 3-15 (1996)

Schmidt-Atzert L: Lehrbuch der Emotionspsychologie, Kohlhammer Stuttgart, Berlin, Köln, S. (1996)

Schmölz A: Das instrumentale Partnerspiel. In: Decker-Voigt HH (Hrsg) Handbuch Musiktherapie, Eres Lilienthal/Bremen, S. 58 (1983)

Schmölz A: Entfremdung - Auseinandersetzung - Dialog. Zur Komplexität des musiktherapeutischen Beziehungsgeschehens. Sonderdruck. In: Musik und Kommunikation, Bd 2, Eres Lilienthal/Bremen, S. 1-15 (1988)

Schneider K: Klinische Psychopathologie. 12. unveränderte Auflage, Georg Thieme Stuttgart New York, S. 89-146 (1980)

Schneider F, Gur R, Shtasel D: Emotional processing in schizophrenia: neurobehavioral probes in relation to psychopathology. Schizophr Res 17: 67-75 (1995)

Schwabe Ch: Regulative Musiktherapie. Gustav Fischer, Stuttgart New York, S. (1979)

Schwabe Ch: Methodik der Musiktherapie und deren theoretische Grundlagen. 2. durchgesehene Aufl, Johann Ambrosius Barth, Leipzig, S. (1980)

Schwabe Ch: Aktive Gruppenmusiktherapie für erwachsene Patienten. Georg Thieme, Leipzig, S. (1983)

Silva Ibarra H: La Esquizofrenia. De Kraepelin al DSM-IV. Universidad Catolica de Chile, Santiago, S. 31-151 (1993)

Smeijsters H: Die therapeutische Wirkung der Musik - Ergebnisse der Forschung. In: Müller L, Petzold H (Hrsg) Musiktherapie in der klinischen Arbeit: integrative Modelle und Methoden, Gustav Fischer, Stuttgart Jena Ulm, S. 23-40 (1997)

Spitz R: The first year of life. A psychoanalytical study of normal y deviant development of object relations. New York: Int.Univ.Press S. (1965)

Spitz R: Vom Dialog. Ernst Klett, Stuttgart, S.(19769

Steimer-Krause E, Krause R, Wagner G: Interaction Regulations used by Schizophrenic and Psychosomatic Patients: Studies on Facial Behavior in Dyadic Interactions. Psychiatry 53: 209-227 (1990)

Steimer-Krause E (1996): Übertragung, Affekt und Beziehung. Theorie und Analyse nonverbaler Interaktionen schizophrener Patienten. Peter Lang, Bern Berlin Wien, S. 198-329 (1996)

Steinberg R: Musikpsychopathologie. Musikalischer Ausdruck und psychische Krankheit In: Musikpsychologie. Jahrbuch der Deutschen Gesellschaft für Musikpsychologie, Bd.4. Wilhelmshaven Heinrichshoven, S. 29-48 (1987)

Steinberg R, Raith L: Music Psychopathology I. Musical Tempo and Psychiatric disease. Psychopathology 18: 254-64 (1985a)

Steinberg R, Raith L: Music Psychopathology II. Assessment of Musical Expression. Psychopathology 18: 265-73 (1985b)

Stern D (1985). The Interpersonal World of the Infant. New York: Basic Books Inc. Publishers.

Stierlin H: Familie und Schizophrenie. In: Der Nervenarzt 34: (1963)

Stirling J: Schizophrenia and expressed emotion. Perspect Psychiatr Care 30: 20-25 (1994)

Strobel W: Musiktherapie mit schizophrenen Patienten. Erfahrungen und Überlegungen. Musiktherapeutische Umschau 6: 177-208 (1985)

Strobel W, Huppmann G: Musiktherapie: Grundlagen, Formen, Möglichkeiten, 3.Aufl. Hogrefe, Göttingen Bern Toronto, S. (1997)

Tang W, Yao X, Zheng Z: Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia. A one-month randomised controlled trial in Shanghai. Br J Psychiatry Suppl 24: 38-44 (1994)

Teichmann-Mackenroth O: Zum exploratorischen Charakter der Musiktherapie. Gedanken zur musiktherapeutischen Methode der Erforschung unbewusster oder noch nicht bewusster psychischer Zusammenhänge. Musiktherapeutische Umschau 4: 83-94 (1983)

Thomas R: Der Begriff der Gestalt in der Musik und der Psychologie. In: Frohne-Hagemann I (Hrsg) Musik und Gestalt. Klinische Musiktherapie als Integrative Psychotherapie, Junfermann Paderborn, S. 17-36 (1990)

Timmermann T: Musik als Weg. Pan, Zürich, Kap.2 und 4 (1987)

Timmermann T: Der musikalische Dialog - Beziehungsmuster im Spiegel bedeutsamer Momente im Therapieprozess. Dissertation zum Dr.biol.hum. Universität Ulm 1990

Timmermann T, Scheytt-Hölzer N, Bauer S, Kächele H: Musiktherapeutische Einzelfall-Prozessforschung - Entwicklung und Aufbau eines Forschungsfeldes. PPM Psychother Psychosom med Psychol 41: 385-391 (1991)

Toomey R, Schuldberg D: Recognition and judgment of facial stimuli in schizotypal subjects. J Commun Disord 28: 193-203 (1995)

Vogt H: Einzelmusiktherapie mit einem schizophrenen Patienten - Voraussetzungen, Entwicklung und Umsetzung von musiktherapeutischen Interventionsstrategien. Diplomarbeit zum Abschluss des Ergänzungsstudiengangs Musiktherapie an der Hochschule für Musik und Darstellende Kunst Berlin 1991

Wellek A: Musikpsychologie und Musikästhetik. Grundriss der systematischen Musikwissenschaft. 3. durchgesehene und ergänzte Auflage. Bouvier, Bonn, S.192-199, 247-253 (1982)

Weymann E: Anzeichen des Neuen. Materialien zur Morphologie der Musiktherapie 3: 59-78 (1987)

Willms H: Musiktherapie bei psychotischen Erkrankungen. In: Harrer G (Hrsg) Grundlagen der Musiktherapie und Musikpsychologie. Gustav Fischer Stuttgart, S.195-205 (1976)