

Stiftung Rehabilitation Heidelberg
Heidelberger Schriften zur Musiktherapie

Der musikalische Dialog

Ein Arbeitsbuch

Studiengruppe Musiktherapie Ulm/Stuttgart:

Susanne Bauer, Dietmar Czogalik, Horst Kächele,
Ulrike Oerter, Hartmut Otto, Dan Pokorny,
Nicola Scheytt, Stefan Schmidt, Tonus Timmermann

1991

1 Der musikalische Dialog

Beziehungsmuster in einem musiktherapeutischen Prozess
Methodische Grundlagen

2 Der therapeutisch musikalische Dialog.

Eine Methodenentwicklung für systematische Beforschung
therapeutisch musikalischer Dialoge

3 Improvisation als selbst-abbildendes Spiel.

Identifikation bedeutsamer Beziehungsepisoden

4 Identifizierung selbst-abbildenden Spieles.

Methodische Grundlagen der Musiktherapieforschung

5 Musiktherapeutische Improvisation als selbst-abbildenes Spiel.

Identifikation bedeutsamer Beziehungsepisoden

Vorwort 1	
Einleitung	3
1 Stand der Forschung	9
1.1 Grundannahmen der Musiktherapie	9
1.2 Einzelfallstudien	10
1.3 Psychotherapieforschung.....	11
1.4 Musiktherapie und Psychotherapieforschung.....	14
1.5 Konsequenzen für die Musiktherapieforschung.....	15
1.6 Auswirkungen der Musiktherapieforschung.....	20
2 Eine experimentelle Musiktherapie	23
2.1 Ausgangspunkt des Experiments.....	23
2.1.1 Vorüberlegungen zur Erstellung des Artefaktes.....	23
2.1.2 Äußerer Rahmen.....	23
2.1.3 Setting, Arbeitsbündnis	24
2.1.4 Der Patient.....	24
2.1.5 Einige theoretische Überlegungen.....	27
2.2 Verlauf der musiktherapeutischen Intervention.....	30
2.2.1 Erste Sitzung.....	30
2.2.2 Zweite Sitzung.....	35

2.2.3	Dritte Sitzung.....	37
2.2.4	Vierte Sitzung.....	40
2.2.5	Fünfte Sitzung.....	42
2.2.6	Sechste Sitzung.....	45
2.2.7	Siebte Sitzung.....	46
2.2.8	Achte Sitzung	49
2.2.9	Neunte Sitzung	51
2.2.10	Zehnte Sitzung.....	54
2.3	Nachgedanken.....	56
2.4	Reflexion des behandelnden Analytikers	58
3	Konsultation als Bestandteil der musiktherapeutischen Forschungsmethodologie.....	61
3.1	Supervision und Konsultation in der Psychoanalyse.....	61
3.2	Supervision und Konsultation in der Musiktherapie	65
3.3	Auszüge aus Konsultationsprotokollen	66
3.4	Bewertung.....	71
4	Methodik der Dokumentation.....	73
4.1	Schriftliche Aufzeichnungen	73
4.2	Fragebögen	73
4.3	Videoaufzeichnungen	74
4.3.1	Videoaufnahmen in der Musiktherapie	75

4.4	Ansätze zur Transkription.....	78
5	Methodik der Datenerhebung	87
5.1	Identifizierung.....	87
5.2	Beschreibung	88
5.3	Fremdbeurteilung.....	92
5.3.1	Entwicklung eines Fragebogens	92
5.3.2	Bedeutungsfelder in den Adjektivlisten	93
5.3.3	Äußere Gestaltung der Fragen	98
5.3.4	Ratergruppen	100
5.4	Kritische Nachgedanken.....	101
6	Datenanalytische Auswertung	107
6.1	Zur Methodik der Datenanalyse	107
6.1.1	Die Datenstruktur	107
6.1.1.1	Rater, Szenen, Fragebögen	107
6.1.1.2	Beurteilungen und Merkmalstypen.....	108
6.1.1.3	Fehlende Daten	111
6.1.1.4	Reduktion der Daten.....	111
6.1.2	Mathematisch-statistische Untersuchungen	112
6.1.2.1	Gruppenunterschiede zwischen den drei Ratergruppen	113
6.1.2.2	Objektunterschiede – Unterschiede zwi- schen P und T	114
6.1.2.3	Ratergruppenunterschiede und Objekt- unterschiede	115

6.1.2.4	Szenenunterschiede	117
6.1.2.5	Szenengruppenunterschiede	117
6.1.2.6	Zusammenfassung der Hypothesenüberprüfungen	119
6.1.3	Explorative Untersuchungen	119
6.1.3.1	Problemläuterung	119
6.1.3.2	Ausgangspunkte der explorativen Datenanalyse.....	119
6.1.3.3	Problembewältigung.....	120
6.1.3.4	Zusammenfassung	125
6.2	Ergebnisse.....	125
6.2.1	Stimmungslage von P und T.....	126
6.2.2	P's Wünsche und Bedürfnisse – T's Reaktionen.....	128
6.2.3	Interaktion von P und T	129
6.2.4	Vergleiche zwischen den Ratergruppen	131
6.2.4.1	Einschätzung des Patienten	131
6.2.4.2	Einschätzung des Therapeuten	132
6.2.4.3	Einschätzung der Interaktion zwischen P und T	133
7	Inhaltsanalytische Auswertung.....	135
7.1	Zur Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse	135
7.1.1	Vorüberlegungen	135
7.1.2	Kategorien zur Beschreibung des Patienten	137
7.1.3	Kategorien zur Beschreibung der Reaktio- nen des Therapeuten auf den Patienten	138

7.1.4	Kategorien zur Beschreibung der Interaktion zwischen Therapeut und Patient.....	139
7.2	Ergebnisse.....	139
7.2.1	Auswertung der auf den Patienten bezogenen freien verbalen Rateräußerungen.....	139
7.2.1.1	Patientenpersönlichkeit und seine Hauptproblematik im Abschlußrating	139
7.2.1.2	Vergleich der Raterkategorien mit den Hypothesenkategorien	144
7.2.1.3	Frei verbale Raterbeobachtungen zum Patienten innerhalb der Einzelszenen	147
7.2.1.4	Vergleich der standardisierten und der frei verbalen Rateräußerungen zum Patienten	147
7.2.2	Auswertung der auf den Therapeuten bezogenen freien verbalen Rateräußerungen	148
7.2.2.1	Therapeutenpersönlichkeit in der Interaktion mit dem Patienten im Abschlußrating	149
7.2.2.2	Vergleich der Raterkategorien mit den Hypothesenkategorien	151
8	Zusammenfassung der Ergebnisse der datenanalytischen und inhaltsanalytischen Auswertungen	153
9	Literaturverzeichnis	157
10	Anhang.....	171
10.1	Fragebögen	172
	Tabelle 1: Adjektive für P und T, Szenen 1-5	182

Tabelle 2: Adjektive für P und T, Szenen 6-8	183
Tabelle 3: Interaktion, Szenen 1-5	184
Tabelle 4: Interaktion, Szenen 6-8	185
Tabelle 3/4: Interaktion, Szenen 6-8	186
Tabelle 5: Adjektive für P, Szenen 1-5. Getrennt nach den 3 Ratergruppen	187
Tabelle 6: Adjektive für T, Szenen 1-5. Getrennt nach den 3 Ratergruppen	188
Tabelle 7: Interaktion, Szenen 1-5. Getrennt nach den 3 Ratergruppen	189
Tabelle 8: Adjektive für P, Szenen 6-8. Getrennt nach den 3 Ratergruppen	190
Tabelle 9: Adjektive für T, Szenen 6-8. Getrennt nach den 3 Ratergruppen	191
Tabelle 10: Interaktion, Szenen 6-8. Getrennt nach den 3 Ratergruppen	192
Tabelle A1: Adjektive für P und T, alle Szenen	193
Tabelle A2: Adjektive für P und T, Szenen 1-5	194
Tabelle A3: Adjektive für P und T, Szenen 1-5	195
Tabelle A4: Wünsche und Bedürfnisse des Patienten	196
Tabelle S1: Adjektive für P, Szenen 1-5	198
Tabelle S2: Adjektive für T, Szenen 1-5	199
Tabelle S3: Adjektive für P, Szenen 6-8	200
Tabelle S4: Adjektive für T, Szenen 6-8	201
Tabelle S5: Interaktion, Szenen 1-5	202
Tabelle S6: Interaktion, Szenen 6-8	203
10.3 Mitwirkende	204

11 Index207

VORWORT

Als vor zehn Jahren an der Universität Ulm das Projekt "Musik in Prävention und Therapie" begonnen wurde, hatten die Akteure auch diese Hoffnung: Wird es uns gelingen, die in der Klinik tätigen Ärzte, sowie Forscher unserer Universität, die das weite Feld der Psychotherapie beackern, davon zu überzeugen, daß an der Musiktherapie etwas dran ist?

Wir Akteure, das waren ÄrztInnen, Studierende der Medizin und Biologie, MusiktherapeutInnen, TheaterschülerInnen, LogopädInnen und andere mehr.¹

Wir haben uns zunächst mit dem Handwerk der Musiktherapie, insbesondere der freien Improvisation, vertraut gemacht. Wir übten uns in der Selbsterfahrung und dem Reden über das Selbst-Erfahrene. Als bald begann jedoch mancher von uns bei diesem Tun und Reden unter einer Diskrepanz zu leiden: Gewiß spürten wir am eigenen Leib die heilsamen und die verletzenden, die aufwühlenden und die besänftigenden, die verbindenden und trennenden, die mitteilenden und abschirmenden, die aggressiven und friedlichen Botschaften in der musikalischen Kommunikation; aber die Theorien und Hypothesen, die diese Phänomene verstehbar machen sollten, sie genügten uns nicht mehr. Die erklärenden Hypothesen waren uns zu pauschal und summarisch, die Theorien erschienen uns zu eklektizistisch und synkretistisch zugleich, verdächtig, weil alles zu leicht erklärend. Aus dieser Unzufriedenheit erwuchs so jener Abschnitt in unserem Projekt, den wir die Forschungsphase nennen: die mühsame Arbeit am Detail, das genaue Hinschauen, die Entwicklung von Beobachtungs- und Meßinstrumenten, das sorgsame Vergleichen, der kritische Diskurs vor dem endgültigen Formulieren von prüfbareren Hypothesen und aufzuschreibenden Texten. Die hier vorgelegte Arbeit ist ein glückliches Beispiel für solche Art des forschenden Lernens in einem Neuland.

Prof. Dr. Dr. Helmut Baitsch

¹ Wir haben uns entschlossen, in diesem Bericht in der Regel auf eine Nennung der weiblichen und männlichen Formen zu verzichten, wenn nicht ausdrücklich weibliche Personen gemeint sind.

EINLEITUNG

Die vorliegende Studie wurde an der Abteilung Psychotherapie der Universität Ulm durchgeführt. Sie stellt in wesentlichen Zügen die Promotion von Tonius Timmermann und die damit verbundenen Aktivitäten der Studiengruppe Musiktherapie Ulm/Stuttgart dar und erstreckt sich von Planungsbeginn bis Abschluß dieses Buches über den Zeitraum einiger Jahre.

Derzeitig lehnt sich die Musiktherapieforschung noch stark an den Kontext an, in dem sie stattfindet. Da wir Musiktherapie als Psychotherapie verstehen, haben wir uns an Methoden der Psychotherapieforschung orientiert.

Psychotherapie kann als bewußt geplanter interaktioneller Prozeß beschrieben werden, der Verhaltensstörungen und Leidenszustände zu beeinflussen sucht, die in einem Konsensus zwischen Patient, Therapeut und Gesellschaft als behandlungswürdig betrachtet werden. Durch psychologische Mittel wird ein definierbares Ziel (Verringerung von Symptomen und/oder strukturelle Veränderung der Persönlichkeit) auf der Basis einer lehr- und lernbaren Technik angestrebt (Strotzka 1975). Das wichtigste Mittel der psychologischen Beeinflussung wird in den tradierten Psychotherapien durch den verbalen Dialog hergestellt.

Bei genauerer Betrachtung läßt sich unschwer feststellen, daß das therapeutische Gespräch in einen zeitlichen und örtlichen Rahmen gestellt ist, der in seiner durch Regeln bestimmten Struktur eine notwendige Voraussetzung für das Zustandekommen therapeutischer Prozesse darstellt. Darüber hinaus lassen sich am therapeutischen Gespräch wie bei jeder anderen Sprachhandlung kommunikative Vorgänge identifizieren, die in bloßer Abgrenzung zum verbalen, sprachlichen Geschehen als nonverbale Kommunikationsabläufe beschrieben werden. Jeder Dialog entfaltet eine vorsprachliche Dimension in der Rhythmik von Sprechen und Schweigen. Die mit der psychoanalytischen Situation verbundene Grundregel an den Patienten, alles mitzuteilen, was ihm in den Sinn kommt, führt im Verbund mit dem eher zuhörenden Therapeuten zu einer Situation, in der die verbale Aktivität selbst eine große Aussagekraft gewinnt. Nicht nur über den Inhalt des Gesprochenen wird kommuniziert, sondern schon über das Handlungsmuster des Sprechens selbst wird die therapeutische Beziehung gestiftet. Der

Therapeut als zuhörender Begleiter des sich in der freien Assoziation selbst entdeckenden Patienten hört nun aber nicht nur, worüber der Patient spricht, wieviel er spricht, sondern auch, wie er spricht. Der Analytiker lebt in den vom Patienten ständig mitgeteilten Bildern und Affekten, die er in seinem inneren Monolog laufend zu lokalisieren versucht (T. Moser 1989). Er muß die durch das Sprechen vermittelten Affektinduktionen durch empathisches Verstehen sprachlich expandieren und das Ergebnis dieses Übersetzungs- und Ausformungsprozesses dem Patienten durch seine interpretierenden Mitteilungen zurückgeben.

Die Freudsche Versuchsanordnung hat das Ziel, unbewußte seelische Prozesse durch das Erleben im Dialog dem Patienten zugänglich zu machen, um den Anschluß an pathogene, verschüttete, nicht mehr zugängliche Erfahrungen zu gewinnen. Dies wird mit dem Begriff der "therapeutischen Regression" benannt. So liegt es zum Verständnis dieser therapeutischen Dialoge nahe, auch das immer ausgedehntere Wissen über kindliche Entwicklungsprozesse heranzuziehen. Die Untersuchung vorsprachlicher Phänomene der Mutter-Kind-Dialoge hat zu Konzeptionen geführt, bei denen für die gestische Interaktion eine Choreographie des Verhaltens beschrieben wird (Stern 1979). Verständigung durch Laute wird mit musikalischen Ereignissen verglichen. Die Anwendung solcher Konzeptionen auf die psychotherapeutische Beziehung könnte weitere wertvolle Aufschlüsse über bis jetzt noch relativ vernachlässigte nonverbale Anteile des Sprechens wie Sprachmelodie, Sprachrhythmus, Prosodik und ihrer Funktion in der Beziehungsregulierung geben (Eggebrecht 1986; Papousek 1983). Besonders für seelische Störungen, deren Entstehung in frühen Sozialisationsprozessen der vorsprachlichen Entwicklung angenommen wird, sind diese nonverbalen Aspekte der therapeutischen Interaktion aus klinischer Sicht höchst bedeutsam und doch in der Forschung bisher noch relativ vernachlässigt (Bräutigam 1978; Janssen 1982; Nitzschke 1984).

Nun hat sich in den letzten Jahrzehnten ein lebendiges Feld von Psychotherapien entwickelt, die nicht nur unzureichend, sondern auch sachlich falsch mit dem Prädikat "nonverbal" bezeichnet werden. Unter ihnen nehmen die "musischen" gestaltenden Therapien, wie Musiktherapie, Maltherapie, Kunsttherapie, eine Sonderstellung deshalb ein, weil sie explizit der Verwendung nichtsprachlichen Handelns einen eigenständigen therapeutischen Stellenwert zuschreiben.

Eine explizite Begründung für eigenständige nonverbale Medien als Austragungsort für die zu aktualisierenden, unbewußten Beziehungskonflikte ist bislang von einer mehr oder weniger künstlerisch-handwerklichen Auffassung bestimmt. Systematische Studien zu therapeutischen Prozessen in nonverbalen Therapien haben noch Seltenheitswert (Strobel u. Huppmann 1978; Baitsch 1988).

Aufgrund der bisherigen Unterrepräsentanz von Studien zu therapeutischen Prozessen in den nonverbalen Therapieverfahren in der Psychotherapieforschung haben wir uns in Anlehnung an den aktuellen Diskussionsstand entschlossen, intensiv einzelne Behandlungen zu untersuchen (Grawe 1988).

Um den Brückenschlag von den vorwiegend verbal orientierten Psychotherapien hin zum therapeutischen Raum der Musiktherapie zu erleichtern, lag es nahe, zunächst einmal die Untersuchung *therapeutisch musikalischer Dialoge* in den Mittelpunkt zu stellen.

Mit fehlenden Studien zum Themenbereich der Musiktherapie war zum Zeitpunkt des Beginns der Studie entsprechend eine fehlende spezifische Forschungsmethodik zu beklagen. Bis heute wird sie im deutschen Sprachraum nur selten dargestellt und gestaltet sich in der Praxis recht uneinheitlich. So konnten wir zur Untersuchung der uns interessierenden Fragestellungen nicht auf eine bereits bewährte und standardisierte Methodik zurückgreifen, sondern mußten unser methodisches Vorgehen selbst entwickeln. Daher können wir nach Abschluß der Studie und entsprechender Reflexion der gemachten Erfahrungen einige Umstände benennen, die unsere Studie potentiell behindert und/oder beeinflußt haben mögen.

Ausgangspunkt war eine musiktherapeutische Kurzbehandlung, die ausführlich dargestellt wird. An diesem Material wurde versucht, forschungsrelevante Fragen zu stellen. So erschlossen sich für uns unterschiedliche Themenbereiche, die im Rahmen des Berichts zuerst isoliert betrachtet werden, bevor sie dann wieder in den Kontext der Studie eingeliebert werden.

Im Rahmen dieses Pilotprojektes war unsere Grundannahme, daß auch der musikalische Ausdruck eines bestimmten Menschen dessen *selbstabbildendes Spiel*² enthält. Die aus der Praxis

² In unserer Studiengruppe wurde zunächst der Begriff "repetitive Muster" eingeführt. Wir denken inzwischen, daß dieser Ausdruck zu Mißver-

gewonnene Grundannahme von Musiktherapeuten ist, daß sich (auch) im musiktherapeutischen Spieldialog der jeweils aktualisierte unbewußte Beziehungskonflikt widerspiegelt (Schmölz 1983; Scheytt u. Janssen 1987). Unser Interesse war es nun, dieses in der Praxis beobachtete Phänomen aufzuspüren und zu benennen. Wir fragten uns, wie sich diese Beziehungsgestaltung als musikalisches Interaktionsphänomen abbildet:

Werden in den musikalischen Dialogen von Patient und Therapeut die grundlegenden Beziehungsstrukturen und -störungen in irgendeiner Form erkennbar?

Es ging uns darum, Hypothesen über die Beziehungsstruktur des Patienten zu entwickeln, die sich nach unserem Empfinden im musikalischen Dialog ausdrücken und zu überprüfen, ob sie sich durch ein zu entwickelndes, spezielles Versuchsdesign in der Fremdbeobachtung bestätigen lassen.

Die Darstellung unseres Vorgehens haben wir wie folgt untergliedert:

Zu Beginn unseres Berichtes fassen wir den *Stand der Forschung* zusammen, auf dessen Grundlage unsere Überlegungen entstanden sind.

Die konkrete beforschte *einzelmusiktherapeutische Kurzbehandlung* wird im nächsten Kapitel zum Thema. Dabei stellen wir sowohl die äußeren Rahmenbedingungen als auch Protokolle der zehn Therapiestunden mit den jeweiligen Nachgedanken des Musiktherapeuten und des parallel behandelnden Psychoanalytikers dar.

ständnissen führen muß, da "repetitiv" im Sprachgebrauch der Musik ein bereits besetzter Begriff im Sinne von 'Tonwiederholung' (Tonrepetition) ist. Was wir auszudrücken versuchen ist die Hypothese bzw. Erfahrung, daß die Textur einer Persönlichkeit sich immer wieder abbildet, somit auch in der therapeutischen Begegnung. Es ist dieses ein eigenständiges 'Gewebe', mit der ein Mensch seine Umwelt berührt und in ihr handelt. So fragen wir uns, wie dieses Gewebe auch in der Musik zum Vorschein kommt. Wir nannten dieses Phänomen "selbstabbildendes Spiel". Ein Arbeitsweg ist nun, tatsächlich "Muster" aufzuspüren, zum Beispiel im rhythmischen Spielanteil. Gibt es also auf musikalisch-phänomenologischer Ebene "Muster", die typisch genannt werden können für einen bestimmten Menschen?

Konsultation von Fachkollegen zu Fragen der eigenen Therapie ist für jede PsychotherapeutIn ein – zumindest wünschenswertes – Muß. So war die Konsultation und Supervision auch im vorliegenden Fall Bestandteil des Vorgehens und wird im dritten Kapitel näher erläutert.

Methodik der Dokumentation: Was aus der Fülle der Ereignisse einer Therapiestunde soll wie dokumentiert werden? Diese ohnehin schon wichtige Frage bekommt gerade im Kontext von Forschung ein noch größeres Gewicht. Auf der Grundlage von dokumentiertem Geschehen vollzieht sich Forschung und nur das kann beforscht werden, was in irgendeiner Form zugänglich, also *zuvor* dokumentiert worden ist.

Daran anschließend wenden wir uns der *Forschungsmethodik* im engeren Sinne zu. Wir beschreiben das unserer Studie zugrundeliegende Design zum Umgang mit sogenannten bedeutsamen Beziehungsepisoden und seine Umsetzung.

Bevor wir uns in den beiden nächsten Kapiteln mit der Datenauswertung beschäftigen, wenden wir uns zurück und reflektieren unser Vorgehen kritisch. Aus dem Abstand heraus zeigen sich gerade auch die Schwachstellen unserer Methodik deutlicher als im Moment der Entwicklung.

Im Kapitel sechs wird die mathematisch-statistische Auswertung detailliert und anschaulich dargestellt. Anhand von Abbildungen wird versucht, das komplexe Vorgehen der Datenreduktion und der Datenauswertung zu verdeutlichen.

Auf die datenanalytische folgt die *inhaltsanalytische Auswertung*. Hier stehen nicht skalierte Antworten und deren mittels Statistik durchgeführter Vergleich, sondern die freien Äußerungen der Beobachter im Mittelpunkt unseres Interesses. Uns beschäftigt in diesem Kapitel die Frage von gleichartigen bzw. ähnlichen Beschreibungen, ihr innerer Bezug zueinander und ihre Zusammenhänge mit den bei der datenanalytischen Auswertung gewonnenen Ergebnisse.

Zum Abschluß werden die gewonnenen Ergebnisse in einer überblickartigen Zusammenfassung dargestellt, bevor Literaturverzeichnis, Anhang und Dank das äußerliche Ende dieses Berichtes bilden.

'Ein Arbeitsbuch':

Wir wollten ent-decken, beschreiben, vergleichen. Beschreibung ist Reduktion. Nur zu der von uns gewählten Perspektive können wir Stellung nehmen, wissend, daß das untersuchte Thema in einem lebendigen Prozeß verankert ist: der Begegnung zweier Persönlichkeiten, Therapeut und Patient. Wir wünschen uns daher ausdrücklich Rückmeldungen über andere Perspektiven und weitere Gesichtspunkte.

Studiengruppe Musiktherapie Ulm/Stuttgart, Universität Ulm, Abteilung Psychotherapie, Am Hochsträß 8, 89081 Ulm.

1 STAND DER FORSCHUNG

1.1 Grundannahmen der Musiktherapie

Obwohl sich Musiktherapeuten in ihren theoretisch-methodischen Positionen und ihrer praktisch tätigen Ausrichtung stark unterscheiden (Bolay 1985), gibt es eine Reihe zentraler Gedanken und Begriffe, die in etwas unterschiedlichem Sprachgebrauch inhaltlich wiederkehren und die wir zusammenfassend wiedergeben:

Musik als Ausdrucks-, Gestaltungs- und Übungsmittel ist das zentrale Behandlungs- und Heilverfahren der aktiven Musiktherapie (Linke 1985). Patienten, die Schwierigkeiten haben, ihre Konflikte sprachlich zu benennen (Bräutigam 1978), können auf leicht spielbaren Instrumenten in der freien Improvisation in Kontakt zu anderen Patienten und zum Therapeuten treten (Timmermann 1990). Hierdurch werden sozialer Kontakt und soziale Fähigkeiten gefördert (Schwabe 1985; Loos 1986). Mit der Musik und im gemeinsamen Spiel finden sie in einem hörbaren Zeichensystem einen Ausdruck ihrer selbst (Schwabe 1985). Die eigene Gestimmtheit und die Gefühlseinstellung zu sich selbst und zu anderen, zu Problemen und Konflikten (Schmölz 1989) werden auf einer Ebene dargestellt, welche sich, vom intellektuellen Standpunkt aus betrachtet, durch den scheinbar vagen und unbestimmten Charakter der Musik auszeichnet. Der musikalische Ausdruck bietet aber einen direkteren Zugang zum Erleben, zu Gefühlen und Stimmungen als die Sprache, die ein höheres Abstraktionsniveau besitzt (Eggebrecht 1985). Die Bedeutung der Musik als "Sprache" der Affekte ist nicht unmittelbar verständlich, sondern bekommt ihren Sinn durch die Vermittlung zwischen den Interaktionspartnern Therapeut und Patient (Jensen 1981; Niedecken 1988; Schwabe 1978). Eine musikalische Äußerung ist als hörbare Erfahrung ein sinnliches Erlebnis und kann symbolhaft Bedürfnisse befriedigen (Priestley 1982; Schäfer 1989). Die während des Spielens auftretenden Gefühle, Gedanken und Phantasien und ein reflektierendes Gespräch regen den Patienten zu einer Selbstbesinnung an (Schwabe 1985). Er versteht im Lauf der Zeit den hinter seinen Wiederholungszwängen stehenden Sinn (Schmölz 1989). In der musikalischen und verbalen Kommunikation entwickelt sich

eine Beziehung zwischen Therapeut und Patient (Priestley 1982). Diese vertrauensvolle Begegnung ist die Grundlage für effektive musiktherapeutische Arbeit. Der Patient hat in diesem Rahmen die Möglichkeit, seine Beziehungsmuster zu reinszenieren (Langenberg 1988; Niedecken 1988) und seine Konflikte aufzuarbeiten (Tüpker 1988). Im musikalischen Gestalten findet er gleichzeitig einen Ausdruck seiner Lebensmuster, eine gestalterische Lösung und einen probenhaften Neubeginn (Loos 1986; Tüpker 1988).

Für diese zentralen Gedanken fehlt bisher eine empirisch-systematische Verankerung.

1.2 Einzelfallstudien

In der Psychoanalyse haben Fallstudien nicht nur Tradition, sondern sind auch Gegenstand ausführlicher methodologischer Reflexionen geworden (Kächele 1981). Für die verschiedenen psychotherapeutischen Schulen markiert der Reader von Strotzka (1978) den Aufbruch zu mehr Offenheit und extensiverer Präsentation des klinischen Materials. Im Zuge eines kritischen "looking back angry" relativierte Grawe (1988, 1990) den produktiven Erkenntniswert der gruppenstatistischen Studien und betont die Notwendigkeit von Einzelfallstudien. Auch musiktherapeutische Arbeit wird in der Regel in der Form von Einzelfallbeispielen veröffentlicht. Für eine fruchtbare Diskussion ist eine weitgehend gemeinsame Sprache notwendig:

Die Vergleichbarkeit von verbaler Psychotherapie und Musiktherapie erfordert, daß bestimmte Kriterien konstant betrachtet werden, nicht zuletzt im Hinblick auf eine zu erarbeitende standardisierte Methodik der Datenerfassung, -verarbeitung und -analyse. Lorz (1984) faßt folgende Aspekte zusammen, die in einer Fallstudie beschrieben sein sollten: Anamnese und Diagnose, Formulierung von Therapiezielen, Beschreibung der Therapie, Therapieauswertung, Begründung therapeutischer Schritte, zusammenfassende Therapieauswertung und Literaturangaben.

Voraussetzung für wissenschaftliche Analysen ist eine möglichst lückenlose Dokumentation der klinischen Arbeit. Lorz (1984) stellt fest, daß die meisten musiktherapeutischen Veröffentlichungen den obengenannten Anforderungen noch nicht genügen. Auch Timmermann (1990) erwähnt, daß vielen Einzelfalldarstellungen grundle-

gende Daten fehlen, die zum Verständnis beitragen. Die meisten von 1973 bis 1989 in der Musiktherapeutischen Umschau veröffentlichten Fallberichte weisen erhebliche Lücken auf: So sind zum Beispiel Geschlecht und Alter des Patienten, Zeitpunkt und Dauer der Behandlung nur teilweise oder gar nicht erwähnt.

Selbstverständlich soll oberstes Gebot bei der Veröffentlichung der Schutz des Patienten sein. In der Regel kann eine Falldarstellung aber so erfolgen, daß der Schutz persönlicher Daten gewahrt bleibt (Thomä, Kächele 1988). Die Musiktherapie braucht eine verstärkte Diskussion der Grundlagen ihrer Arbeit, um gesellschaftliche und wissenschaftliche Anerkennung zu erreichen. Eine offene Beschreibung der tatsächlichen Vorkommnisse und Überlegungen in der Therapie ist dabei nötig. Langfristig gesehen geben sich Musiktherapeuten keine Blöße, wenn sie sich "nackt" präsentieren. Im Gegenteil – der Mut zur "schonungslosen" Selbstdarstellung bringt letztlich eine Verbesserung der Arbeit mit sich, weil Unklarheiten verstärkt ins Blickfeld kommen und beseitigt werden können.

1.3 Psychotherapieforschung

Der klinischen Anwendung verschiedener psychotherapeutischer Verfahren steht deren wissenschaftliche Untersuchung gegenüber. Eine Gemeinsamkeit beider Tätigkeiten besteht darin, daß sowohl der Wissenschaftler als auch der klinisch Tätige über psychotherapeutisches Handeln reflektieren. Der Kliniker nutzt seine Erfahrung nicht nur dazu, sich in die Situation des Patienten einzufühlen, sondern auch, um seine Interaktion mit ihm quasi aus der Vogelperspektive in nüchternem Abstand zu betrachten. Beide Fähigkeiten sind für eine wirkungsvolle Therapie unentbehrlich.

Der theoretische Bezugsrahmen psychotherapeutischer Verfahren ergab sich aus dem Erfahrungsschatz der täglichen Praxis in Verbindung mit der Anwendung bewährter Behandlungstechniken. So entwickelten sich Behandlungstechnik und Theorie in wechselseitiger Beeinflussung weiter. Im Sinne einer vorhersagbaren Wenn-dann-Beziehung kann der theoretische Überbau dabei nicht unbedingt eine rationale Erklärung für das liefern, was genau wirksam ist. Psychotherapie ist ein komplexes Geschehen und ihre Denkmodelle dienen der nutzbringenden Anwendung entsprechender Behandlungsschritte. Wirksame theoretische Erklärungs- und Denkmodelle lassen sich deshalb vielfach nur durch entsprechende

Erfahrung im Umgang mit Patienten entwickeln. Allerdings erfährt sich der Kliniker in seiner Arbeit mit dem Patienten, in der Regel auch ohne am Prozeß der Theorie- und Methodenentwicklung beteiligt zu sein, als hilfreich: Bei den meisten Hilfesuchenden kann er aufgrund praxisbewährter Behandlungstheorien die dauerhafte Besserung ihrer Beschwerden und eine Lösung der Probleme erreichen (Luborsky et al. 1985).

Angesichts dessen mag es verwundern, daß überhaupt Forschung auf diesem Gebiet betrieben wird. Tatsächlich besteht eine Diskrepanz zwischen wissenschaftlicher und klinischer Tätigkeit, denn beide Tätigkeitsgruppen haben von der jeweils anderen Seite stereotype Einschätzungen und Werturteile.

Der praktisch tätige Psychotherapeut mag die systematische Untersuchung seines Tätigkeitsfeldes für überflüssig halten, weil ihm seine Behandlungstheorie brauchbare Dienste leistet. Er glaubt, daß die Seele des Menschen in ihrer Widersprüchlichkeit und Komplexität nicht zu messen ist und sieht in den Erkenntnissen der monokausal denkenden psychologischen Forschung keine nützlichen Konzepte für individuell zu lösende Persönlichkeits- und Lebensprobleme seiner Patienten. Vielfach weigert er sich standhaft, seine Arbeit so zu dokumentieren, daß sie wissenschaftlich untersucht werden kann. Die Vorstellung, seine Therapien auf Video aufzuzeichnen, mag manchem Kliniker absurd erscheinen. Das zu tun setzt eine gewisse Offenheit in bezug auf andere Denkweisen und Kritikfähigkeit gegenüber der eigenen Arbeit voraus (Enke 1981). Das Klima auf Psychotherapieforschungskongressen und die Art, wie Wissenschaftler miteinander reden, zeigt, daß die sachliche Diskussion letztendlich Fortschritte zur Verbesserung der klinischen Arbeit mit sich bringt. Denn sie lenkt die Aufmerksamkeit auf spezielle Feinheiten der Therapie und sensibilisiert den Kliniker an diesen Punkten. Nicht zuletzt aufgrund des Einflusses der Wissenschaft wird verstärkt auch über die Grenzen des eigenen Tuns nachgedacht. Dazu zwei Beispiele:

Auf der einen Seite haben klinisch tätige Therapeuten trotz ihrer nachgewiesenen Erfolge Probleme im Umgang mit Patienten, deren Störungen sich als therapieresistent erweisen (Thomä u. Kächele 1988). Die mit der psychischen Störung einhergehende verzerrte Wahrnehmung der Realität verhindert eine Heilung der Beschwerden. Die Äußerungen des Therapeuten und seine Person werden dann unter konflikthaften Voraussetzungen ganz oder teilweise negativ bewertet und vom Patienten wie eine Herabsetzung seines

Selbstwertes erlebt. Der Patient kann eine Deutung seiner Konflikte nicht annehmen, weil er sich zuerst eine einfühlsame Stützung durch das Hilfs-Ich des Therapeuten wünscht anstelle der offerierten distanzierten und reflektierenden Betrachtung seiner Person, auch wenn diese an sich richtig ist (Moser, T 1989).

Wenn sich der praktische Psychotherapeut in solchen Fällen nicht mit den Grenzen und Möglichkeiten seiner Behandlungsweise zufriedengibt, sucht er möglicherweise nach einer alternativen Theorie zu seiner eigenen, läuft kurzfristig zu einer anderen Schule "über" und verwendet Techniken einer fremden Therapierichtung. Er sehnt sich nach einer Erweiterung bzw. nuancenreicheren Ausgestaltung seiner Basistheorie, die ihm auch in schwierigen Situationen Halt bieten kann.

Auch der Wissenschaftler sieht und anerkennt die Erfolge des Klinikers. Er bemerkt, daß dieser zwar das Richtige tut, aber für sein Handeln eine Erklärung hat, die auf Voraussetzungen beruht, die ihm wissenschaftlich nicht überprüfbar erscheinen. Dabei folgt er seiner Maxime, nur etwas zu glauben, das meßbar ist und Dinge, die nicht meßbar sind, meßbar zu machen. Der Wissenschaftler ist auf der Suche nach einer Handlungstheorie, die schulenübergreifende Gültigkeit besitzt und von bestimmten Glaubensinhalten unabhängig ist. Er hat die Vision einer überprüfbaren Theorie, die für alle Krankheitsbilder spezifische Behandlungsschritte mit vorhersehbaren Ergebnissen aufgrund verbesserter theoretischer Voraussetzungen bereitstellt. Ein solches Idealmodell würde aufgrund kontrollierter Forschungsergebnisse alle Variablen miteinschließen, die für eine psychotherapeutische Behandlung relevant sind (Garfield u. Bergin 1986).

Die Psychologie verwendet seit etwa hundert Jahren wissenschaftliche Methoden, die den Naturwissenschaften, vor allem der Physik entlehnt sind. Diese "harten" Methoden fanden erst in den letzten Jahrzehnten Eingang in die Psychotherapieforschung. Nachdem Eysenck Erfolgsmessungen durchgeführt hat, werden die Methoden zur Untersuchung psychologischer Phänomene zunehmend verfeinert und weiter an sie angepaßt.

Die Annäherung klinischer und theoriebildender Arbeit in der Psychotherapie hat u. E. folgende Gründe: Die Verhaltenstherapie, die stärker an die Naturwissenschaft angebunden ist als die Psychoanalyse, wird neben ihr als zweites psychotherapeutisches Verfahren durch Kassenzulassung gesellschaftlich gefördert; die Tätigkeit von

Psychologen im Gesundheitswesen; die Zusammenarbeit von wissenschaftlich orientierten Ärzten und Psychologen; die Ausbildung von Diplom-Psychologen, die sich ihre Forschungsinteressen bewahrt haben, zu Psychoanalytikern; ein wachsendes Interesse mancher Psychoanalytiker, sich mit der Weiterentwicklung ihrer Methode zu befassen und sich der Psychotherapieforschung anzuschließen.

In der heutigen Zeit geht der Trend hin zur theoriegeleiteten Prozeßforschung und damit eher weg von einer Erfolgsforschung für verschiedene Therapierichtungen (Tress 1983; Tschuschke u. Czogalik 1990). Weniger die Fragen, ob Psychotherapie wirkt und welches Verfahren das effizienteste ist, als vielmehr *was und wie sie wirkt*, steht heute im Vordergrund (Czogalik 1989). Vergleichende Psychotherapieforschung betrachtete bislang den unterschiedlichen Erfolg einzelner Therapieverfahren im Sinne einer Income-Outcome-Messung. Dadurch lieferte sie kein explizit differenziertes Wissen um die Vorgänge innerhalb eines Verfahrens. Wissen um das tatsächliche Geschehen in der Therapiestunde wäre aber im Grunde die Voraussetzung, um Vergleiche überhaupt ziehen zu können. Vielleicht konnten deshalb sowohl Grawe (1990), als auch Meyer (1990) keine befriedigende Antwort auf die Frage der vergleichenden Bewertung verschiedener Therapieformen finden. Denn die Möglichkeit, das tatsächliche Geschehen in der Therapiestunde genau beschreiben zu können, ist Bedingung, um Vergleiche überhaupt anstellen zu können.

Die Prozeßforschung hat mit systematischen Einzelfall- (Grawe 1988) und kontrollierten Gruppenkonsensstudien Möglichkeiten, einzelne Bedingungsvariablen der psychotherapeutischen Behandlung genauer zu betrachten und zu analysieren. Der Wissenschaftler sucht seine Forschungsfragen zu beantworten, indem er aus einem komplizierten Geflecht von miteinander verknüpften Variablen zur systematischen Betrachtung zuerst einzelne herauspflückt und von den anderen zu trennen versucht. Welche Variablen ein Verfahren effizient machen, hängt von vielen Bedingungen ab: Liegt es an der Überzeugungskraft des Therapeuten und der "Reinheit" seiner Methode (Luborsky et al. 1985; Wurm 1982)? Oder ist die Art der Störung und die entsprechende Indikationsstellung das wichtigere diskriminierende Element (Caine et al. 1981; Smith et al. 1980; Tress 1983)? Oder sind es die häufig genannten "unspezifischen" Faktoren, die unter anderem das Arbeitsbündnis, Sympathie, die Einigung auf Therapieziele und vieles mehr beinhalten (Bergin u.

Lambert 1978; Strupp u. Hadley 1979, Tschuschke u. Czogalik 1990)?

1.4 Musiktherapie und Psychotherapieforschung

Schulenübergreifend sind sich Psychotherapeuten einig, daß gerade nonverbales Verhalten wie Stimmqualität, Körperhaltung, Mimik und Gestik (Scherer u. Wallbott 1984) einen bedeutenden Bereich innerhalb der psychotherapeutischen Kommunikations- und Beziehungsregulierung darstellt. Nonverbales Verhalten wurde bisher als Teil der obengenannten "unspezifischen Faktoren" gehandelt (Meyer 1990; Bergin u. Lambert 1978; Kächele 1988; Tschuschke u. Czogalik 1990).

Die Anerkennung nonverbaler Faktoren in den verbalen Psychotherapieformen hat zu Ansätzen der Erforschung non verbaler Aspekte des Sprechens (Rice u. Kerr 1986; Rice u. Wagstaff 1967), und in jüngerer Zeit besonders der Mimik (Ellgring 1983; Krause, Lütolf 1989) geführt. Untersuchungen zur Gestik verbinden sich mit den Namen Dittmann et al. (1966), Lee et al. (1985) und Scheflen (1966), um nur einige zu nennen. Für die Körperhaltung finden sich empirische Befunde in Trout u. Rosenfeld (1980), Czogalik u. Hettinger (1989) und Burger (1990).

Trotz der empirisch nachgewiesenen Bedeutung nonverbaler Faktoren für den Therapieprozeß sind sie bislang nicht explizit Gegenstand des Psychotherapiecurriculums (Ausnahme: Gestalttherapie). Auf der anderen Seite sind die nonverbal arbeitenden Therapieformen selbst praktisch kaum Gegenstand systematischer Forschung. Sie und damit die aktive Musiktherapie sind im "Handbook of Psychotherapy and Behavior Change" in der 3. Auflage (Garfield, Bergin 1986) nicht enthalten. Grawe (1990) kann sich in seiner großangelegten Metaanalyse nur mit drei empirischen Studien auf dieses psychotherapeutische Verfahren beziehen. Trotz der unbestrittenen praktischen Relevanz existiert eine empirisch fundierte Musiktherapieforschung erst in Anfängen (Baitsch 1988; Kächele 1989; Strobel u. Huppmann 1978). Obwohl Musiktherapie durch staatliche oder staatlich anerkannte Studiengänge akademisch verankert ist (Sektion StudentInnen in der DGMT 1991) finden Ansätze wissenschaftlicher Arbeit wenig Beachtung. Erschwerend wirkt, daß die Verflechtung des Forschungsgebietes Musiktherapie mit unterschiedlichen Disziplinen groß ist,

so Teilfächern der Musik, Musikwissenschaft, Medizin, Psychologie, Philosophie, Soziologie, Pädagogik.

1.5 Konsequenzen für die Musiktherapieforschung

Aus dem Genannten ergeben sich für die Musiktherapieforschung zwei Forderungen:

a) Für eine Untersuchung des Geschehens innerhalb der Musiktherapie ist Prozeßforschung erforderlich.

Hier geraten zwei Aspekte in den Blickpunkt:

Art der Intervention: Das Medium Musik ermöglicht Interaktionen, die sprachlich so nicht realisiert werden könnten: In einem idealen verbalen Dialog sind die Rollen so verteilt, daß es zu einem bestimmten Zeitpunkt immer wieder einen Zuhörer und einen Sprecher gibt. Längeres gleichzeitiges Sprechen wird als Störung erlebt, während im musikalischen Dialog zwei unterschiedliche "Mitteilungen" gleichzeitig erfolgen können. Das bedeutet, daß Interaktionsformen offensichtlich werden, die im Sprachlichen in dieser Weise verborgen bleiben: So wird zum Beispiel die Fähigkeit hörbar, auf einen Interaktionspartner einzugehen und in einen gleichzeitigen Dialog einzustimmen oder aber nicht einzugehen und in einem Monolog zu verharren. In der bisherigen Diskursforschung werden vor allem lineare und sequentielle Kommunikationsformen untersucht (Bergmann 1981; Brown u. Yule 1983; Erickson u. Shultz 1982; Flader 1991; Gumperz 1982; Sacks et al. 1974). Zusätzlich müßte die Musiktherapieforschung auch parallele und zirculäre Abläufe in der Musik beschreiben.

Tiefenpsychologische Dimension: Die klinische musiktherapeutische Literatur behauptet, daß in der Musiktherapie im spontanen Spiel des Patienten psychologische mit musikalischen Momenten gekoppelt sind: Während der Improvisation tauchen Gefühle, Gedanken und innere Bilder bei Therapeut und Patient auf, die mit dem musikalischen Ausdruck assoziativ verknüpft sind. Diese Assoziationen sind analog zum manifesten Trauminhalt deutbar (Schirmer 1986).

Musiktherapeuten mit entsprechender Ausbildung und Berufserfahrung sind in der Lage, anhand von Tonbandaufnahmen des Spiels von Patienten Aussagen über deren situative Befindlichkeit und

mögliche psychische Störungen zu machen, ohne sonst Näheres über sie zu wissen. Patienten berichten erstaunt, daß ihre Musiktherapeuten Dinge verstanden haben, ohne daß darüber gesprochen wurde (Tüpker 1988). Dieses Erfahrungswissen sollte durch empirische Forschung systematisiert werden.

b) Die Frage musiktherapeutischer Indikationsstellung ist Bestandteil der Musiktherapieforschung

Der Rahmen unserer Arbeit wird durch die Einbindung in die psychotherapeutische Ambulanz einer Universitätsklinik geprägt. Das bedeutet, daß wir in unserer Abteilung Indikationen für Patienten stellen, die zum einen ein tiefenpsychologisch-psychotherapeutisches Vorgehen und zum anderen eine ambulante Behandlung brauchen. Damit soll noch einmal verdeutlicht werden, daß wir nur solche Fragestellungen näher erforschen können, die für einen tiefenpsychologisch orientierten Ansatz von Musiktherapie Bedeutung haben.

Gerade in dieser Einbindung in ein Universitätsklinikum wird besonders deutlich, wie verschieden Sprachregelungen der eher medizinisch eingeübten und andererseits der eher geisteswissenschaftlich beheimateten Kliniker sind. So wird zum Beispiel versucht, musiktherapeutische Indikationen entlang dem Kategoriensystem der Medizin (DSM III, ICD 10) zu stellen. "Die Planung der Behandlung muß mit einer genauen diagnostischen Einschätzung beginnen." (DSM III, 1984, S 3) Wie aber ergibt sich eine Diagnose, nach der nun folgerichtig Musiktherapie indiziert wird? Je nach Vorgehen und Setting wird es bis zu fünf Probesitzungen dauern, um gemeinsam (PatientIn und TherapeutIn) herauszufinden, ob eine Therapie zustandekommen kann, da sich in psychotherapeutischen Settings im konkreten Kontakt zeigt, ob eine positive Indikation zu finden ist.

Die Indikationsstellung wird von vielen Faktoren bestimmt:

Person bzw. Persönlichkeit der TherapeutIn spielen ebenso eine Rolle wie die Wahl zwischen Einzel- oder Gruppentherapie. Der Ort, die Zeit, der finanzielle Rahmen ist mitbedingend für ein konstruktives Zustandekommen als Vorbedingungen zu Linderung und Heilung. Wem Musiktherapie indiziert wird, der erhält primär eine grundsätzliche Indikation zu Psychotherapie.³ Davon ausgehend

³ Ein Gedankenspiel: Üblicherweise müssen Musiktherapeuten beschreiben, *warum nicht* verbale Psychotherapie indiziert ist. Die entgegen-

wird das Medium, musischer Ausdruck mit Sprache, verbaler Ausdruck gegeneinander abgewägt, dann fällt die spezifische Entscheidung zum Medium Musik.

gengesetzte Fragestellung läßt sich mangels vielfältiger Fallstudien vielleicht noch nicht rechtfertigen, erscheint uns aber doch interessant: Die Indikationsstellung zur verbalen Psychotherapie wird analog zur Indikationsstellung für Musiktherapie vollzogen. Allerdings wird immer sorgfältig die Frage abgewogen, *warum kein* kreativ musisches, sondern ein rein verbales Verfahren gewählt wird.

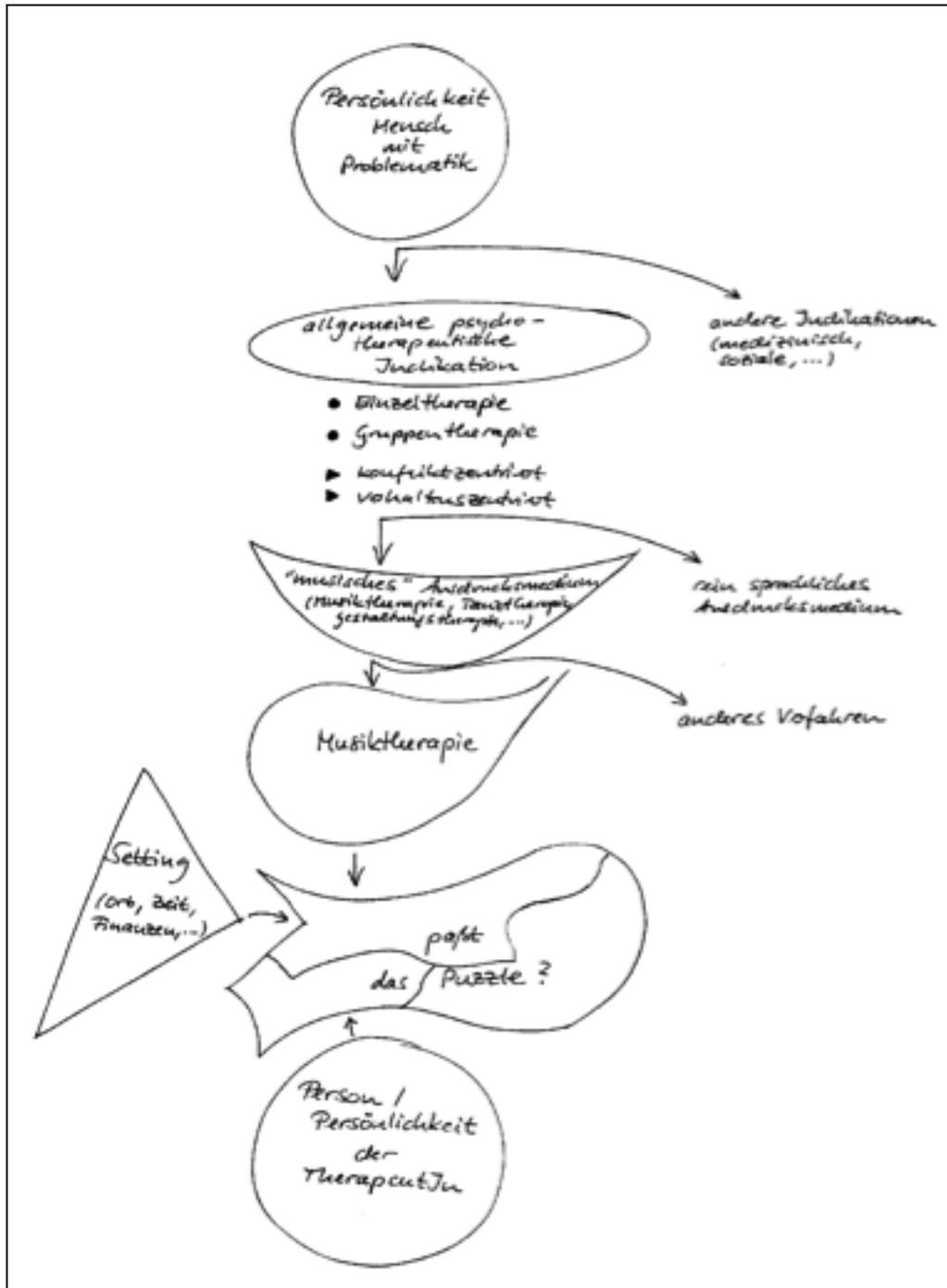


Abb. 1: Ein 'unpraktischer' Weg zur Indikationsstellung

In der Praxis gestaltet sich, aus ganz pragmatischen Gründen, dieser Weg natürlich völlig anders: Diese oder jene TherapeutIn mit einem freien Therapieplatz steht am Ort des Bedürfnisses zur Verfügung. Zur Beschreibung der Einsatzmöglichkeit von Musiktherapie ist eine Abklärung in der abgebildeten Systematik jedoch sicher wichtig. Damit würde eventuell auch verhindert, daß

Musiktherapeuten nicht mehr, wie oft geschehen, eher die extrem schwergestörten Patienten zur Therapie geschickt bekommen, mit denen sich kaum die besondere Bedeutung dieses Verfahrens zeigen läßt. Auch in dieser Studie gibt es gerade dieses Erschwernis. Da es hier allerdings um die Methodenentwicklung von Forschung ging, wurde ein Beitrag zur Frage der musiktherapeutischen Indikations hier nicht direkt gegeben.

So komplex das Geschehen der Indikationsstellung ist, so breit gefächert kann potentiell Forschung zum Verstehen und Begründen einzelner Strecken dieser Entscheidungsfindung beitragen.

Entlang medizinischer Nomenklatur liegen vielfältige klinische Erfahrungen und Berichte vor: Depressive Erkrankungen (Nissen 1983; Reinhardt et al. 1986; Schwabe 1978), Anorexie und Bulimie (Loos 1986; Tarr-Krüger 1990), Autismus (Alvin 1988, Henninger 1991, Weber 1991), Kommunikationsstörungen (Schwabe 1978), Borderline-Störungen und Schizophrenie (Oswald 1965; Strobel 1985).

Auch lassen die Ergebnisse nicht spezifisch musiktherapeutischer Forschung eine positive Indikationsstellung für Musiktherapie erwarten. So findet sich zum Beispiel beim depressiven Krankheitsbild eine regelhafte Reduktion des affektiven Ausdrucksverhaltens. Sie zeigt sich gerade in der Interaktion und der Involvierung der PatientIn in dieses Beziehungsgeschehen (Ellgring 1983, 1989; Vanger 1984). Dabei kann die subjektive Schätzung von Zeitstrecken im Zusammenhang mit der rhythmischen Gestaltung eine Rolle spielen (Fraise 1966; Bock 1975; Ey 1967). Dies erklärt Befunde, die für eine krankheits-spezifische Spielweise bei depressiv Erkrankten sprechen (Steinberg 1987). Konkret wird eine positive Aufnahme von Musiktherapie bei depressiven Patienten beobachtet (Bock 1975).

Entlang der Persönlichkeit der PatientIn werden nicht die 'üblichen' Krankheitsbilder (wie oben) versprachlicht, sondern Handlungs-, Erlebens- und Werkeigenschaften dieses Menschen. Damit liegen diese Benennungen auf einer noch nicht in gleichem Maße reduzierten Informationsebene wie die medizinischen Diagnosen (ICD, DSM). Diese sind ihrerseits ja aber auch aus genau solchen umschreibenden Beobachtungen entstanden. Hier scheint es sich abzuzeichnen, daß Musiktherapeuten Gruppierungen anders setzen, damit aber auch zu Kategorien kommen.

Mögliche Gruppen können sein:

Defizite/Bedürfnisse im

- Handlungsbereich (zuviel/zuwenig)
- Erfahrungs- und Erlebensbereich,
- Interaktionsbereich
- Kommunikationsbereich⁴.

Therapierelevante Aussagen findet Vogt-Schäfer (MU 1991, S 187):

- die PatientIn ist verbal schlecht oder gar nicht erreichbar
- die PatientIn rationalisiert mit Hilfe der Sprache: Ziel ist, stärker mit ihren Gefühlen in Berührung zu kommen
- die Diagnose ist noch unklar.

Im speziellen Einsatz von Musiktherapie, jetzt in Abgrenzung zu anderen Psychotherapieverfahren, ist wichtig zu klären, mit welcher Störung oder Disposition nun der Patient genau dieses Medium braucht. Offen ist, ob spezifisch musikalisch musiktherapeutische Phänomene zu benennen und zu kategorisieren sind. In der engen Verwobenheit der verschiedenen künstlerischen Fächer miteinander als Spiegel der Ganzheit Mensch ist eine enge und strikte Formulierung schwer vorstellbar.

1.6 Auswirkungen der Musiktherapieforschung

auf die Musiktherapie: Kächele (1988) betont, daß sich eine psychotherapeutische Methode langfristig nur etablieren kann, wenn es ihr klinisch und empirisch gelingt, spezifische Wirkfaktoren im Rahmen einer allgemeinen Theorie plausibel zu machen, die sich auf gemeinsame Faktoren aller Psychotherapieformen bezieht.

Grundlagenforschung zu einer spezifisch musiktherapeutischen Methode, dem frei improvisierten musikalischen Dialog (fimD), kann Erkenntnisse zu nonverbalen beziehungsregulierenden Handlungsaspekten bringen und darüberhinaus wichtige Aufschlüsse über den gezielten Einsatz der Musiktherapie liefern.

⁴ Vgl. zum Unterschied Interaktion – Kommunikation auch Decker-Voigt, 1992

Improvisierte Musik beinhaltet ein hohes Maß an emotionalen Informationen. Im Rahmen musiktherapeutischer Grundlagenforschung werden die in der klinischen Arbeit zu entschlüsselnden musikalischen bzw. musikalisierten Botschaften systematisiert. Dabei werden möglicherweise indikations- und/oder persönlichkeitspezifische Muster deutlich.

auf die Psychotherapie: Die Förderung musiktherapeutischer Forschung bringt durch die Entwicklung einer Klang-Methodologie (Kächele 1989) auch für die verbale Psychotherapie wertvolle Aufschlüsse über nonverbale Anteile der Kommunikation, so auch nonverbale Anteile des Sprechens (Sprachmelodie, Lautstärke, Sprachrhythmus, Prosodie) und ihrer Funktion in der Beziehungsregulierung (Beck 1990; Eggebrecht 1985; Papousek u. Papousek 1988). Besonders für die heute vielfach thematisierten sogenannten "frühen Störungen" sind die nonverbalen Aspekte der therapeutischen Interaktion aus klinischer Sicht höchst bedeutsam und doch in der Forschung vernachlässigt (Bräutigam 1978; Nitschke 1984).

auf die musikpsychologische Forschung: Die Einbeziehung der aktiven Form des Musizierens in die Musik-Wirkungsforschung bietet eine sinnvolle Erweiterung zu den bisherigen Bemühungen der systematischen Musikwissenschaften. In der speziellen Involvierung in der Musiktherapie, bei der Hörer, Interpret und Komponist ein und dieselbe Person sind, treten elementare Prozesse in den Vordergrund und können analysiert werden.

auf die klinische Arbeit: Wissenschaftliche Erkenntnisse werden aufgrund langwieriger Arbeit gewonnen. Schnelle Fortschritte sind kaum zu erwarten. Trotzdem kann man davon ausgehen, daß Forschung letztendlich dem Patienten dient. Ein Nachweis spezifischer Wirkfaktoren der Musiktherapie und ihr entsprechender Beitrag zu einer allgemeinen, schulenübergreifenden Theorie der Psychotherapie wird mithelfen, die Aus- und Weiterbildung der Therapeuten zu verbessern. Durch eine verbesserte Indikationsstellung, also vorangegangener differenzierterer Zuordnung von musiktherapeutischen Methoden zu bestimmten Bedürfnissen der Patienten, kann gewissen Patientengruppen durch einen gezielten Einsatz von Musiktherapie besser geholfen werden.

2 EINE EXPERIMENTELLE MUSIKTHERAPIE

2.1 Ausgangspunkt des Experiments

2.1.1 Vorüberlegungen zur Erstellung des Artefaktes

Die therapeutische Situation wird per se häufig als eine künstliche betrachtet. Sie ist eine mehr oder weniger bewußte Konstruktion der Wirklichkeit unter Berücksichtigung bestimmter Spielregeln, wie sie im therapeutischen Arbeitsbündnis verabredet werden. Noch künstlicher können die Bedingungen dann werden, wenn auch noch Forschungsbedingungen geschaffen werden sollen. Hier wird die Situation dahingehend präpariert, daß das Geschehen dokumentiert (Fragebögen, Video-/Audioaufzeichnung, Protokolle) und das dokumentierte Material untersucht werden kann.

Die vorliegende Studie entstand in einer Situation, in der Musiktherapie noch nicht im klinischen Bereich der Universität etabliert war. (Inzwischen gibt es dort auch musiktherapeutische Angebote im Rahmen der "Psychotherapeutischen Ambulanz") So bot sich zunächst nur die Möglichkeit, einen "vorhandenen" Patienten für eine musiktherapeutische Intervention zu gewinnen. In diesem Falle handelte es sich um einen seit längerer Zeit in psychoanalytischer Behandlung befindlichen jungen Mann, der sich für dieses Experiment mit allen Rahmenbedingungen zu Verfügung stellte. Die Auswirkungen der spezifischen Situation auf die Beziehung zwischen ihm und dem Musiktherapeuten sind – soweit bekannt – in der Beschreibung mit berücksichtigt.

2.1.2 Äußerer Rahmen

Die zehn Sitzungen, die in der vorliegenden Studie untersucht werden, finden statt im Musiktherapie-Raum des psycho-sozialen Zentrums der Universität Ulm. Der Raum besteht aus zwei Teilen: durch die Tür betritt man den unteren, in welchem sich die Garderobe, Schränke, Regale für Stereoanlage und Platten sowie einige Stühle befinden; über ein paar Treppenstufen gelangt man in den oberen Teil. In der Mitte ist eine Säule, in einer Ecke steht die Videoanlage auf einem Tisch, daneben ein Stapel mit verschie-

denfarbigem Stoff bezogenen quadratischen Matratzen. Zu den Wänden hin verteilt, teils auf Regalen, teils frei im Raum, befinden sich die Instrumente: zwei große Baßschlitztrommeln, ein Kontrabaß, ein großes und ein kleines Xylophon, ein Metallophon, ein Monochord, eine Harfe, etwa zehn Rahmentrommeln in verschiedenen Größen, zwei Congas, eine selbstgebaute große stehende Trommel, zwei kleine Pauken, diverse kleine Rhythmusinstrumente und Flöten, ein Ständer mit selbstgebauten Gongs, eine Leier, eine Geige, eine Mandoline, hängende gestimmte Messingröhren.

Da der Raum von verschiedenen Therapeuten und Gruppen genutzt wird, ändert sich die genaue Anordnung der mobilen Instrumente und Materialien ständig.

Der obere Raum ist mit grauem Teppichboden ausgelegt und wird nur auf Socken betreten. Insgesamt ist der ganze Komplex relativ hoch und oben rundum mit Fenstern ausgestattet, so daß er tagsüber mit natürlichem Licht erhellt ist.

2.1.3 Setting, Arbeitsbündnis

Untersuchungsgegenstand ist die "freie Improvisation". Diese Methode überwiegt heute in der musiktherapeutischen Praxis.

Der Patient erklärte sich damit einverstanden, daß für die Dokumentation Video-Aufzeichnungen gemacht werden und Fragebögen (jeweils zu Beginn und Ende der Stunden) auszufüllen sind. Ansonsten ist abgesprochen, daß

- er Instrumente frei wählen kann
- er auf den Instrumenten frei spielen kann ohne Anspruch auf Leistung und Zustandekommen eines ästhetischen Produktes
- der Therapeut ebenfalls frei Instrumente wählt und spielt
- über das Erlebte gesprochen werden kann

Aus therapeutischen Erwägungen empfiehlt es sich, anfangs möglichst wenig Regeln auszumachen, da die besondere Weise des einzelnen Patienten, mit einem relativ freien Raum umzugehen, bedeutsam und aufschlußreich ist. Bedürfnisse des Patienten nach mehr Regeln (Strukturierung, Schutz) können im Verlauf des therapeutischen Prozesses situationsspezifisch auftauchen und besprochen werden.

2.1.4 Der Patient

Der Patient (für den im Folgenden das Kürzel "P", für den Therapeuten entsprechend das Kürzel "T" verwendet wird), Mitte der fünfziger Jahre geboren, studierte zum Zeitpunkt der Untersuchung ein technisches Fach. Seine Kindheit verlief sehr unruhig und wechselhaft. Innerhalb weniger Jahre zog die Familie sechsmal um, zum Teil in Abständen von weniger als zwei Jahren. Für P war dies verbunden mit mehreren Schulwechslern. Hinzu kamen mehrere Krankenhausaufenthalte, so daß kaum Gelegenheit zur Anknüpfung stabiler sozialer Kontakte gegeben war. Er hat drei Geschwister, eine zwei Jahre ältere Schwester, einen zwei Jahre jüngeren Bruder und eine fünf Jahre jüngere Schwester. Der Bruder wird einerseits von ihm in der biografischen Perspektive verleugnet. Andererseits empfindet er, daß dieser von der Mutter vorgezogen wurde. Nach der Geburt der Schwester werden vermutlich die Grundlagen für seine pathologische Symptomatik gelegt: Die Mutter sperrte ihn in einem anderen Zimmer ein, um sich der Schwester widmen zu können. Überhaupt beschreibt P seine Mutter so, daß sie ihn nie habe heftig werden lassen, sondern immer ruhiggestellt habe.

In der Schule wird er zum Außenseiter und Prügelknaben. Aufgrund seines Schulversagens und Zurückweisungen zieht er sich in soziale Isolation zurück und entwickelt über abstraktes Phantasieren "logischer Gedanken" eine "Zwei-Welten-Theorie": in der "mathematischen Welt" herrscht Gerechtigkeit und Ordnung, in der "Welt des Erlebens" gibt es nur Unordnung und störende Gefühle. Der erste Suizidversuch erfolgt im Alter von neunzehn Jahren, als er zum drittenmal sitzenbleibt.

Anfang der achziger Jahre sucht er wegen erneuter Selbstmordgedanken einen Arzt auf. Im Erstgespräch schildert er sich als sehr beunruhigt über diese Selbstmordimpulse. Als Grund gibt er eine schiefgegangene Klausur einerseits und andererseits das Verliebtsein in ein Mädchen an, welchem er sich nicht zu nähern vermag. Nach tieferliegenden Gründen befragt, meint er, daß er damit aus Situationen fliehe, in denen er sich ungerecht behandelt oder nicht wichtig genommen fühle. Im weiteren Verlauf der Gespräche stellt sich heraus, daß seine Schwester an Schizophrenie erkrankt sei. Er hat Angst, auf die gleiche Weise zu erkranken. Seit Mitte der achziger Jahre ist P in psychoanalytischer Behandlung mit wechselnder Frequenz (Thomä u. Kächele 1988, S 142ff) Sein Therapeut schlug ihm im dritten Jahr der Behandlung vor, an zehn

Stunden Einzelmusiktherapie zu Forschungszwecken teilzunehmen, bei denen für den Patienten auch möglicherweise eine Bereicherung seiner persönlichen Erfahrung stattfinden könne.

P beschreibt seine Symptomatik wie folgt: Er fesselt sich allein auf seinem Zimmer mit Ketten, die er dann noch mit Schlössern abschließt. Dabei gerät er in sexuelle Erregung. Er macht es sich immer schwerer, sich wieder zu befreien und bringt sich damit in reale Lebensgefahr. Er hat bereits äußerst bedrohliche Situationen durchlebt. Er sieht selbst eine Verbindung zu seinen Suizidgedanken. Er spürt eine Analogie zwischen dem Erregungszustand beim Fesseln und dem Gefühl, wenn die Mutter ihn im Kinderzimmer eingesperrt hatte, um die neugeborene Schwester zu stillen, zu wickeln oder mit ihr zu spielen.

Ein wichtiges Problem sind seine Beziehungen zu Frauen. Bereits als er Anfang der achziger Jahre zum erstenmal den Arzt aufsuchte, war der Konflikt mit einer Kommilitonin wesentlich für die Auslösung seiner Suizidalität. Er geriet in starke Spannungs- und Depressionszustände, weil er es nicht schaffte, eine echte emotionale Beziehung zu ihr aufzunehmen. Er litt in zunehmendem Maße an seiner Unfähigkeit, seinen sinnlichen Trieb zum Ausdruck zu bringen und ihm Gestalt im Zusammenhang mit seinem seelischen Erleben geben zu können. Die dadurch bedingten Mißverständnisse hatten dazu geführt, daß die Kommilitonin ihn einige Tage nicht sehen wollte, was bei ihm Selbstmordgedanken auslöste. Er konnte die so sehr ersehnte Beziehung zu Frauen nur auf der intellektuellen Ebene gestalten, weil er durch geschicktes Argumentieren die Gespräche in die von ihm gewünschte Richtung beeinflussen konnte. In einer späteren Phase der Therapie konnte er artikulieren, daß er seine rationalisierende Sprache brauche, um die Gefühle unter Kontrolle zu halten, da er sonst nicht wisse, wohin es mit ihm gehe. Er lernte auch, eine Analogie zur Fesselproblematik darin zu erkennen, daß er Frauen verbal fessele, um damit die Distanz aufrechtzuerhalten. Seine Sexualität konnte er nur abgespalten in seiner masochistischen Perversion ausleben. Besonders in Situationen, in denen er sich allein gelassen fühlte, wußte er mit seiner großen inneren Spannung nur auf diese selbstquälerische Weise umzugehen. Er schilderte öfters weinend seine Hilflosigkeit und das Gefühl, er könne sein Schicksal nur ertragen, wenn sich jemand mit verantwortlich für ihn fühle.

Seine Eltern erlebt er wie folgt: Die Mutter sei dominierend. Sie habe in den frühen Kinderjahren versucht, bei ihm wie bei den Ge-

schwistern, ihre Erwartungen durchzusetzen. Er habe sich vor einigen Jahren innerlich von ihr abgewandt und erwarte nichts mehr von ihr. Er hat den Verdacht, daß sie sich an ihm schadlos hält für das, was sie vom Vater nicht bekommen könne, weil dieser ganz in der Beziehung zur schizophren erkrankten Tochter aufgehe und daher für beide nicht greifbar sei. In einer Charakterisierung von sich selbst nennt P die Adjektive: kontaktunsicher, aggressionsgehemmt, passiv, extrem kränkbar.

Hinsichtlich seiner Beziehung zur Musik sei noch erwähnt, daß er seinem Analytiker von einer großen Sammlung mit Pop-Musik erzählt, mit deren Aktualisierung er viel Zeit zubringt.

Im Erstinterview fiel neben allgemeinem Gehemmtsein vor allem noch ein Sprachfehler auf. Dem gegenüber stand damals schon eine hohe Differenziertheit im gedanklichen Ausdruck. Bei der Wiederbegegnung zwei Jahre später bemerkte der damalige Therapeut einige Veränderungen: P habe viel von seiner schwammigen Weichheit verloren, wirke konturierter und klarer. P gab sich im Verlauf dieses Gesprächs "einen sichtbaren Ruck" und berichtete über seine Perversion. Der Arzt hatte in dieser Phase den Eindruck, daß es P am besten helfe, ihm nur zuzuhören und nichts zu sagen. Er äußert P gegenüber die Vermutung, daß es gar nicht um Suizid, sondern um den Beweis gehe, daß es dem P unter noch so schwierigen Bedingungen gelinge, sich zu befreien und mit dem Leben davon zu kommen.

Die anfangs gestellte Diagnose einer "depressiven Entwicklung bei narzißtischer Persönlichkeit mit hysterischen Modi der Konfliktbewältigung" wird im Laufe der Behandlung modifiziert zu einer "narzißtisch-schizoiden Persönlichkeitsstörung mit einer perversen Symptomatik und temporär durchbrechenden suizidalen Impulsen". Im Verlauf der Analyse wird die Beziehungsregulierung zu einem wichtigen Thema. Die Möglichkeit, Nähe und Distanz zu kontrollieren, ist für P, der den Therapeuten z. T. als übermächtig erlebt, bedeutsam. Er reduziert die Stundenzahl und testet die Grenzen, indem er wie ein Kind mit den Setting-Regeln umgeht (zum Beispiel setzt er sich auf den Boden oder verläßt die Stunde nach wenigen Minuten).

In der Wahrnehmung des Analytikers bestimmt P sehr stark die Interaktion und kontrolliert den Therapeuten, was P selbst als Versuch, seine Unabhängigkeit unter Kontrolle zu bekommen, be-

greift. Indem der Therapeut für P eine kalkulierbare Größe wird, verläuft die Analyse fruchtbar.

2.1.5 Einige theoretische Überlegungen

Freud (1905) faßte die Perversionen von Erwachsenen zunächst als eine "Fixierung der infantilen Neigungen" auf, später als "sekundäre Regressions- und Verdrängungserscheinungen". Boss (1947, S 33f) meint: "Allen konkreten Liebes- und Sexualstörungen liegt zutiefst eine solch übermäßige und unüberwindliche Verdeckung des dualen Seinsmodus, eine Beschränkung der Daseinsfülle der Liebe durch die Seinsweise des isolierten, eigensinnigen und zugleich angstbeladenen, begrenzten Existierens zugrunde ... die gestörte Dialektik von Liebe und Welt ..." In einem Fallbeispiel interpretiert er das Fesseln als "Angst-Lust-Erlebnis", als ein "Aufreißen der Kruste von außen her", "Sprengen aus dem inneren heraus", "eine maximale Steigerung der Enge und der Angst der Welt", wobei das Leben so komprimiert werde, daß es schließlich von innen heraus explodiere.

Das Defäzieren in eine Windel hat sicher mit infantilen Neigungen und Regression zu tun. Wesentlicher erscheint aber das "Angst-Lust-Erlebnis", zumal der Patient sich mit Ketten fesselt, die er unter Strom setzt, also seine Lust mit Todesangst gepaart ist, wobei seine Isolation, in der er auf keine mitmenschliche Hilfe rechnen kann, ein weiterer unabdingbarer Faktor ist. Die innere Hochspannung, die aufgrund seiner emotionalen Ausdrucks-hemmung kein Ventil findet und sich selbst über exzessive körperliche Anstrengung nicht abbauen läßt, entlädt sich im Ritual der Fesselung, in maximaler Steigerung der Enge (vgl. T's Gegenübertragung) verbunden mit echter Bedrohung in (selbstzerstörerisch-suizidaler) "Nähe" nichtpersonaler Art durch Ketten unter Strom.

Kohut (1973) konstatiert unter anderem Neigungen zu perversen Handlungen bei narzißtischen Persönlichkeitsstörungen, die in der Literatur zunehmend abgegrenzt werden vom Borderline-Syndrom. Er beschreibt die wesentlichen Merkmale des manifesten Krankheitsbildes: schwere Selbstwertprobleme, intensive Gefühle der Leere, Sinnlosigkeit und Depression, starke Schamanfälligkeit und Kränkbarkeit. Er sieht als Kern der Störung einen Stillstand bzw. eine Blockierung der Normalentwicklung des Narzißmus von

primitiven zu reifen Formen an. Kindliche Bedürfnisse werden massiv und wiederholt frustriert.

Kernberg (1978, S 270) beobachtet ein ungewöhnliches Maß an Selbstbezogenheit im Umgang mit anderen Menschen, wenig Empathie für die Gefühle anderer und schwere Mängel in der Liebesfähigkeit. In den scheinbar beziehungslosen Interaktionen spiegeln sich sehr intensive primitive Objektbeziehungen bedrohlicher Art wider und gleichzeitig das Unvermögen, sich auf gute verinnerlichte Objekte verlassen zu können. Die Elternfiguren beschreibt er als kaltherzig mit einem starken Maß an verdeckter Aggression; sie erzeugen im Patienten starke Affekte von Zukurzgekommenheit, Wut und Aggression und ein Gefühl, ungeliebt zu sein.

Merten (1986, S 145) beschreibt als Gegenübertragungs-Gefühle des Analytikers bei der narzißtischen Persönlichkeitsstörung unter anderem: Schwierigkeiten, dem Patienten in seinem vereinnahmendem Monologisieren zuzuhören; Verlieren des empathischen Kontaktes; leichte Verärgerung über die narzißtische Ansprüchlichkeit des Patienten; Gefühle des Verletzt- und Gekränktseins (aufgrund von Abwertung durch den Patienten).

Seit Paula Heimanns bahnbrechenden Arbeiten in den fünfziger Jahren wird in der psychoanalytischen Literatur die Beachtung der Gegenübertragung diskutiert, bei der sich der Therapeut gefühlsmäßig mit dem Patienten identifiziert. Nicht mehr nur ihre Überwindung wird gefordert, sondern sie wird als wichtiges Instrument der Therapie betrachtet. "In der Behandlung einer 34jährigen, traumatisch schwer gestörten Patientin habe ich gelernt, wie wesentlich meine teilweise heftigen Gefühlsreaktionen für das Verständnis der psychischen Konflikte der Patientin waren." (Krügel-Zeul 1983, S 72) Das gefühlsmäßige Miterleben ermöglicht erst einen tiefen Zugang zum Patienten. "Psychoanalyse, die vergißt, daß Erkenntnis und Heilung nur möglich sind durch emotionales Engagement auf zwei Seiten, droht zur Psychotechnik, zum Abspulen bekannter nosologischer Konzepte herabzusinken, ohne die psychische Wirklichkeit des Patienten jemals zu erreichen." (S 85)

Allerdings muß die Gegenübertragung reflektiert sein: der Therapeut erlebt die Gefühle bewußt und weiß gleichzeitig, daß er da etwas vom Patienten erlebt. Um T's Gegenübertragungsgefühle

zu dokumentieren, verfertigt er im Rahmen dieser Studie nach jeder Sitzung ein "affektives Spontanprotokoll".

Die Behandlung schwerer narzißtischer Störungen bedeutet für den Therapeuten – außer dem Ertragen heftiger Gefühlsreaktionen – meist viel Geduld. Er darf nichts erreichen wollen, sondern der Patient muß das Gefühl haben, so angenommen zu sein, wie er ist, und sich in einem ihm selbst gemäßen Tempo (von P später als "Rhythmus" bezeichnet) entwickeln zu können. Forschungsinteressen müssen bei der Doppelrolle Therapeut/Wissenschaftler sorgfältig darauf hin beobachtet werden, ob bzw. welchen Einfluß sie auf den Interaktionsprozeß haben.

Eine zehnstündige musiktherapeutische Intervention ist, auf dem Hintergrund der Schwere der vorliegenden Störung des Patienten und den Zeiträumen, in denen sich bei ihm bisher Veränderungen einstellten, im Hinblick auf therapeutische Effektivität nur bedingt relevant. In dieser Studie liegt der Schwerpunkt nicht auf der makro-, sondern gerade auf der mikroprozessualen Ebene, auf der Betrachtung kurzer Ausschnitte, in denen musikalische Interaktionen sich gleichsam verdichten.

2.2 Verlauf der musiktherapeutischen Intervention

T beschreibt seine erste Begegnung mit P: Zum Vorgespräch, das in meinem Arbeitszimmer in der Abteilung beginnt, kommt P zu früh. Mein spontaner Eindruck ist "Flucht nach vorn". Er beginnt sofort, Ängste zu äußern. Um die Ungewißheit etwas zu reduzieren, biete ich ihm an, gleich den Musiktherapieraum als Ort des künftigen Geschehens aufzusuchen; er willigt gern ein. Wir ziehen die Schuhe aus, betreten den oberen Raum und betrachten die Instrumente. Ich lade ihn ein, sie auszuprobieren. P nähert sich vorsichtig, spielt hier und da einen Ton und sagt mir dann mit verlegenem Lächeln, er fühle sich beobachtet. Ich hatte zwar die reine Zuschauerrolle vermieden und mich ebenfalls herantastend bei den Instrumenten bewegt, aber darum geht es wohl gar nicht, denn P formuliert jetzt sein Kernproblem: "Wenn ich was mache und jemand anderes ist dabei, verliere ich mich selbst und kann deswegen meine Kreativität nicht leben."

Als variable Setting-Regel schlage ich daraufhin vor, aufgrund solcher Einsichten in die eigene Problematik gemeinsam über

Möglichkeiten nachzusinnen, nicht zur Verfügung stehendes Potential "übend" zu entwickeln. Wir vereinbaren, uns einmal wöchentlich für eine Stunde (60 Minuten) in diesem Raum zu treffen.

Nach dieser Erstbegegnung notiere ich als persönliche Eindrücke: "große Spannungen; verbalisiert aber bald, was er spürt; große Ausdruckshemmung; Beziehungsstörung!!! suchende Augen; Motivation für Veränderung".

Die zehn Sitzungen

Die direkt mit dem Therapiegeschehen verbundenen schriftlichen Aufzeichnungen gliedern sich in zwei Phasen. In einer dritten versuchte T eine Zusammenfassung und Reflexion des Geschehens. Nach der Entstehungszeit angeordnet muß sich der Leser zuerst das >Affektive Spontanprotokoll<, dann das >Protokoll nach Videoaufzeichnung<, dann die >Zusammenfassung und Reflexion< denken. Für einen leichteren Mitvollzug der Situation wurde im Folgenden die "objektive" Stundenbeschreibung des >Protokolls nach Videoaufzeichnung< dem >Affektiven Spontanprotokoll< vorangestellt.

2.2.1 Erste Sitzung

Protokoll nach Video

In der Anfangssituation sitzen bzw. knien sich P und T im Abstand von etwa einem Meter gegenüber. P schaut T erwartungsvoll an. T formuliert ein Angebot: zu Beginn könne man erst einmal den Raum ein wenig erforschen, die Instrumente ausprobieren und mal sehen, was sich daraus so ergibt.

P geht darauf nicht ein, sondern beginnt zu erzählen, daß ihn die Beziehung zu einer Frau gerade sehr beschäftige, wobei im Verlauf seiner Schilderung die Sprache immer undeutlicher und leiser wird. Bei dem emotionalen Konflikt geht es um eine Frau aus dem Studentenwohnheim, in dem er lebt. Sie erinnert ihn an eine Frau, mit der er vor 12 Jahren eine Beziehung hatte, die diese nach zwei Jahren abbrach, was für ihn eine Katastrophe bedeutet hatte. Er fragt sich, ob er da eine Beziehung "vererbe" und nennt als Oberthema "unrealistische Erwartungen". Er bremse sich, weil die aktuelle Frau nicht gemeint sei, sondern die von damals, wo etwas nicht zuendegegangen sei. Auch sonst übertrage er Beziehungen von Personen, von denen er örtlich getrennt sei auf neue Personen. Auf T's Frage, ob es da einen Grundkonflikt gebe in Bezug auf

Frauen, der sich an jeder neuen Begegnung wieder aktualisiere, antwortet er, er könne diesen Schritt nicht mitvollziehen, es gäbe Konflikte mit Frauen, die aus der Beziehung zu seiner Mutter herrührten. Dann dehnt und räkelt sich P genüßlich und äußert sein Wohlbehagen darüber, diese jetzt losgeworden zu sein.

T's Angebot, die Atmosphäre dieses Konfliktes klanglich gestalten zu versuchen, lehnt er ab: es sei für ihn jetzt etwas anderes wichtig, nachdem er verbal abgeladen habe, nämlich – "der Raum, Sie und Ich. Die Erzählung war nur ein Beiseiteschieben und jetzt kommt das Eigentliche ... Sie gehören dazu." T macht darauf bezogen das Angebot zu einer musikalischen Improvisation, auf das er sich nach anfänglichem Zögern schließlich einläßt. P beginnt mit Kratzgeräuschen auf dem Teppich. T antwortet auf Gongs. P reibt an Gläsern, dann an den Fellen der Congas. Er schlägt mit der flachen Hand einige Male und klopft dann mit den Fingerknöcheln. T bemüht sich, durch Fingertrommeln auf der Baßschlitztrommel darauf einzugehen. Nach ca. fünf Minuten kommt es zu einem etwa eineinhalbminütigen ersten Dialog über ein rhythmisches Thema. Pause. Langsames Vortasten (ca. vier Minuten) zu einem kurzen Dialog (eine Minute), der sich wieder auflöst. Leises Tasten. Seufzen. Ein lauterer Hin und Her. Wieder langes, sehr leises Streicheln. Stille. Ende des ersten Teils der Improvisation.

P, immer noch an den Congas, beginnt wieder mit Schaben. T geht zum Kontrabaß und ahmt das Geräusch dort nach. P schlägt nun mit der flachen Hand und findet dabei einen konstanten Rhythmus, den T melodisch aufgreift – eine fast vierminütige gemeinsame Phase. P spielt dabei zunächst eher starr, metrisch. T versucht, mit einem repetitiven Baßlauf eine mehr swingende Atmosphäre ins Spiel zu bringen; in der Tat wird der Rhythmus von P sukzessive differenzierter. Am Ende seufzt P wieder. Er beginnt noch einmal mit Fellreiben. T geht an das Metallophon. Es folgt noch einmal ein sehr freier etwa zweiminütiger Dialog. Dann verharrt P mit den Ellbogen auf einer Conga, den Kopf in die Hände gestützt.

Die Aussprache leitet T mit der Bemerkung ein, er wüßte gern, was P jetzt denke und fühle. Der findet es schwierig zu beschreiben: "Ich empfinde, daß ich die Schwierigkeiten in der Kommunikation mit anderen, die ich sonst durch sprachliche Techniken kompensiere, daß die hier wieder auftreten, mit dem Unterschied, daß ich sie hier so tief empfinde, daß ich da gar nicht raus kann; das geht gar nicht." P meint spontan, man solle nicht darüber reden, verbessert sich aber gleich, er denke ja eh darüber nach und das sei

auch eine Art Reden, dann könne man auch gleich laut reden. An einer Stelle hätte er fast geheult. "Ich habe tiefer gefühlt, als ich überhaupt denken kann." Er fand es schwierig, "mit Ihnen Kontakt aufzunehmen und trotzdem das zu tun, was ich will". P fühlt sich musikalisch überfordert, wobei er das technische Problem der Koordination beider Hände anführt. T betont nochmals, daß es nicht um Leistung gehe, weder um gelungene Technik noch um "gelungene Kommunikation" im Sinne eines Produktes. Es dürfe auch ruhig jeder seines machen, "und wenn wir uns begegnen – um so besser". P meint, er sei noch zu weit weg, um das alles zu verstehen, er müsse erst noch verarbeiten, bevor er darüber weiter reden könne.

Affektives Spontanprotokoll

P wartet draußen vor dem Musiktherapieraum, "wie verabredet".

Während ich mich wundere, daß er nicht geklopft hat, beharrt er darauf, daß er sich an die Verabredung gehalten habe. Im ersten Kontakt spüre ich von seiner Seite eine Ambivalenz zwischen Offenheit und "Hunger", die in mir einerseits Gefühle von Überfordertsein auslösen, andererseits erlebe ich Verklemmtheit und Scheu, was den Impuls in mir wachruft, ihn zu mehr Offenheit und Kontakt zu ermutigen. Die Fragebögen sind für mich ungewohnt. Etwas verunsichert habe ich das Gefühl, ich müsse mich bei ihm entschuldigen für die Mühe. Ich möchte das inhaltliche Angebot so offen wie möglich halten und zeige die Möglichkeiten auf: spielen, ausprobieren, reden.

Er beginnt mit reden, es ist mir auch recht – aber ein bißchen fürchte ich, er könne sich da festlaufen. Er erzählt von seinem Konflikt mit einer Frau, der sich immer wieder an anderen Frauen festmache. Mein Versuch, verbal zu klären, was aktuell konkret dahinterstecke, gelingt nicht befriedigend. Ich habe das Gefühl, er will sich nicht festlegen. Als ich ihm zu dem Thema ein Spielangebot mache, geht er nicht darauf ein, sondern lenkt nun um: das Eigentliche seien der Raum, ich und er. Ich modifiziere das Angebot dahingehend. Es entsteht eine verkrampfte Atmosphäre des Zögerns, in der die aufspringende Tür des Raumes hilfreich ist.

Während ich sie schließe, geht P zu den Instrumenten. Es entsteht eine erste Improvisation. P geht an die Congas, ich an die Baßschlitztrommel. Langes, leises Herantasten, Herumschleichen, flüchtige Begegnungen. Ich versuche immer wieder von mir auszugehen und dann wieder auf ihn einzugehen. In seinem Kratzen

auf dem Congafell spüre ich so etwas wie ein Locken, ein "Ich bin hier". Dann wieder mit der ganzen Hand wie ein Krallen, etwas Aggressives, aber auch Greifen nach etwas, was sich nicht greifen läßt. Immer wieder Resignation und Seufzen. Schließlich von ihm aus eine Zäsur.

Bei der zweiten Improvisation wechsele ich an den Kontrabaß. Ich versuche, P's Reiben auf dem Congafell zu imitieren – kurzer Blickkontakt. Lächeln. Insgesamt mehr kommunikative Momente. Ich versuche durch ein repetitives Baßthema Konstanz zu geben. Er geht zögernd gelegentlich darauf ein. Schließlich steht er an einer Conga und stützt den Kopf mit den Händen.

Ich leite das Schlußgespräch ein. Ich wüßte gern, was er jetzt denkt. Er kommt näher zu mir. Es falle ihm schwer, über das Erlebte zu reden, weil er über das Spielen an so tiefe Gefühle käme. Wir reden über die Schwierigkeiten, Erfahrungen zu verbalisieren. Er schildert als Grundkonflikt: Ich kann nicht bei mir bleiben, wenn ich in Kontakt mit Ihnen trete. Ich habe genug mit der Koordination meiner beiden Hände zu tun, wenn ich da auch noch mit Ihnen ... Um die betreffende Ebene nochmals zu klären, betone ich wieder, daß ich keinerlei musikalische Leistungserwartungen an ihn habe. P meint, er könne sich noch nicht über sein Erleben äußern. Er brauche Zeit zum Verdauen. Die anderen würden das "gutes Gedächtnis" nennen. Wir vereinbaren, daß er es über die Woche auf sich wirken läßt und wir am nächsten Dienstag um die gleiche Zeit weitermachen.

Die Fragebögen gehen diesmal schneller. Er verabschiedet sich schnell, steht später noch im Flur am Fenster. Verlegenes Grüßen. Video ist für mich noch beeinflussend, ich denke öfter daran. Ich meine beobachtet zu haben, daß P auch immer wieder hinschaut.

Zusammenfassung und Reflexion

In der Eingangssituation inszeniert sich ein Aspekt der Beziehung, der für den weiteren Prozess von Bedeutung ist. Indem P wartet bis T ihn hereinholt, gerät T (als Forscher und Therapeut) von vorneherein in die Rolle dessen, der etwas von ihm will. P spürt, daß er gebraucht wird (für diese Studie), und daß dies seine Chance ist, "den Spieß einmal umzudrehen": Bislang war P immer in der Rolle des "Bittstellers", einmal als hilfloses Kind, welches von den mächtigen ersten Bezugspersonen beherrscht und gefesselt wurde, dann als um psychiatrische und psychotherapeutische Hilfe ersuchender Patient, der schließlich mit dem Analytiker erste

Erfahrungen mit dem eigenen Anwenden von Macht im geschützten therapeutischen Rahmen macht. So kommt gleich zu Beginn ein Element in diese Beziehung, welches in der psychoanalytischen Literatur als "projektive Identifikation" beschrieben ist. P hat einen Therapeuten, der etwas von ihm will. Dies gibt ihm, der sich als ohnmächtig erlebt, ein Stück Macht über T. Er kann ausprobieren, wie T damit umgeht, wenn er ihm das, was T von ihm will (musikalische Dialoge für das spätere Rating) verweigert, so wie sein kindliches Bitten um Beziehung nicht erhört wurde. T's erstes musikalisches Angebot wehrt er durch Verbalisierung ab, eine Ebene, auf der er sich sehr gut auskennt. Er lockt T auf ein Thema (Frauen), und wenn dieser darauf eingeht, wechselt er die Ebene und sagt sinngemäß: Das ist doch gar nicht das Entscheidende, sondern das Hier und Jetzt. Er ist also derjenige, der weiß, worum es eigentlich geht und der deswegen das Geschehen bestimmt. T kann es nicht richtig machen. Schließlich nimmt er ein musikalisches Spielangebot an. Es kommt zu einer zweiphasigen Improvisation, welche gekennzeichnet ist durch das Muster: leises, langsames Tasten (P) – Daraufeingehen (T) – Entwicklung eines rhythmischen bzw. melodischen Themas, Zusammenspiel (P und T) – Abbruch (P) – erneutes Tasten usw. Die Abbrüche von P sind mehrfach begleitet von Seufzen, welches Ausdruck großer Anstrengung sein könnte, aber auch Resignation ausstrahlt.

P wird bewußt, daß er im musikalischen Dialog die Kompensationsmöglichkeit des Verbalisierens nicht einsetzen kann. Er spürt mögliche Konfrontationen mit bedrohlichen, tiefen Gefühlen. Er kann die Schwierigkeit beschreiben, mit T in Kontakt zu kommen und trotzdem zu tun, was er will. Die Übermächtigkeit des Anderen, der Verlust der eigenen Individualität in regressiv-symbiotischer Verschmelzung, wird als Thema im musikalischen Dialog erfahren. Daher bricht er ab, sobald ein gemeinsames Schwingen in rhythmisch-melodischen Mustern entsteht, schiebt aber "technische" Probleme vor.

Hier erfährt P also wieder die andere Seite der Macht – die Ohnmacht. Eigenmächtige Regulation im Spannungsfeld dieser beiden Pole taucht in dieser ersten Sitzung bereits als ein zentrales Problem von P auf.

2.2.2 Zweite Sitzung

Protokoll nach Video

P kommt fünf Minuten zu früh. Nach dem Ausfüllen der Fragebögen beginnt er sofort zu sprechen. Er schwimme. Er habe sich in eine Situation gebracht, daß ihm alle aus dem Weg gehen. Er habe sich heute morgen bei einer Freundin ausgeweint. Es sei aber noch nicht genug. Sein Analytiker fehle ihm (dieser ist derzeit auf Reisen), dessen besondere Art von Ruhe. Da lege er sich dann hin, entspanne sich und danach ging es ihm besser. Ob es da um Geborgenheit und Schutzraum gehe? Ja. Ob hier und jetzt auch so etwas entstehen könne? Weiß er nicht. Auf das Angebot "Liegen und Tönen lauschen" geht er nicht ein. Er redet weiter. Ihm sei flau im Magen. Er nimmt einen Metallophon-Spielstab in die Hand. "Wird das hier gestimmt?" Er spielt einige Töne. Dann legt er sich auf den Rücken. T bietet ein gemeinsames Spiel an. Er fragt T, wie er diesen Raum empfinde. Seine Schilderung lautet: kalt, grau, unübersichtlich, verwirrend. Letzteres, weil die Instrumente jedesmal anders stehen. Das mache Schwierigkeiten, wenn er sich im Raum bewege. Die Instrumente seien überhaupt Fremdkörper. Er habe das Gefühl von Haltlosigkeit im Inneren und dann suche er sie außerhalb.

T bietet ein Thema an: "Kontinuität im Klang." P legt sich auf den Rücken. Er greift sich eine Handtrommel, setzt sich auf, betrachtet sie, trommelt ein wenig darauf herum. T versucht vom Xylophon aus, mit ihm in Kontakt zu kommen. Er hört auf und wechselt auf die verbale Ebene. Er habe immer schon Schwierigkeiten gehabt, Töne zu produzieren. Er habe sich in der Kindheit bereits so leise bewegt, daß seine Mutter über ihn sagte: "Man sieht ihn, aber man hört ihn nicht". Sprache und vorgegebene Töne gehen. Aber bei seinen eigenen Tönen habe er die Phantasie, daß er selbst davor erschrecke. Im weiteren Verlauf des Gesprächs wird immer deutlicher, daß Laute jenseits von Worten gefährlich sind, weil sie tiefe Gefühle berühren können. Er nennt "zwei Worte für zwei Gefühle: gequältes Ich". Dabei presst er die Hände ineinander. T ermutigt ihn, etwas von seinen Gefühlen hinauszulassen. P bezeichnet seine scheinbare Lockerheit hier als Fassade. Innerlich sei er verkrampft. T entgegnet, ohne ein Annehmen des Verkrampftseins gäbe es auch kein wirkliches Lockerwerden. Er bietet an, die Verkrampfung musikalisch zu gestalten.

P beginnt, mit den Händen auf den Boden zu trommeln. T antwortet zunächst auf die gleiche Weise, wechselt dann jedoch an eine Trommel. P hört sofort auf zu spielen. Als T aufhört, fängt er wieder an. Mit den Fingern am großen Xylophon. T antwortet mit

Fingerklopfen auf der großen Schlitztrommel. P geht ans Monochord. T benutzt Harfe und Stimme. Es kommt zu einem längeren Dialog. Danach eine kurze Pause. P setzt sich auf eine große Schlitztrommel und beginnt mit leisem Fingertrommeln einen erneuten musikalischen Dialog. T setzt sich auf die andere große Schlitztrommel und antwortet nach einer Weile. P hört zunächst auf. Trommelt dann unhörbar (Video). Streichelt. Schließlich entsteht doch ein kurzer Dialog, den P beendet. Eine dritte Spielphase beginnt damit, daß P die große Schlitztrommel hochkant vor sich aufbaut. Er klopft deutlich darauf, wie man an eine Tür klopft. T wählt eine kleine Schlitztrommel. Es entsteht ein gemeinsamer Rhythmus, wobei P auf ein rhythmisches Thema von T antwortet. In der nächsten Phase legt P sich auf den Boden, T nimmt sein rhythmisches Motiv von eben wieder auf und summt dazu melodios. Als T damit aufhört, dreht sich P auf den Bauch, trommelt mit den Fingern auf den Boden. Schweigen. Er möchte es so mitnehmen, sagt er lächelnd.

Affektives Spontanprotokoll

P klopft fünf Minuten vor Beginn der Sitzung. Ich bin gerade beim Einstellen des Video und fühle mich ein wenig ertappt. Er wirkt auf mich verstört, weicht meinem Blick aus. Er schwimme. Als ich ihm musikalische Angebote mache, habe ich das Gefühl, daß er ihnen wieder aus dem Wege geht. Er beschwert sich, daß die Instrumente nicht wieder genau so stehen wie beim letzten Mal. Das irritiere ihn. Spontan empfinde ich das als großen Anspruch und Zumutung, kann es dann aber als sein Bedürfnis nach Sicherheit und Kontrolle in einer ansonsten unsicheren und unkontrollierbaren Welt begreifen – "schwimmen".

Im musikalischen Teil spielt er nur, wenn ich nicht oder jedenfalls nicht deutlich spiele, was ich als Kontaktverweigerung erlebe. Dies macht mich zunehmend ärgerlich. Er läßt mich hängen. Sein langes zurückhaltendes Spiel provoziert mich irgendwann zu einem lauten Trommeln auf der großen Standtrommel. Er sitzt ganz verkrampft am Boden. Ich habe Gefühle und Gedanken wie: Hoffentlich habe ich ihn jetzt nicht erschreckt! Gehe ich zu direkt ran? Muß ich vorsichtiger mit ihm umgehen? Ein schwerer Fall ...

Einen längeren Dialog aber, der schließlich doch entsteht, mit P am Monochord, T mit Harfe und Stimme, empfinde ich teilweise als sehr eindringlich, ergreifend, Nähe ertastend. Zum Schluß legt er

sich hin und ich spiele noch eine Weile für ihn. Ich habe ein gutes Gefühl, als er es so stehen lassen und gehen möchte.

Zusammenfassung und Reflexion

Diesmal kommt P fünf Minuten früher und klopft an. Er spürt seine Chance und will nun etwas von T – nämlich diese Chance nutzen. Gleichzeitig verbalisiert er ein Gefühl des "Schwimmens", der Haltlosigkeit bei gleichzeitigem Fehlen von Geborgenheit und Schutzraum. Der reale Raum erscheint ihm kalt, fremd und unberechenbar, da die Instrumente immer anders stehen. Über das Thema "Kontinuität im Klang" kommt es zu mehreren Spielphasen, nachdem er anfangs auf einige Angebote von T nicht eingegangen war.

Hinsichtlich der Gegenübertragung kann man bei T zunehmenden Ärger konstatieren. Auch musikalisch fühlt er sich "hängengelassen". Hier dürfte T stark mit P's frühkindlichen Gefühlen identifiziert sein (projektive Identifikation). Es wird deutlich, daß für P Töneproduzieren außerhalb der verbalen Ebene eine große Bedrohung darstellt und seit der Kindheit vermieden wird. Das Selbstquälerische und Verkrampfte scheint in Beziehung zu seinem erheblichen Ausdrucksdefizit, seiner Ausdrucksnot zu stehen. Es kommt zu kleineren musikalischen Dialogen, die aber immer sehr vorsichtig, tastend bleiben. Weiter ist auffällig, daß P oft aufhört, wenn T im Spiel deutlicher wird oder das Instrument wechselt. Diese Bedrohung erinnert biographisch an die vielen Umzüge. T wird die Rolle der keine Konstanz vermittelnden Eltern übertragen.

2.2.3 Dritte Sitzung

Protokoll nach Auskunft von T (da kein Video vorlag)

Als T eine Viertelstunde vor Beginn zum Musiktherapieraum kommt, um die Videokassette einzulegen, liegt P bereits bäuchlings auf dem Teppichboden im oberen Teil des Musiktherapieraumes. Er fühle sich zuhause nicht recht wohl im Moment und sei froh gewesen, den Raum schon offen zu finden. Er habe mit T erst zum Beginn der Sitzung gerechnet und es wäre ihm recht gewesen, wenn er noch nicht gekommen wäre.

P wollte eigentlich heute eine (Audio-)Kassette mitbringen und T einen Elektrogitarren-Klang vorspielen, der seine Stimmung gut ausdrücke. Er hat sie aber vergessen. Auf T's Anregung, es mit

einem der hier vorhandenen Instrumente zu versuchen, wählt er den Kontrabaß. Er spielt Saiten an und bremst sie dann mit dem Fingernagel. Als T ihn auf das Abbremsen der schwingenden Saite aufmerksam macht, wird er sehr traurig. T lädt ihn ein, dies im Liegen genauer zu spüren. Er beginnt heftig zu weinen, zu krampfen und krampfhaft zu husten. Er sieht sehr gequält aus. T teilt ihm mit, daß er Monochord spielen und dazu summen werde, und daß P jederzeit "Stop" sagen kann, wenn er etwas nicht will. Dann beginnt T am Monochord die 13 gleichgestimmten Saiten zu streichen und einen fließenden Klang zu erzeugen. Dazu summt er Töne. P kommt immer tiefer ins Weinen und Schluchzen. Er läßt es aber nicht wirklich zu, sondern drückt es ab einem bestimmten Punkt wieder in sich hinein. Er strengt sich dabei so an, daß die Stirnadern hervortreten. Als T ihn anregt, seiner Atemschwingung Raum zu geben, bricht er mit "Stop" ab.

P wirft T vor, dieser habe sein Krampfen aushalten müssen, weil das die Voraussetzung für Entspannung und Lösung sei. Er weint noch einmal sehr, auch wütend, weil T ihm demonstriert habe, was er nicht kann. Das würde er ohnehin immer wieder erfahren – und wenn er mal etwas anbiete, würde es nicht genommen. Hinsichtlich seines Umgangs mit Energie führt er aus, sie würde bei ihm auch durch größte Kraftanstrengung nicht aufgebraucht. Er mache manchmal große Radtouren, um sich zu erschöpfen, aber könne danach immer noch nicht entspannen. T nimmt in seiner Äußerung ein starkes Leistungsdenken wahr. Ob er sich vorstellen könne, seinen Umgang mit Energie einmal musikalisch zu gestalten. Über dieses Angebot ist P verärgert. Schließlich könne er das gar nicht abstrahieren und Musik sei ein völlig neues Medium für ihn. T betont den spielerischen Charakter der Angebote und die Chance, die darin liege.

Affektives Spontanprotokoll

Als ich eine Viertelstunde vor Beginn der Sitzung die Videokassette einlegen will, ist die Tür vom Musiktherapieraum nicht abgeschlossen. P liegt dort bäuchlings auf dem Boden. Später sagt er, er sei erst zwei Minuten dort gelegen und es wäre ihm recht gewesen, wenn ich noch nicht gekommen wäre. Ich bin über diese überraschende Einstiegssituation irritiert. Ich vergesse den Fragebogen und lege zwar nebenbei eine Kassette ein; jedoch ohne die Aufnahmetaste zu drücken. Später stelle ich mit großem Ärger fest, daß ich nun keine Videoaufzeichnung von dieser Sitzung habe. Als er von seinem Klang erzählt, bin ich froh und kann ihn anregen,

darüber zu arbeiten. Die Symbolik der "gebremsten Saitenschwingung" berührt mich sehr. Sein ganzes krampfhaftes Gehaltensein, das Nicht-tönen-dürfen (außer es ist intellektuell kontrolliert), sein verhaltenes Spiel auf den Instrumenten, sein "Gefesseltsein" – dies alles tritt mir darin entgegen. Ich spreche P gegenüber nur das Gebremstsein der Saite an. Die Reaktion ist heftig. Er weint, schluchzt und hustet krampfartig festgehalten, als wolle er die gebremste Saite mit dem ganzen Körper darstellen. Er liegt am Boden. Spontan spiele ich für ihn auf dem Monochord und summe dazu. Als ich ihn zum Mittönen einlade, bricht er ab. Er ist vorwurfsvoll und wütend. Ich hätte ihm demonstriert, was er nicht kann, anstatt sein Krampfen auszuhalten. Sein Modell von krampfhafter Anstrengung als Voraussetzung für Entspannung scheint mir keine glückliche Perspektive für den Umgang mit seiner Energie, aber vielleicht ist es seine bestmögliche Lösung.

Meine Gefühlslage nach drei Sitzungen mit P ist sehr ambivalent. Einerseits tut er mir leid in seiner Ausdrucksnot. Andererseits bin ich ärgerlich, weil er meine Angebote nicht an sich heranläßt. Einerseits habe ich das Bedürfnis, mit ihm in Beziehung zu treten. Andererseits frage ich mich, ob ich nicht zu bemüht bin und ihn damit blockiere. Affektiv geht es so weit, daß ich mich frage, was ich überhaupt noch tun darf, wieviel Handlungsspielraum mir P läßt und wieweit er dabei ist, mich zu "fesseln".

Zusammenfassung und Reflexion

Nachdem P in der ersten Sitzung gar nicht von allein den Raum betrat, kommt er in der zweiten 5, in der dritten 15 (!) Minuten früher. Er geht allein in den Therapie-Raum und legt sich dort bäuchlings nieder. Offensichtlich hat "T's Raum" etwas Anziehendes. Aber noch als apersonales Phänomen, denn als T dann in Person erscheint, ist es ihm nicht recht. T's Nähe als Person ist für ihn noch zu bedrohlich.

Er wollte eine Kassette mitgebracht und T einen Klang vorgespielt haben, der seine Stimmung ausdrücke, hat sie aber vergessen. Für eine so persönliche Offenbarung ist es vielleicht noch zu früh.

In den beiden ersten Szenen dieser Sitzung kommt eine Ambivalenz zum Ausdruck, die man mit den Gegensatzpaaren: Annäherung/Zurückweisung, Offenbarung/Verhüllung beschreiben könnte.

Als er die Darstellung seiner Stimmung am Kontrabaß durch Spielen und Abbremsen der Saiten versucht, scheint diese Ambivalenz wieder deutlich zu werden. T's verbale Bewußtmachung des Bremsens der Schwingung erschüttert P sehr. Er weint und krampft – und drückt damit daſelbe noch einmal mit dem ganzen Körper aus. T's Monochordspiel und Summen, verbunden mit dem Angebot, die Gefühle darauf ausschwingen zu lassen, erlebt er als Demonstration dessen, was er nicht kann. Er fordert, daß T sein Krampfen aushalten muß, da es die Voraussetzung für Entspannung sei. Es ist wohl so, daß T's Aushalten die Voraussetzung für weitere musiktherapeutische Angebote ist, die hier verfrüht sind. Man könnte mutmaßen, daß er sich auf ein repetitives Muster im Umgang mit seiner Energie versteift hat, welches seiner Fesselsymptomatik entspricht: Energie muß hoch aufgestaut, gebändigt werden, um sich dann lösen zu können. Eine zugelassene Steigerung und Entladung emotionaler Energie ist ihm noch nicht möglich in diesem Rahmen. Hier hat T ihn eindeutig überfordert. Er hätte seine Erschütterung und seine Art und Weise zu reagieren voll annehmen und seinen Schrecken mittragen müssen, anstatt ihm Lösungswege anzubieten. Zu diesem Zeitpunkt erlebt er dies zurecht als Demonstration dessen, was er nicht kann.

Die Ablehnung der Angebote könnte man als seinen (kindlichen) Ärger deuten, und zwar darüber, daß seine Versuche, zu den Eltern Beziehung aufzunehmen, nicht gelingen. Diesen Ärger spaltet er ab und T bekommt ihn zu spüren. In der Reflexion von T's Gegenübertragung wird sehr gut nachvollziehbar, wie es P in seiner Kindheit erging. Alle seine Versuche, Beziehung aufzunehmen, waren verkehrt, erfolglos. Er fühlte sich mehr und mehr eingeengt, "gefesselt", wie T jetzt in der Beziehung zu ihm. Dieser steigende innere Druck, dieses zunehmende Geladensein führte in der Sexualisierung zur perversen Symptomatik.

2.2.4 Vierte Sitzung

Protokoll nach Video

P und T sitzen schweigend auf der Baßschlitztrommel. P spricht kurz seine Atemschwierigkeiten in der letzten Sitzung an. Danach wieder Schweigen. T fragt ihn, ob er heute einen Vorschlag machen möchte, was sie zusammen tun könnten. P teilt mit, er sei auf Abwehr und Kompensation eingestellt. "Da kommt nichts." Nach einer Weile meint er, er wolle einen Weg finden, dahin zu kommen,

was er eigentlich tun möchte. Schweigen. Inzwischen sind etwa 15 Minuten vergangen.

P hockt auf der Baßschlitztrommel und starrt vor sich hin. T steht auf und geht im Raum umher, spielt hier und da einen Ton. Er landet schließlich am Xylophon. Nach etwa drei Minuten geht P an die Congas und antwortet.

P beginnt mehrmals ein starres Metrum und T versucht, dazu zu spielen. Diese Phase dauert etwa sechs Minuten. Dann bricht P ab. Setzt sich wieder auf die Baßschlitztrommel. Nimmt sich eine Rahmentrommel. Betrachtet sie. Legt sie wieder weg. Legt sich auf den Boden.

Anschließend meint P: "Wir machten es uns gegenseitig schwer." Er beklagt sich. Er habe flüchten wollen und T sei immer hinter ihm hergewesen. "Ich kann vor Ihnen nicht davonlaufen!" Er könne so nicht mit ihm zusammenspielen. Er brauche das Gefühl, daß er weglaufen kann. Sonst lege er sich auf den Boden und sei dann eben weg. T erzählt von seinem Gefühl, einen winzigen Handlungsspielraum zu haben. Er sei dabei, diesen auszukundschaften, weil er ihn einfach noch nicht kenne. P bringt ein Bild ein. Der Therapeut sitzt in einem Formel-1-Rennwagen, er bestenfalls in einem Porsche Turbo. Aber an schlechten Tagen sei er zu Fuß. Hier sei zusätzlich alles neu. Er habe keine Routine. T empfindet dies als ein deutliches Bild. Er nimmt sich noch mehr Achtsamkeit dafür vor, welches "Verkehrsmittel" P gerade benutzen würde. P beginnt, auf dem Teppichboden zu streicheln und zu klopfen. T streichelt und klopft auf einer Handtrommel. P holt sich zögernd eine kleine Trommel herbei. Spielt eine Weile. Steigt aus. Setzt sich auf eine Baßschlitztrommel. Als T auch aufhört und sich hinsetzt, steht er wieder auf. Er beginnt ein metrisches Trommelspiel. T versucht, auf der Baßschlitztrommel mitzuspielen. P hört wieder auf. T spielt noch einen kurzen Moment allein weiter.

P geht im Raum umher und beginnt zu reden. Sein Problem sei die nonverbale Kommunikation. "Ich versuche, 'was Einfaches zu spielen und dann kommen Sie daher und spielen einen runter. Da geh' ich ein dabei. Da fühl ich mich überfordert." Er wirft T zuviel Variation vor. Er ist aufgebracht. "Warum muß ich das alles erzählen. Ich versuche es musikalisch auszudrücken. Ich fühl mich von Ihnen überhaupt nicht verstanden." T erwidert, daß er seine Signale nicht immer richtig deuten kann und deshalb verbal nachfrage. P meint, er brauche mehr Zeit.

Affektives Spontanprotokoll

Ich habe das Gefühl, P gibt mir nur einen winzigen Spielraum. Sobald ich dessen Grenzen überschreite, macht er zu. Diese Grenzen muß ich ohne Worte spüren. Wenn ich konkret danach frage, ist er irritiert. Meinen Wunsch, zwischendurch verbal abzuklären, erlebt er funktional, wie eine Rechenaufgabe. Er fühlt sich nicht verstanden (ohne Worte). Ich fange an zu zweifeln, ob ich wirklich heute emotional "zu" bin, nicht spüre, was los ist. Ich fühle mich jetzt ausgelaugt. Ich meine, mein Bestes gegeben zu haben, aber es wird überhaupt nicht anerkannt. Ich bin genervt. Ich muß mich ständig kontrollieren und aufpassen, daß ich nicht "besser" bin als er. Wenn er eintönig spielt, darf ich nicht zwei Töne benutzen. Es ist anstrengend. Ich darf nicht ich selber sein. Immer muß ich aufpassen, daß ich nicht schneller bin als er, ohne Rücksicht auf mein eigenes Tempo. Es macht keinen Spaß, mit ihm zu spielen. Ich glaube, es wird noch einige Stunden dauern, bis wir da weiterkommen.

Zusammenfassung und Reflexion

P ist von der letzten Sitzung her auf Kompensation und Abwehr eingestellt. Er kann T's Angebot, einen Vorschlag für ein gemeinsames Tun zu machen, nicht annehmen. Aber er will einen Weg finden, dahin zu kommen, was er eigentlich tun möchte.

Nach einem ersten musikalischen Dialog beklagt er sich. Er habe vor T fliehen wollen, aber der sei immer hinter ihm her und habe das nicht gemerkt. P ist hier identifiziert mit dem bedrohten (kindlichen, ohnmächtigen) Anteil und projiziert den bedrohlichen (mächtigen) Anteil auf T. T's Überforderung von der letzten Stunde dürfte diese Konstellation verursacht haben. P seinerseits überfordert nun den Therapeuten mit dem Bedürfnis nach einem totalen und wortlosen Verstandesein. Nach der zweiten musikalischen Phase wird dies ganz deutlich: "Warum muß ich das alles erzählen. Ich versuche es musikalisch auszudrücken...". Im Kontrast zu diesem nichtrationalen Wünschen steht die klare Äußerung, sein Problem sei die "nonverbale Kommunikation". Resümee dieser Stunde ist: sich gegenseitig mehr Zeit zu lassen.

2.2.5 Fünfte Sitzung

Protokoll nach Video

P bringt zu dieser Sitzung die angekündigte Kassette mit (siehe die dritte Sitzung). Er spielt ein kurzes Musikstück vor, von dem er meint, diese Musik würde ausdrücken wie er sich fühlt. Es handelt sich um einen liegenden Synthesizer-Klang, in den eine Elektrogitarre mit Verzerrer-Einstellung hineingespielt wird. P möchte wissen, wie es auf T wirke. Dieser meint, es sei gleichzeitig aggressiv und schwungvoll, etwas wolle sich ausbreiten, weit werden. P meint, es habe mit seinen Aggressionen zu tun. Er könne nicht damit umgehen, habe keinerlei Erfolgserlebnisse mit "sich wehren". Aggression sei für ihn nicht kalkulierbar, da flippe er aus. Auch im therapeutischen Schutzraum, in dem der Therapeut ein Stück Kontrolle abnimmt, kann er sich keine Annäherung an seine aggressiven Gefühle vorstellen. Er vergleicht sich mit einem Staudamm, bei dem man das Wasser nur langsam von oben abfließen lassen könne. Auf T's Frage, was er sich denn hier jetzt vorstellen könne zu tun, geht er ans Fenster und schweigt.

Nach einer Weile beginnt T leise auf der Schlitztrommel zu spielen. P setzt sich an die Säule und starrt vor sich hin. Schweigen.

T fragt, ob er für ihn mal einen Klangteppich spielen soll, auf dem er sich musikalisch ausbreiten kann? Schweigen. Oder ob wir noch einmal ein gemeinsames Spiel versuchen? P: Ich kann nicht. Er wirkt verzweifelt und überfordert. T wartet ruhig sitzend ab.

Nach einer Weile meint P, er habe kein Vertrauen, daß es wirklich helfe. Das sei der Konflikt. T ermuntert ihn, nicht verbal-strategisch Lösungsmöglichkeiten zu planen, sondern zu spielen, auszuprobieren, die Dinge sich entwickeln zu lassen.

P steht nach einer Weile auf. Geht an die hohe Trommel. Stützt seinen Kopf mit dem einen Arm auf. Den anderen legt er locker auf das Fell. T nimmt sich eine Handtrommel und wandert spielenderweise durch den Raum. Er bleibt schließlich etwa zwei Meter von ihm entfernt stehen und sucht Kontakt mit ihm. Es kommt zu mehreren etwa halbminütigen, gemeinsamen Spielsequenzen, bei denen P jeweils ein starres Metrum spielt. T versucht, sich rhythmisch ergänzend einzuschwingen. Schließlich hört P endgültig auf und legt sich auf den Boden. T setzt sich zu ihm. Nach etwa zwei Minuten beginnt P, am Boden metrisch zu klopfen. T steigt ein. P hört wieder auf. Schweigen. P dreht sich auf den Bauch, starrt vor sich hin, fängt schließlich wieder an zu klopfen. T steigt wieder ein. P hört wieder auf. Das ganze noch einmal. Die

Bodenszene dauert insgesamt etwa zehn Minuten. Dann kommt es noch einmal zu einem vierminütigen Dialog. Danach Schweigen. P stöhnt, schüttelt den Kopf, schweigt, stützt sich schließlich auf.

T versucht zu erfragen, was P erlebt hat. P reagiert wieder vorwurfsvoll: Warum T nicht wahrnehme, was mit ihm ist, ohne zu reden. T müsse doch sehen, daß er angestrengt und müde, aber entspannter sei als sonst.

Affektives Spontanprotokoll

Mein Gefühl nach der heutigen Sitzung ist besser. Mein Verhalten war wohl dazu angetan, P einen guten Einstieg in die Arbeit zu geben. Wo dies nicht der Fall war, hat P selbst korrigiert. Dies kann allerdings bis zur Maßregelung führen, die auch verletzenden Charakter haben kann. Oder er verlangt schier Unmögliches: Am Schluß hätte ich aus seinem stummen, in meiner Wahrnehmung abgekapselten, verschlossenen Daliegen ersehen sollen, daß er angestrengt und müde, aber entspannter als sonst gewesen sei. Anstrengend für mich war die zaghafte, vorsichtige Spielweise, die mir ganz im Kontrast zu seiner geladenen Spannung zu stehen scheint – das Festhalten einer enormen Aggression.

Beim ersten musikalischen Dialog (P: hohe Trommel, T: Handtrommel) gehe ich vorsichtig vor. Ich halte mich an die Absprache, nicht zuviel zu machen, nutze aber seine Pausen und bin erstaunt, wieviel Festigkeit im Rhythmus er behauptet. Da spüre ich kein schwaches Ich.

Der zweite musikalische Dialog (wir hocken beide klopfend und kratzend am Boden) ähnelt dem ersten, hat aber eine heitere, fast neckische Episode und lockt bei P einen Anflug von Lächeln hervor. Mein Fazit: Ich muß noch bescheidener, abwartender, beobachtender werden.

Zusammenfassung und Reflexion

Über den Ausschnitt aus der Musikkassette, die P diesmal dabei hat, taucht in der Verbalisierung das Thema "Aggression" auf, welches ihm große Angst macht. T nimmt die Scheu vor einem direkten Zugang zum Thema an. Er geht von der Hier-und-Jetzt-Situation als Einstieg für gemeinsames Tun aus. P bleibt lange in starkem Widerstand. Erst die Worte "spielen" und "ausprobieren" scheinen ihn zu ermutigen, aktiv zu werden. Dabei kommt es zu einer Vielzahl kurzer rhythmischer Dialoge auf Trommeln und auf dem Fußboden. Sie laufen alle nach einem ähnlichen Schema ab: P

spielt ein Metrum, in das T sich einzuschwingen versucht, indem er eigene rhythmische Akzente setzt. P bricht ab und beginnt von neuem.

Es ist die Frage, ob er (positiv) einfach ausprobiert, in einen für ihn stimmigen Rhythmus (auch von Anfang – Ende – Neubeginn) zu kommen, oder ob er (negativ) durch T's Spiel irritiert ist. Beispielsweise wieder dadurch, daß dieser überlegen und nicht einfühlsam genug gespielt habe. Eine Klärung dieser Zusammenhänge ist allerdings schwierig, da P die verbale Ebene zwar als Widerstandsmöglichkeit gegenüber der für ihn schwierigeren Erlebnis- und Gefühlsebene gerne nutzt, das reale Geschehen aber nicht dort bearbeiten will. Hier wünscht er sich ein grenzenloses Verstandenwerden durch den Therapeuten, eine Identität von dessen (subjektiver) Wahrnehmung und Deutung mit seinen eigenen (subjektiven) Gefühlen. Es scheint hier eine sehr frühe kindliche Entwicklungsphase thematisiert zu sein, in der die Mutter alle Bedürfnisse des noch präverbalen Kindes aus dessen Lautäußerungen (Art des Schreiens, Zufriedenheitstöne etc.) und Körpersprache entnehmen muß. Vermutlich ist diese symbiotische Phase bei P defizitär verlaufen und es besteht ein starkes Mißverhältnis zwischen einer hochentwickelten rationalen Verbalisierungsfähigkeit und einem großen emotionalen Mangel. Hieraus würde sein "Hunger" nach sprachlosem Verstandesein ebenso verständlich, wie sein noch unausgereifter Umgang mit elementaren Gefühlen in einer Beziehung. T's Gefühl, in verletzender Weise von P gemaßregelt zu werden und Unmögliches leisten zu müssen, dürften wieder eine Identifikation mit P's bedrohter Seite sein. T's Ärger darüber ist der Ärger des mißverstandenen Kindes, den P nicht ausdrücken kann und daher gegen sich selbst richtet.

2.2.6 Sechste Sitzung

Protokoll nach Video

Die Stunde beginnt mit einem Gespräch, welches in der Aufzeichnung nur schwer verständlich ist (siehe aber im Affektiven Spontanprotokoll). P entwickelt ein intellektuelles Modell über seine Erfahrungsebenen. Es fällt auf, daß er sein Gesicht immer wieder in den Händen versteckt.

Nach einigen Minuten meint er, er habe eigentlich keine Lust zu reden und beginnt eine musikalische Aktion. Er klatscht mit den Hän-

den an die Säule. T antwortet mit Klopfen am Boden. Es wird aber kein Dialog. Beide gucken herum nach Instrumenten. P verharrt dabei an seinem Platz. T holt sich schließlich den Kontrabaß und spielt P direkt an: "Ich möchte Sie gern verführen zum Spielen. Mal sehen, ob es mir gelingt. Am Baß bin ich Fußgänger." P hört verlegen lächelnd zu. "Ich kann nicht spielen, weil jemand da ist." T schlägt ihm vor, über Regeln nachzusinnen, die es ihm erleichtern. Das findet er einengend.

Schließlich kommt es zu einem musikalischen Dialog: P an der Trommel, T am Baß. Nach etwa 2 Minuten hört P auf und schaut T zu. Als dieser auch aufhört meint er, ihm wäre nach hinlegen und zuhören. Als T darauf nun eingehen will, redet er aber weiter. Ein schwer verständliches Gespräch beginnt: über Festhalten und Rauslassen, daß Sprache ein besser kontrollierbares Medium sei. T mutmaßt, daß Musik Sprache einer Lebendigkeit sei, die ihm, aufgrund bestimmter Erfahrungen, zur Zeit nicht zur Verfügung stehe.

Nach einigen Minuten Schweigen beginnt T wieder mit Musik, indem er leise auf der Schlitztrommel spielt, ihn nonverbal versucht einzuladen. P schüttelt aber den Kopf und legt sich auf den Boden. T greift zur Harfe, die neben der Schlitztrommel steht. Er spielt, summt und singt für ihn. Danach 6 Minuten Schweigen.

T hockt sich schließlich nahe zu P und beginnt, leise mit den Fingern auf dem Metallophon zu spielen. P hockt sich auf, aber in Abwehrhaltung. Legt sich dann wieder auf den Rücken. Zehn Minuten Schweigen.

T spielt einen Ton am Metallophon. Immer wieder. Wie die verrinnende Zeit. P hockt sich zwischendurch mal auf. Läßt die in T's Richtung aufgestellten Beine sinken. Dreht sich dann weg auf den Bauch. Nach sechs Minuten sagt T: "Ich habe das Gefühl, daß Sie zwischen Ruhe und Bewegung hin- und herschwanken." Nach einiger Zeit antwortet P. Er malt ein Modell von aktiv, passiv, ruhig und Stimmung auf die Tafel, welches er während des Daliegens entwickelt hat.

Affektives Spontanprotokoll

Heute ist ein herrlicher Sonnentag. Wir haben beide gute Laune. Es schwingt Sympathie und Verständnis zwischen uns. Ich bin nicht geneigt, mich "klangtot" machen zu lassen. Kunde "Verführung" an. Er lächelt. Ich lade ihn ein, Spielregeln zu entwerfen. Was er

freundlich ablehnt. Wir einigen uns auf "Ich spiele und pausiere – es ist offen, was passiert". Er ist mehr geneigt, sich passiv hinzulegen. In die Sonne. Ich weiß nicht, ob er lauscht. Jedenfalls kommt ein Denkmodell dabei heraus. Ich kann ihn heute gut lassen. Habe das Gefühl, dies ist für unsere Beziehung im Moment das Beste. Ich muß den Gedanken (des Forschers) an "musikalische Dialoge" völlig fallenlassen. Sein Dabeisein und Daliegen in meiner Gegenwart ist schon "musikalischer" Dialog im Sinne einer "freien Körper-Improvisation". Ich muß mir und ihm Zeit lassen. Einen anderen Weg sehe ich nicht.

Die Beschränkung auf 10 Sitzungen ist mir dabei wirklich hinderlich. Mit der Erkenntnis, den musikalischen Dialog im weitesten Sinne zu begreifen, bin ich für heute ganz zufrieden. Insgesamt muß ich mich fragen, ob ich mit meinen Abwartephasen, in denen überhaupt nichts konkret Musikalisches passiert (in dieser Sitzung etwa zwischen 5 und 10 Minuten lang) zu ungeduldig bin. Ob mein einladendes Spiel ihn nicht ermuntert, sondern verhindert? Kommen meine "Geschenke", mein Spielen für ihn überhaupt als solche an? Oder wiederhole ich nur Nichtverstehen seiner elementaren Bedürfnisse?

Zusammenfassung und Reflexion

P hält an seiner verbal-rationalisierenden Abwehr fest. Er entwickelt abstrakte intellektuelle Gedankenkonstruktionen, in denen er seine lebendige Erfahrungs- und Gefühlswelt einfängt, bannt, "fesselt", weil der direkte Ausdruck in Anwesenheit eines anderen Menschen ihm zu bedrohlich erscheint. Eine schrittweise übende Annäherung in Form von Regeln lehnt er als "einengend" ab. Er hat die Vorzüge des "weiten Raumes" entdeckt.

2.2.7 Siebte Sitzung

Protokoll nach Video

Zu Beginn bietet T Raum an, damit etwas von P ausgehen kann. Schließlich lädt er ihn ein, einmal für T zu spielen. P steht auf, geht in die Mitte des Raumes und legt sich auf den Boden. T nimmt sich eine Matte, legt sich ebenfalls hin und schließt die Augen. Nach acht Minuten holt P die große Rahmentrommel, zieht sein Portemonnaie aus der Hose, nimmt einige Geldstücke heraus und läßt sie in kurzen Zeitabständen auf das Fell fallen und auskreiseln. Dann legt er sich bäuchlings und starrt vor sich hin. In der 24.

Minute hebt T den Kopf und schaut, was P macht. P nimmt dies wahr, wendet sich jedoch ab. T liegt noch einige Minuten und wartet ab, was geschieht. Als P sich nicht rührt, rutscht er langsam in Richtung Rahmentrommel. Streicht mit den Fingern über das Fell. Blickt P an. Sucht Kontakt zu ihm. P schaut ostentativ und ärgerlich weg. Als T den Raumschlüssel (der an einem Band halb aus seiner Hosentasche hängt) nimmt und ihn am Band auf die Rahmentrommel herunterläßt – als wolle er das Geräusch der Geldstücke imitieren – nimmt P seine Geldstücke von der Trommel. Er verstaubt sie wieder im Portemonnaie, und steckt es in die Tasche.

Kurzes Schweigen. P wirft T erregt vor, er habe gegen die Abmachung verstoßen. T erwidert, er könne sich an keine zeitliche Abmachung erinnern. Sie hätten wohl ein verschiedenes Zeitmaß. P meint, er sei in einer kreativen Pause gewesen "und dann spielen Sie einfach da rein". Er hätte sich auf was anderes eingestellt und erzählt von einem schmerzlichen Erleben in der Analysesitzung vom Vormittag. Auf T's Frage, was ihm am meisten helfen würde, mit diesem Schmerz fertig zu werden, will er am liebsten aufhören und nach Hause gehen. T akzeptiert dieses Bedürfnis und beendet die Stunde.

Affektives Spontanprotokoll

Es ist schwierig, zäh, kompliziert! Heute haben wir auf Wunsch von P nach 35 Minuten abgebrochen. Er kann sich auf mich nicht einlassen, weil er in der Analyse heute morgen an etwas sehr Schmerzliches gekommen ist. Jede Regel fesselt die Situation. Nach den Erfahrungen der letzten Sitzung hatte ich mir vorgenommen, P heute viel Zeit zu lassen, zu seinem eigenen Spiel zu finden und bewußt auch einmal zuzuhören. Auf meinen Vorschlag hin, heute mal etwas für mich zu spielen: 25 Minuten "Prèsque rien"; einige Male einen Pfennig auf die große Rahmentrommel geworfen. Als ich dann mit dem Schlüssel dazu komme, ist es wieder zuviel. Er ist sauer und beleidigt. Ich habe mich eingemischt. Ihn aus dem Konzept gebracht. Ich sollte gar nicht da sein. Mein Beziehungsangebot stört nur seine Kreise.

Während ich liege, versuche ich, ganz offen und bereit zu sein für etwas, was von ihm kommt. Dieses "fast nichts" mit langen Pausen fällt mir lange Zeit nicht schwer, zu akzeptieren. Als ich dann nach einer längeren Pause zu ihm schaue, liegt er abgewandt und macht keine Anstalten zu spielen. Ich nehme den Schlüssel des Raumes,

der mir während des Liegens halb aus der Hosentasche gefallen ist, an seinem Band und ziehe ihn sanft über das Fell der großen Rahmentrommel. Ein Versuch, Kontakt mit ihm aufzunehmen. Sein Gesicht verzieht sich tief beleidigt. Ich bin sehr irritiert zunächst, dann spüre ich Wut. Wieder habe ich das Gefühl, daß er mir überhaupt keinen Raum zubilligt, während er grenzenlos Raum und Zeit für sich beansprucht, alle Bedingungen diktiert und mich kraft seiner Patientenrolle immer ins Unrecht setzt. In dieser Inszenierung laufe ich mit allem was ich tue in irgendeine Art von Falle. Ich sollte gar nicht da sein, dann wäre alles besser.

Zusammenfassung und Reflexion

T hatte sich vorgenommen, bewußt einmal P zuzuhören und dieses auch als Regel auszumachen. Er wollte ihm viel Zeit lassen, zu seinem eigenen Spiel zu finden. Innerhalb von etwa 20 Minuten läßt P einmal einige Geldstücke auf das Trommelfell fallen. Dann liegt er schweigend und abgewandt. An diesem Punkt entschließt T sich, aktiv zu werden und den Kontakt zu ihm zu suchen, wobei sich die verschiedenen Zeitmaße von P und T offenbaren. P hatte geglaubt, wie er später sagt, er habe nun Stunden Zeit, um zu seinem eigenen Spiel zu kommen, ein Zeitmaß, welches möglicherweise seiner jahrelangen Patientenerfahrung mit Psychoanalyse erwachsen ist. T's Gefühle (wie sie oben im ASP beschrieben sind) scheinen für die Gefühlswelt von P äußerst relevant zu sein, Gefühle wie: Ich störe nur. Ich sollte gar nicht da sein. Ich habe hier keinen Raum. Grundsätzlich scheint aber auch dieser Versuch, günstige Bedingungen für Beziehung und Kommunikation zu schaffen, untauglich. T muß alles falsch machen, damit P seine Kommunikationslosigkeit inszenieren kann. Nur so ist es P möglich, zu beobachten, wie T damit umgeht. P erhofft sich unbewußt, ein Alternativmodell zu seinem eigenen Verhaltensmuster erleben zu können. Macht T viel, ist er in der Rolle des bedrohten Kindes, das um Beziehung ringt. Dann muß P zeigen, wie erfolglos T (P als Kind) ist. Macht T nichts, ist er identifiziert mit dem bedrohten Kind. Wie geht er damit wohl um?

2.2.8 Achte Sitzung

Protokoll nach Video

P schildert sein "zentrales Problem": daß er sich nicht wehren kann, wie in der letzten Stunde gegen T. Dieser habe ihn gestört in dem Moment, wo er gerade seinen eigenen Rhythmus gefunden habe.

"Ich komme immer von selber. Aber man muß mir sehr viel Zeit lassen." Zu seinem Zeitmaß sagt er ferner: "Wenn Sie spielen und mich anregen wollen, und dann hören Sie wieder auf – dann bin ich soweit." Angesichts dieser Zeitvorstellung schlägt T vor, die Vereinbarung über 10 Stunden zu verändern, d. h.: weitermachen, bis einer von beiden meint, genug zu haben. P meint, da könne T seinerseits lange warten. Andererseits betont er, daß, obwohl äußerlich nicht wahrnehmbar, bei ihm in jeder Sitzung sehr viel passiert sei. Über die Musikinstrumente sagt er: Er brauche sie nicht. Das Klopfen auf den Boden, ein Rhythmus, ein Geräusch, das seien für ihn Grunderfahrungen.

An diesem Punkt schlägt T vor, ins Spüren zu gehen und nach Möglichkeit deutliche Signale zu geben. Aber P wirft ein: Das letzte Mal sei T ihm dafür bereits zu nahe gewesen. Er habe übrigens noch kein Gefühl von fortlaufender Therapie. Jede Stunde sei anders. Keine Routine. Daher könne er auch jederzeit aufhören: "Das war's dann halt."

Er rutscht von der Schlitztrommel herunter auf den Boden. Legt sich hin. Schweigen. Nach fünf Minuten zieht er das Monochord zu sich hin. Betrachtet es. Schaut aus dem Fenster. Legt sich wieder hin. Holt sich wieder das Monochord. Klopft darauf. Streicht am Rand entlang. Zupft einmal eine Saite.

Er beginnt wieder zu reden. Er bekäme kein Gefühl für seinen Rhythmus. Sei am Davonlaufen. Schweigen. Auf T's Frage, ob er eine Phantasie habe, was ihm da jetzt weiterhelfen könne, legt er sich hin, Beine auf der Schlitztrommel. Wälzt sich herum. Setzt sich. Seufzt. Schaut T an. Legt sich schließlich bäuchlings direkt vor T hin. (Seit T's Frage sind etwa vier Minuten vergangen.) Dann: "Können Sie sich vorstellen, was das heißt, wenn einem so viele Leute helfen wollen und man kann sie nicht an sich heranlassen ...?" Schweigen. Plötzlich geht er zum Monochord. Lehnt sich dann aber an die Wand. Schweigen. Schließlich spielt er leise auf dem Rand der Schlitztrommel. Schweigen. Bis zum Ende der Sitzung. Auf T's abschließende Frage, ob er ihm heute irgendwie hätte helfen können, ohne ihm zu nahe zu kommen, meint er: "Wahrscheinlich nicht. Im Gegensatz zum letzten Mal habe ich es heute nicht geschafft, meinen Rhythmus, mich selbst zu finden."

Affektives Spontanprotokoll

Nach der Sitzung heute geht es mir besser. Wir haben unseren therapeutischen Vertrag neu "ausgehandelt". Die Stundenbegrenzt-

heit ist wohl eher mein Problem: Leistungsdruck, etwas erreichen, Dialoge produzieren zu müssen für die Studie ... Ich bin dennoch erstaunt, wie sehr P betont, daß es ihm egal sei. Es sei eh nur ein Experiment. Ob er meine Versuche der Annäherung so abwehrt, weil sie zu bedrohlich sind? Allerdings betont er andererseits, daß er in jeder Stunde viel lerne. Wir wollen uns viel Zeit dafür nehmen, daß er zu seinem eigenen Rhythmus finden kann.

Wir spielen heute besonders mit räumlicher Nähe und Distanz. Am Anfang setze ich mich nahe zu ihm. Als ich mich mal ein Stück weg von ihm auf eine Matratze setze, legt er sich nahe vor mich hin. Das andere wichtige Thema dieser Stunde ist die Zeit. Wenn ich in dem 10-Stunden-Rahmen denke, gerate ich in Konflikt mit seiner Erwartung nach unbegrenztem Raum und Zeit. Allein für mein Angebot, ihm zuzuhören, hätte er mehrere Stunden veranschlagt. "Es ist gar nicht abzusehen, wann ...". Diese Haltung vermittelt er mir. Ich entspanne mich und lasse alles weitere auf mich zukommen.

Zusammenfassung und Reflexion

P bezeichnet das Sich-nicht-wehren-können zu Beginn als sein zentrales Problem. Dies bezieht sich konkret darauf, daß T ihn beim letzten Mal gestört habe, als er gerade seinen eigenen Rhythmus gefunden habe, wofür er sehr viel Zeit brauche.

Es wird hier deutlich, daß es P unmöglich ist, in Beziehung zu einem anderen das Eigene zu finden und auszudrücken. Er fordert von T, was ihm in der Kindheit abverlangt wurde, nämlich, daß er sich total zurücknimmt, möglichst "nicht da" ist, für eine längere, von ihm bestimmte Zeitdauer, in welcher er ungestört seinen inneren Rhythmus finden kann. Dies ist ihm in der Präsenz eines anderen Menschen, in der Beziehung – und das ist Ausdruck seiner Störung – nicht möglich. Auch seine Aussage, wenn T aufhöre zu spielen, dann sei er soweit, deutet in diese Richtung.

T's innerer Konflikt ist stark von der Doppelrolle Therapeut/Forscher bestimmt. Er fürchtet, daß in der kurzen Zeit von 10 Stunden auf diese Weise nicht in genügendem Umfang musikalische Dialoge entstehen, die Gegenstand der Untersuchung sein sollen. Zur Lösung dieses Dilemmas schlägt er daher die Aufhebung der 10-Stunden-Vereinbarung vor, um sich entspannter auf die Beziehung zu P einlassen zu können. Eine therapierelevante Lösung ist darüberhinaus eine weite Definition des Begriffs "musikalischer Dialog": die Stille – vergleichbar dem Schweigen in

der Psychoanalyse – muß natürlich als gleichberechtigter Teil der Musik und des musikalischen Dialoges aufgefaßt und miteinbezogen werden. Auch in der Musik selbst sind die Pausen ja mehr als nur das Fehlen von Musik – sie formen das musikalische Produkt genauso wie die klingenden Teile.

Als P betont, daß die sparsamen Rhythmen und Geräusche für ihn wichtige Grunderfahrungen seien, läßt T ihn wieder auf die Ebene des Spürens ein. Lange Schweigephasen, unterbrochen von extrem kurzen Spielversuchen führen heute nicht zu dem von ihm angestrebten Finden des inneren Rhythmus. Der Prozeß kann nun jedoch unter neu geklärten Bedingungen weiterlaufen.

2.2.9 Neunte Sitzung

Protokoll nach Video

P legt sich hin und beginnt das Gespräch, indem er seine Erfahrungen in der Psychoanalyse und der Musiktherapie miteinander vergleicht. Er sieht einen parallelen Verlauf in den Phasen: Vororientierung – Begegnung – Abgrenzung – Fluchtverhalten – Störung durch den Therapeuten – Desorientierung – Suche nach dem, was er eigentlich will. Dies würde vermutlich bei jedem Therapeuten so ablaufen. Er mutmaßt, es sei vielleicht gar nicht gut, daß es ihm schon bewußt sei, weil einige Phasen in der Musiktherapie noch ausstünden. Er spekuliert, ob er auf den aktuellen Stand wie in der Analyse springen kann und soll, weil ja eigentlich interessant sei, wie es weitergeht. Nach kurzem Schweigen meint er, er habe seinen eigenen inneren Rhythmus noch nie empfunden, wenn er mit jemand anderem zusammen war. Er sei in einem schnellen, aber auf der Suche nach einem langsamen Rhythmus, der sein eigener sei. T spricht an, daß er von ihm als "jemand anderem" immer fordere, zu schweigen oder mindestens so langsam zu spielen wie er, daß es aber in der Musik die Möglichkeit gäbe, einen langsamen und einen schnelleren Rhythmus gleichzeitig zu spielen. P meint, dann könne er nicht den langsameren weitergehen, sondern kippe in den schnelleren und verliere sich. Er könne das, was von Außen komme, nicht abwehren. Das sei ja eben seine Schwierigkeit. Zumal T als Therapeut eine Autorität sei. T schlägt vor, genau das hier zu "üben" im Probehandeln, im konkreten musikalischen Dialog: das Sich-wehren, Sich-nicht-überrollen-lassen, und das "Stop"-Sagen. P ist erregt, das "Stop" müsse ein Affekt sein. Affekte aber würden

nicht ausgeführt, bestenfalls analysiert. Er hätte etwas herauslassen müssen. Aber jetzt sei die Situation vorbei. Er sei raus und sitze mit seinem unbefriedigten Gefühl da. Auf T's Frage nach dem aktuellen Affekt wird er ärgerlich. Er versuche ihn zu kompensieren und T störe ihn schon wieder! Er legt sich bäuchlings auf die Matte und starrt vor sich hin.

Nach einigen Minuten Schweigen wirft er T vor, seine musikalischen Mitteilungen seien nie bei ihm angekommen, zum Beispiel bei der Flucht sei T ihm nachgelaufen. Dann geringschätzig: "Gut, wenn wir etwas verabreden ...". Das sei aber nicht die reale Situation, sondern Treibhaus im Treibhaus. Er glaube nicht, daß das funktioniere. Auch T's Versuch, seine Situation zu definieren ("Ich warte weiterhin ab bis Sie kommen und versuche mich einfühlsam einzubringen") ruft bei ihm Ärger hervor. Er fühle sich unter Zugzwang gesetzt, seinen eigenen inneren Rhythmus zu suchen. Wenn bei ihm musikalisch nichts käme, dann käme eben nichts.

T formuliert seine Schwierigkeiten mit P's Anspruch, wenn das Instrument ertöne, müsse alles sofort stimmen und weist auf die prozeßhafte Möglichkeit hin, daß es sich ja auch gestalten könne, indem man spiele, ausprobiere. P geht darauf nicht direkt ein, sondern meint: Er komme damit nicht klar, wenn T hinterher immer darüber reden wolle. Das passe nicht zusammen mit ausprobieren.

Danach kommt es zu sehr wichtigen Äußerungen über P's Weise zu spielen. Er mache sich eine musikalische Vorstellung beispielsweise zu "Flucht", die er dann während des Spiels gedanklich (!) weiterentwickle. Auf T's Frage, ob P es während des Ausdrucks gar nicht fühle, sagt er: "Doch, aber erst im Denken verwirklicht". T wendet ein, er könne sich ja nicht wirklich einfühlen und spüren, was mit ihm sei, wenn das Spiel "gedacht" sei, also eine Art abstrakter Symbolik. P würde also den Affekt nicht direkt ausdrücken, sondern stauen und dann von einer Metaebene aus den Affekt "spielen". P wirkt jetzt traurig und verzweifelt. Auf T's Frage, ob der direkte Ausdruck für ihn zu bedrohlich sei, erwidert er, da sei eine Riesenmauer, eine riesige Hemmschwelle gegen das "einfach spielen". Gegen diese Mauer sei er ohnmächtig, also müsse er seine Aktionsebene woanders hin verlagern. Er schreit: "Aber ich muß doch irgendwas machen, sonst geh ich ein. Dann lieber weglaufen und überleben. Ich weiß, daß ich auf der Flucht bin, aber ich brauch das!" Nach einer Weile

ruhiger: "Sie haben mal gesagt, ich lasse Ihnen wenig Spielraum. Er ist maximal so groß, damit ich überleben kann."

Affektives Spontanprotokoll

Eine Redestunde – voller Gedankenkonstrukte. Er erkennt ein Muster, das gleiche, welches in seiner Analyse abgelaufen ist, in unseren letzten acht Sitzungen. Ich fühle mich dabei ambivalent. Einerseits eine erkennbare Gestalt. Andererseits scheint alles so aussichtslos, zumindest wahnsinnig mühsam. Ich empfinde seine Vorstellung, erst dann zu spielen, wenn alles hundertprozentig stimmt, als immensen Anspruch, als wolle man eine Skulptur mit einem Schlag aus einem Felsen heraushauen. P läßt sich keinen Raum zum Ausprobieren, zum Sich-ins-Spiel-vertiefen. Er sichert sich akustisch ab. Ich töne erst, wenn alles stimmt. Wenn dies aus dem Spüren kommt – einverstanden. Aber seine verbalen Äußerungen gehen eher in die Richtung, daß er sich durch "Zwischendenken" kontrolliert. Wenn er spielt, ist der Affekt selbst schon weg. Er versucht, ihn nachträglich darzustellen, sozusagen von einer Metaebene aus, nicht direkt aus dem Gefühl. So bleibt aber nur ein "als ob". Dann verstehe ich meine Schwierigkeiten, mich einzufühlen. Seine Gedankenkonstrukte schützen ihn vor der eigentlichen Begegnung mit sich selbst – und natürlich mit mir. Auch seine eindrucksvollen Bilder verführen nur zum Verbleib auf der verbalen Ebene. Die Schilderung von der Mauer, vor der er steht, macht mich traurig und resignativ. Ich möchte ihm Mut machen. Das alles führt aber nicht weiter. Dann sind Löcher in der Mauer. Ich bin erleichtert. Aber er hat schon so viele zugekleistert. Ich werde ratlos. Er wird zum Regisseur meiner Gefühlsdynamik. Als ich das merke, kann ich die Stunde beenden – 10 Minuten über der Zeit.

Zusammenfassung und Reflexion

Der enorme Widerstand von P, sich auf die musikalische Erlebensebene einzulassen, manifestiert sich in dieser Sitzung durch permanentes Verweilen im Verbalen. Dabei kommen allerdings einige wichtige Dinge zur Sprache. Zunächst kann P selbst das phasenartige Muster beschreiben, welches sich in der Musiktherapie wiederholt hat. Dann können seine Schwierigkeit besprochen werden, in der Begegnung mit jemand anderem bei sich zu bleiben, wodurch ein gleichzeitiger musikalischer Ausdruck für ihn so problematisch wird, da er sich von T's Spiel nicht abgrenzen kann. Den Vorschlag, dies probezuhandeln, wehrt er ab, indem er

über seinen Umgang mit Affekten berichtet. Als T seine aktuelle affektive Lage einbeziehen will, sagt er aggressiv, T störe ihn beim Kompensieren. Er inszeniert eine Situation, in der nichts mehr geht. An die Möglichkeit, Dinge probierend auszuprobieren, glaubt er nicht. Wenn T abwarten will, was von ihm kommt, fühlt er sich unter Zugzwang gesetzt. Wenn T hinterher darüber reden will, passe das nicht mit Ausprobieren zusammen. Die Interaktion bleibt weiterhin auf der verbalen Ebene.

Er macht noch eine wichtige Mitteilung über seinen musikalischen Ausdruck. In diesem überträgt er seinen affektiven Zustand nicht direkt auf das Instrument, sondern staut ihn und "spielt" dann von einer Metaebene aus den Affekt. Er berichtet jetzt direkt von einer riesigen Hemmschwelle gegen das "einfach spielen" und schildert seine Lage wieder mit dem Bild der Mauer. Die einzige Möglichkeit zum Überleben scheint ihm, seine Gefühle nur verdeckt herauszulassen. Ein großer Teil der Mauer besteht aus seinen Gedankenkonstrukten, die eine wirkliche Begegnung mit dem realen Anderen verhindern. Als Schutz vor dem Wiedererleben des schmerzhaften Beziehungskonfliktes errichtet, macht sie nun wohlthuende Nähe zu Menschen schwierig bis unmöglich.

2.2.10 Zehnte Sitzung

Protokoll nach Video

Im Eingangsgespräch stellt P den Sinn weiterer musiktherapeutischer Sitzungen in Frage. Sprache sei sein "Ausdrucksmittel Nr.1". In anderen sei er eingeschränkt. T teilt P seine Überraschung, aber auch seine Freude mit, daß diese Entscheidung von ihm selbst kommt. Er schlägt vor, die heutige Stunde zunächst für ein verbales Resumée zu nutzen.

P meint, er sei gescheitert an seinem anfangs zu hoch gesetzten Anspruch an sich selbst, nämlich, sich Ausdrucksmöglichkeiten für Gefühle zu erarbeiten, die er auf der sprachlichen Ebene nicht ausdrücken könne. Er habe aber Erfahrungswerte sammeln können, die für ihn im Moment wichtig seien. In der Musiktherapie habe er versucht, "einen Raum zu finden, wo ich da bin für mich selber"; "Schwierigkeiten hatte ich, damit zu vereinbaren, daß Sie da sind, ein Konflikt, der sich hier besonders ausgedrückt hat".

Auf T's Frage, wie es gewesen wäre, wenn er den Raum ohne ihn zur Verfügung gehabt hätte, erzählt er vom Studentencafé. Er habe

als Mitarbeiter einen Schlüssel und gehe manchmal allein dort hin, "was trinken, Musik hören, tanzen, auch mal einen Wutschrei herauslassen; sowas hätte hier auch passieren können".

Sein gegenwärtiger Trend sei, sich zurückzuziehen, außer in der Analyse, weil er da sprachlich sicher sei. Als T ihm seine Probleme mit der Ablehnung all seiner Angebote schildert, meint P, er sei eben ständig auf Abwehr. Seine Schwierigkeit sei gewesen, in einer Sprache zu sprechen, die er nicht beherrsche. T wendet ein, das Kind komme ja auch nicht mit der Sprache zur Welt, sondern lerne über das Ausprobieren, Brabbeln usw. Er lacht: "Sie haben mich überführt, meinen Hang zur Methodik."

Nach einigen Sätzen über den spielerischen Zugang zur Musik, lädt T ihn zu einem letzten musikalischen Dialog ein. P beginnt mit dem Gong. T antwortet mit der Trommel. So geht es eine Weile im "Frage-Antwort-Stil". Dann legt P den Gong auf die kleine Pauke und spielt so darauf. T ist an den Congas und bleibt dort auch in der nächsten Spielphase, in welcher P sich eine Rahmentrommel wählt. Beide streicheln und trommeln. Danach setzt sich P an das kleine Xylophon, verändert die Reihenfolge der Spielstäbe und spielt so damit. T steigt am großen Xylophon ein. Es kommt zu einem sehr lebendigen Zusammenspiel. P wechselt noch einmal an die Trommel und beide finden einen gemeinsamen Schluß.

Es folgt ein gutes, kurzes Schweigen und ein abschließendes Gespräch über das Erlebte. T beginnt: Ihm habe es gut getan, so zu spielen und ihn so zu spüren. P meint, er habe jetzt überhaupt keinen Leistungsdruck gespürt und hätte sich total gelöst gefühlt. Nach einer Pause fügt er hinzu, er habe eine ganz falsche Vorstellung von der Musiktherapie gehabt. Als ginge es um etwas. Das Entscheidende sei, daß es um gar nichts gehe. Das habe er aber nur aufgrund der Vereinbarung, es zu beenden, zulassen können.

Affektives Spontanprotokoll

P überrascht mich mit der Mitteilung, daß er momentan keinen Sinn darin sehe, weiterzumachen. Er sei auf Rückzugskurs und nur die Sprache gebe ihm genügend Sicherheit. Ich kann dies spontan gut akzeptieren, da es mir als eine für ihn klare und stimmige Entscheidung erscheint. Ich freue mich sogar darüber, da *er* es ist, der diese Entscheidung herbeiführt. Beim Resümee schildere ich ihm nochmals meine Konflikte mit ihm, daß es auch kränkend und entwertend für mich war, wie er alle meine Angebote ablehnte, und daß ich mich besser mit ihm fühle, wenn ich nichts anbiete. Heute

aber wünsche ich mir zum Schluß noch eine gemeinsame Improvisation. Und diesmal, zum ersten Mal, gelingt es. Wir kommen ins Spielen und fühlen uns beide gut damit.

Zusammenfassung und Reflexion

P findet sich vorerst ab mit der Tatsache, daß er die sichere, von ihm kontrollierbare Ebene der Sprache braucht. Er betrachtet sich mit seinem Anspruch als gescheitert, in der Musiktherapie Ausdrucksmöglichkeiten für Gefühle, die er verbal nicht ausdrücken kann, zu erarbeiten (!). Zentraler Konflikt ist für ihn die Anwesenheit eines anderen – in diesem Fall die von T – wenn es um den Ausdruck von Gefühlen geht. Hier sei ihm nur die sprachliche Mitteilung möglich. Musik sei eine Sprache, die er nicht beherrsche (!). Hier klingt die Bedrohung durch, die Beherrschung zu verlieren, unkontrolliert und unzensiert seine tieferen Gefühle einem anderen gegenüber auszudrücken. Dies läßt den Schluß zu, daß, wenn immer er in seiner Kindheit seine wahren tiefen Gefühle ausgedrückt hat, er eine äußerst negative Reaktion von seiten seiner ersten Bezugspersonen erfolgte. Der dennoch unbewußt vermutlich starke Wunsch danach, sich auszudrücken und darüber in Kontakt zu kommen, muß "gefesselt", reduziert, über den Prozeß von Denken und Formulieren umgewandelt werden in "Darüberreden".

T's Vorschlag, noch ein letztes Mal zu musizieren, führt zu einer fast zwanzig-minütigen Improvisation mit wechselnden Instrumenten, bei der es zu mehreren musikalischen Begegnungen und Dialogen kommt, wie sie bisher nicht stattfinden konnten. Der wesentliche Grund für dieses plötzliche Gelingen dürfte in einer Entlastung liegen, die P dadurch spürte, daß er sich durch das Ende der musiktherapeutischen Intervention von T's bedrohlicher Nähe befreit sah, eine typische schizoide Abwehr von T's grundlegenden Beziehungsangebot. Zwar erlebte er am Ende der therapeutischen Intervention doch noch seine Fähigkeit, einfach zu spielen, um nichts, ohne Druck, Stau und gedankliche Vorprogrammierung, und dabei ein gewisses Maß von Beziehung und Nähe herzustellen. Aber dieses nur unter der Voraussetzung einer Beendigung der therapeutischen Beziehung.

2.3 Nachgedanken

Die therapeutische Begegnung zwischen P und T ist geprägt durch das Phänomen der "projektiven Identifikation", eines unbewußten Rollentausches, bei dem T in die Kindheitssituation des Patienten gerät und dieser sich ihm gegenüber so verhält, wie P seine erste(n) Bezugsperson(en) erlebt hat. Dies läßt sich gut verdeutlichen durch wörtliches Zitieren von T's Gegenübertragung, wie sie in den Affektiven Spontanprotokollen (ASP) dokumentiert ist. Ich setze nur statt "P" das Wort "Mutter" (es könnte auch "Vater" oder eine andere Pflegeperson sein) ein, P berichtet also über seine Situation als Kind .

1. Beispiel (ASP IV): Ich habe das Gefühl, "Mutter" gibt mir nur einen winzigen Spielraum. Sobald ich ihre Grenzen überschreite, macht sie zu. Diese muß ich ohne Worte spüren ... Ich fühle mich jetzt ausgelaugt. Ich meine, mein Bestes gegeben zu haben. Aber es wird überhaupt nicht anerkannt. Ich bin genervt. Es ist anstrengend. Ich darf nicht ich selber sein. Ich muß immer aufpassen. Es macht keinen Spaß ...

2. Beispiel (ASP VII): Es ist schwierig, zäh, kompliziert ... Meine Bitte, daß "Mutter" heute mal etwas für mich spielen soll: 25 Minuten "Prèsque rien" ... Als ich dann mit dem Schlüssel dazukomme, ist es wieder zuviel. Sie ist sauer und beleidigt. Ich habe mich eingemischt, sie aus dem Konzept gebracht. Ich sollte gar nicht da sein. (!!!) Mein Beziehungsangebot stört nur ihre Kreise. (!!!) Ein Versuch, Kontakt mit ihr aufzunehmen. Ihr Gesicht verzieht sich tief beleidigt. Ich bin sehr irritiert zunächst. Dann spüre ich Wut. Wieder habe ich das Gefühl, daß sie mir überhaupt keinen Raum zubilligt, während sie grenzenlos Raum und Zeit für sich beansprucht, alle Bedingungen diktiert und mich kraft ihrer Elternrolle immer ins Unrecht setzt. In dieser Inszenierung laufe ich mit allem, was ich tue in irgendeine Art von Falle. Ich sollte gar nicht da sein, dann wäre alles besser. (!!!)

Die seelische Grundstimmung des Patienten wird m.E. durch diese konsequente Anwendung von T's Gegenübertragung auf seine Kindheitssituation sehr deutlich. Auch die Fesselsymptomatik ist hieraus verständlich. Sein ständiges Ablehnen der Beziehungsangebote (wie T es erlebt) ist eine Neuinszenierung seiner eigenen Kindheitssituation: alle seine Versuche, Beziehung zu den Eltern aufzunehmen, waren verkehrt, so daß er immer mehr eingeengt, "gefesselt" wurde. Dieses muß bei ihm zu einem enormen inneren

Druck geführt haben, den er heute noch beispielsweise durch exzessive Radtouren versucht abzureagieren. In der Verbindung mit der Sexualität entwickelte sich seine perverse Symptomatik. Da er die Wut (die T im Rahmen der projektiven Identifikation auf P spürt) auf seine Eltern in der kindlichen Ohnmachts-Situation nicht adäquat ausagieren kann, richtet er sie gegen sich selbst, indem er sich fesselt und dabei in lebensbedrohliche Situationen bringt. Nur auf diesem Umwege kann er seine starken, angestauten Gefühle spüren. Die Ablehnung seiner Beziehungsangebote durch die frühen Bezugspersonen führten zu einer großen inneren Einsamkeit, die sich heute in schizoider Abwehr von Nähe manifestiert. Erst beim Abschied ist eine intensivere Begegnung zwischen P und T auf der musikalischen Ebene möglich.

Das Angebot, frei miteinander im musiktherapeutischen Raum zu agieren, bot also die Möglichkeit, unbewußte Konflikte des Patienten zu inszenieren und damit offenzulegen. Die Arbeitshypothese hatten wir so formuliert, daß der Patient sein inneres Erleben von sich und dem anderen im Spiel inszeniert und sich in den musikalischen Dialogen (zu ergänzen wäre: und dem, was ihnen im Wege steht oder was um sie herum sich ereignet) die grundlegenden Beziehungsstrukturen, also auch -konflikte spiegeln. Die Beschreibung und Reflexion der musiktherapeutischen Intervention verdeutlicht, was damit gemeint ist.

2.4 Reflexion des behandelnden Analytikers

Der Analytiker (A) war auch am musiktherapeutischen Prozess Teilhaber. Wie man sich vorstellen kann, wurde dem Patienten die nachlaufende Verbalisierung seiner Erfahrungen in der Musiktherapie im analytischen Setting ein Teil seiner Auseinandersetzung mit dem Analytiker. Jener hatte ihm ja schließlich dieses Experiment nahegelegt. Es gab auch deutlich positive Mitteilungen über die vom Analytiker erhoffte Nutzung des Erlebens in der Musiktherapie zum besseren Verständnis. Dies zeigt das nachfolgende Beispiel:

Ohne im Einzelnen auf seine Störung einzugehen, ist für das Verständnis der folgenden Passage wichtig, daß P an erheblichen inneren Erregungszuständen litt, die er zum Teil durch das Hören von stark rhythmischer Musik, zeitweilig nur noch mit Neuroleptika zu dämpfen vermochte. Sein Sprechen in der psycho-analytischen

Therapie war oft hektisch, raumgreifend, ohne viel Spielraum für gelassenes Nachdenken zu haben. In einer Analysestunde nach einer Musiktherapiesitzung resümiert er nun eine Beobachtung, die für ein Verständnis seines Gebrauchs von Rockmusik wichtig wurde:

P: ja, ich meine ganz konkret, die Sache mit dem Rhythmus, sagen wir mal, ich bin soweit, mehr zu kapieren darüber, was ich da eigentlich mache. Ich möchte mal so sagen, zum Beispiel wenn ich in aggressiver oder depressiver Stimmung bin, dann, hm, lauf ich irgendwo aufgrund dieser Aggression in einem zu schnellen Rhythmus, möchte ich mal sagen, und diesen Rhythmus, den mach ich kaputt mit Musik.

A: hmhm, dieses innere Getrieben-Sein

P: ja, den Rhythmus, diesen Vielfach-Rhythmus, den mach ich mir dann kaputt, weil ich den als zerstörerisch empfinde,

A: da ist dann diese Musik sehr hilfreich, die sie dann hören

P: ja

A: und was ist das für 'ne Art Musik, die Sie dann hören

P: ja das ist, hmhm, Musik, die rhythmus-betont ist, Rock-Musik, die 'nen klaren Rhythmus hat, teilweise mit 'nem aggressiven Rhythmus. Und ich hab das Gefühl, daß ich damit erst einmal diesen schnellen Rhythmus bei mir durch den von der Musik vorgegebenen überlagere und im Endeffekt ihn irgendwie greifbar mache dadurch, daß er nicht mehr in mir drin ist, sondern daß das von außen kommt, und dann kann ich den einfach abschalten, da ist ja ein Knopf dran am Gerät.

A: ja. Die äußere Musik, der äußere Rhythmus ersetzt den inneren, verdrängt den und dann läßt er sich abschalten, dadurch können Sie die Kontrolle darüber gewinnen.

Diese Einsicht des Patienten in ein ihn kennzeichnendes Verhalten, nämlich in die Aneignung äußerer musikalischer Objekte zur Kontrolle innerer affektiv ihn überflutender Prozesse, wurde ihm nun erst so recht deutlich. Die therapeutische Situation, in der die non-verbalen Aspekte nicht mehr nur Begleitumstände, Rahmenbedingungen waren, sondern in der dem Patienten ein direkter Umgang mit dem Aspekt des Rhythmus ermöglicht wurde, half ihm, dies auf den rechten Begriff zu bringen. Die reflektierende Aufarbeitung dessen, wie er einfache musikalische

Phänomene erlebt hat, unterstreicht die unerlässliche Rückbindung des nonverbalen Therapieprozesses in einem verbalen Diskurs und befestigt die unmittelbaren Erfahrungen. Die präsentativen Symbole des nonverbalen Handelns werden wieder in diskursive Symbolik überführt (Langer 1965). Damit dürften ausgiebige Untersuchungen der Rolle des verbalen Dialoges in der Musiktherapie angezeigt sein (Scheytt, in Vorb.).

Aus klinisch-psychoanalytischer Sicht hat diese musiktherapeutische Intervention dem Patient ganz sicher nicht geschadet; wieweit sie ihm genützt hat, ist schwer abzuschätzen. Der Patient hat nochmals die ihm bekannte Erfahrung machen können, wie sehr er abgrenzend auf bedrohlich kontrollierende Situationen reagiert. Im Nachhinein, mit einem inzwischen größeren Abstand zu den zehn musiktherapeutischen Sitzungen, kann der Patient selber zugeben, er habe eine Chance verpasst. Der Analytiker des Patienten wünscht sich in diesen Momenten, der Patient möge noch einmal den Schritt nun aus eigener Entscheidung machen, und ist in diesem Sinne mit dem Patienten verblieben.

Beeindruckend für den Analytiker ist die Präzision, mit der die Gegenübertragung des Musiktherapeuten die ihm bekannten Phänomene der Fesselung replizierten, die P's Analytiker folgendermassen beschrieben hat:

"Dem Analytiker vorzuschreiben, wann er etwas sagen dürfe und wann er besser den Mund halten solle, löst in diesem in der Gegenübertragung Ohnmacht und das Gefühl des "Gefesseltseins" aus. Der Analytiker ist unübersehbar nicht mehr Herr im eigenen Haus, sondern läßt sich auf eine manipulative Beziehung ein, aus der er mit Hilfe seiner Deutungen im Laufe der Zeit wieder herauszukommen hofft." (Thomä u. Kächele 1988, S 142)

Vergleiche der affektiven Gegenreaktionen von verschiedenen Therapeuten mit dem gleichen Patienten in verschiedenen Settings sind für das Verständnis der Gegenübertragung sehr hilfreich. Sie erlauben, die interaktive Starrheit des Phänomens zu erkennen und damit auch ihre Rolle als Diagnostikum zu fördern.

3 KONSULTATION ALS BESTANDTEIL DER MUSIK-THERAPEUTISCHEN FORSCHUNGSMETHODOLOGIE

3.1 Supervision und Konsultation in der Psychoanalyse

Wir beginnen diesen Teil des Forschungsberichtes mit einem Blick auf die historische Entwicklung in der Psychoanalyse, welche die wesentlichen Dimensionen und Probleme der Supervision und Konsultation als Forschungsfeld schon länger diskutiert hat.

Die Kontrollanalyse wurde von Eitingon in das Ausbildungsprogramm des Berliner psychoanalytischen Institutes eingeführt. Die sich daran anschließenden Diskussionen haben im Laufe der Jahrzehnte zu einer Konzeption der "psychoanalytischen Supervision" (Fleming u. Benedek 1966) geführt, welche diese neben der Lehranalyse und den theoretischen und kasuistischen Kursen fest im Curriculum verankert haben. Wenn auch ein weiterer Spielraum bestehen dürfte, wie einzelne Psychoanalytiker die Supervisionssitzung gestalten, so kann doch von einem gemeinsamen Verständnis der Ziele der Supervision ausgegangen werden.

Der Ausbildungskandidat hat in seiner Lehranalyse am eigenen Leib die Situation erfahren, als Patient auf der Couch zu liegen. Die Rolle des Analytikers, der dahinter sitzt, zu übernehmen, bringt unter anderem mit sich, daß die Identifikationen mit dem Lehranalytiker sich auf diesen Positionswechsel auswirken. Um so wesentlicher ist es, durch die Supervision den Lernprozeß zu ergänzen. Die Förderung des professionellen Wachstums als allgemeines Ausbildungsziel (Schlesinger 1981, S.30) ist auch davon abhängig, genauestens zu erfahren, wann und wie man handelt.

Szecsödy (1981, 1986) weist darauf hin, daß das Modell der Supervision wichtige Momente der alten Meister-Lehrling-Beziehung enthält. Das schwedische Wort für Supervision ("Handledning") bedeutet "an der Hand führen". Nun sind der psychoanalytische Lehrling und auch sein Meister beide ihrer Handwerkskammer verpflichtet; in diesem Fall also dem psychoanalytischen Ausbildungsinstitut. Allerdings können die Regeln der

psychoanalytischen Zunft nicht so festgeschrieben werden, wie die Handgriffe in einem Handwerk. Auch ist der Lehrling kein Jüngling mehr, sondern ein erwachsener Akademiker, dessen berufliches Wissen und Können ganz wesentlich von einer kritischen Auseinandersetzung mit dem Lehrstoff abhängig ist.

Es besteht somit ein Spannungsverhältnis zwischen der Abhängigkeit des Kandidaten vom Supervisor und dessen Beurteilung und dem angestrebten Wachstum, das auch durch Unabhängigkeit charakterisiert wird.

Diese Abhängigkeitsverhältnisse mögen unterschiedlich ausfallen: Egal ob der Ausbilder den Kandidaten streng reglementiert, zum Beispiel mit sorgfältiger Auswahl besonders der ersten Fälle, oder den jungen Kollegen im laissez-faire Stil mit der Verantwortung bei der Übernahme erster Fälle fast allein läßt: An irgendeinem Punkt – und sei es erst bei dem Aufnahme ritual zum Mitglied einer psychoanalytischen Vereinigung – werden diese Abhängigkeitsverhältnisse spürbar und wirksam. Kandidat und Kontrollanalytiker arbeiten nicht nur in einem triadischen System, das durch den Patienten mitkonstituiert wird, sondern sie sind auch eingebettet in das jeweilige psychoanalytische Institut und dessen lokales psychoanalytisches Klima. Subtile Differenzen zwischen verschiedenen Lehr- und Kontrollanalytikern können den identifikatorischen Lernprozeß beeinflussen und wirken sich meist störend auf die Evaluation des Kandidaten aus.

Es erscheint daher besonders plausibel, in einer Parallele zur Arbeitsbeziehung des therapeutischen Bündnisses von einer "Lehr- und Lernallianz" zu sprechen, in welcher der angehende Analytiker Sicherheit, Hilfe und Wissen vermittelt bekommt:

"Die Kontrollanalyse ist eine Lehr- und Lernsituation; ihr Erfolg ist abhängig von einer guten Lernatmosphäre, von einem guten Arbeitsbündnis zwischen Kontrollanalytiker und Kandidat und der Beachtung von psychoanalytischen Lernprozessen." (Studt 1985, S 121)

Wir können dabei die Aufgaben getrennt beschreiben, die Kandidat und Kontrollanalytiker einzulösen haben, ohne aus den Augen zu verlieren, daß die Zusammenarbeit in den verschiedenen Rollen von ganz wesentlicher Bedeutung ist.

Die speziellen Lernziele des Kandidaten lassen sich nach Schlesinger (1981, S 31) folgendermaßen beschreiben:

a) In der Position des Analytikers sollen die bekannten Phänomene einer Psychoanalyse erlebt werden;

- b) der Kandidat soll lernen, die Entwicklung einer psychoanalytischen Situation mit einem Patienten zu ermöglichen und zu gestalten;
- c) ohne dem Material des Patienten einfach etwas überzustülpen soll er lernen, die Erfahrungen begrifflich aufzuarbeiten, vorläufige dynamische und psychogenetische Hypothesen zu bilden und diese durch interpretative Arbeit zu überprüfen.

Diesen Lernschritten innerhalb der analytischen Situation können noch spezifische Lernvorgänge hinzugefügt werden, die der optimalen Nutzung der Kontrollsituation dienen. Jacob (1981) verweist unter Heranziehung der Untersuchungen von Klein und Wittkin zum "cognitive style" darauf, daß der Arbeits-Stil der Kandidaten verschiedenen ist und auch die Analytiker als Supervisoren verschiedene Präferenzen haben (de Bell 1963, 1981), die aufeinander abzustimmen sind. Übereinstimmung besteht jedoch darüber, daß die Kontrollanalyse dem lernenden, jüngeren Kollegen helfen soll, seine eigene analytische Identität zu entwickeln.

Zur Dynamik der Ausbildungssituation gehört in besonderer Weise, daß beide, Kandidat und Kontrollanalytiker, den Prozeß der kollegialen Konsultation gleichzeitig als Teil eines Bewertungsprozesses bestehen müssen, in dem der Kontrollanalytiker den Kandidaten in seinem Entwicklungsprozeß beurteilen muß, ohne sich selbst der Kritik entziehen zu können. Das dabei kaum zu vermeidende Gefühl der Abhängigkeit kann den Kandidaten dazu bringen, seine Fragen, Zweifel, seine Opposition und sogar seine bereits erworbene berufliche Kompetenz zu verleugnen. Die sachlich und gefühlsmäßig komplexe Arbeitssituation der Supervision kann zu übermäßiger Imitation statt selektiver Identifikation führen oder auch zu einer Rivalität und Opposition. In günstigen Fällen, d. h. wenn beide Seiten feststellen und zugeben können, daß die Lehr- und Lernallianz nicht glückt, resultiert daraus ein rechtzeitiger Wechsel des Supervisors.

Einen einzigartigen detaillierten Bericht aus der jeweiligen Perspektive des Betroffenen geben Schlesinger (1981) als Kontrollanalytiker und Shevrin (1981) als Analytiker in Supervision, die als Teilnehmer an einem Forschungsprojekt des "Committee of Psychoanalytic Education" der "American Psychoanalytic Association" beteiligt waren. Diese Teilnahme geschah auf der einen Seite wissentlich, auf der Seite des Kandidaten aber ohne Wissen und Einverständnis! Dieser Forschungsbericht (Eckstein u. Wallerstein 1981) beleuchtet die vielfältigen Probleme, die zu lösen sind, wenn Supervision jenen schmalen Grad zwischen psychoanalytischer und pädagogischer Erfahrung zu gehen hat.

Szecsödy (1981) beschreibt folgende Aufgaben des Supervisors: Er soll

- die Ziele der Supervision immer im Auge behaltend eine Lehrallianz bilden;
- den Wunsch und die Ambition des Kandidaten – zu lernen – unterstützen;
- den Rahmen für die Arbeit festhalten;
- den Kandidaten verstehen und sich ihm verständlich machen;
- laufend Hypothesen über den Kernkonflikt aufstellen;
- Übertragungserscheinungen und Widerstand beim Patienten erkennen;
- aus der Interaktion die Gegenübertragung beim Kandidaten sehen und verstehbar machen;
- die Gegenübertragung bei sich selbst bemerken und verstehen.

Spezielle pädagogische Probleme der psychoanalytischen Supervision zeigen sich in der Bearbeitung sogenannter "blinder Flecken" des Kandidaten gegenüber den Problemen seines Patienten und deren beider Beziehung. Ekstein und Wallerstein (1972) bezeichneten diese unbewußten Probleme des Kandidaten, Konflikte, welche die Arbeitsbeziehung in der Supervision stören, als "problems about learning". Es läßt sich eine Polarisierung zwischen einer mehr didaktisch-pädagogischen und einer eher erlebnisorientierten analytischen Einstellung des Supervisors aufzeigen. Nach erster Auffassung hat der Kontrollanalytiker ein Lehrer zu sein, der erklärt, korrigiert, Anweisungen gibt oder sich auch selbst als Beispiel hinstellt. In einer zweiten Haltung erleichtert der Kontrollanalytiker dem Kandidaten das persönliche und berufliche Wachstum auf eine Weise, die dem therapeutischen Prozeß um vieles näher steht als das pädagogische Vorgehen der ersten Position. Der pädagogische Stil gibt dem Anfänger mehr Sicherheit, während der andere sich als optimal für den schon selbständig arbeitenden Kandidaten erweist.

Mit der Monographie von Fleming u. Benedek (1966) begann, gefördert durch den von Lewin u. Ross (1960) vorgelegten Bericht über die amerikanischen Ausbildungsverhältnisse, die Phase systematischer Untersuchungen von Supervisionsprozessen. Fleming u. Benedek versuchten folgende Fragen zu beantworten: Was geschieht im Supervisionsprozeß? Was und wie wird gelernt? Welche Rollen und Funktionen hat der Supervisor? Welche

Schwierigkeiten ergeben sich für den Kandidaten und wie verändern sich diese?

Ihre zusammenfassende Antwort führte auf eine Bestätigung des Konzept vom "Analytiker als Instrument" (vgl. Studt 1985, S 122). Wir bezweifeln, ob durch derartige metaphorische Feststellungen unser Verständnis von Kontrollanalyse und den ablaufenden Prozessen wirklich vorangetrieben wird. Die von Fliess (1942) eingeführte Konzeption des "Arbeits-Ich" ist immer in Gefahr, den Analytiker zu einer "ungewöhnlichen Person" zu stilisieren, anstatt seine Erkenntnisprozesse in dem begrifflichen Rahmen zu analysieren, welcher den psychoanalytischen Erkenntnisprozeß in ein Kontinuum mit kognitiv-emotionalen Prozessen bringt, wie es Dahl (1983) aufgrund empirischer Untersuchungen vorgeschlagen hat. Gewiß ist es sinnvoll, zu fragen, wie ein Analytiker hört, wie er fühlt, denkt und wie er spricht. Aber die hier einfließende Generalisierung ist irreführend. Wir ziehen es hier vor, wie Jacob (1981) zu argumentieren:

"Ob wir es anerkennen oder nicht: Ich glaube, daß wir alle unsre eigene (vorwiegend unbewußte) hierarchische Organisation haben, in der wir die Relevanz der Daten der Beobachtung wahrnehmen, mustern und bewerten und diese dann in einem je spezifischen Moment in der Analyse in eine Handlung transformieren" (S 197).

Um den Supervisionsprozeß gründlich untersuchen zu können, ist es erforderlich, sowohl die therapeutischen Sitzungen als auch die Gespräche zwischen dem Kandidaten und dem Kontrollanalytiker aufzuzeichnen und besonders die letzteren durch einen Dritten auszuwerten.

Wie wir oben ausführten, kennzeichnet Supervision die Lehrsituation innerhalb einer Ausbildung.

Die Beratung einer laufenden Behandlung durch einen Kollegen, bei der das spezifische Moment der durch die Ausbildung gegeben Abhängigkeit entfällt, hat Szecsödy (1981) als Konsultation in Anlehnung an das in der Medizin lange übliche Konsilium bezeichnet (Thomä u. Kächele 1988, S 526). Diese Unterscheidung scheint uns auch für die Musiktherapie nützlich, besonders wenn es sich um die kooperative Hilfestellung in einer Forschungstherapie handelt.

3.2 Supervision und Konsultation in der Musiktherapie

Es mag überraschend sein, aber zur Supervision von Musiktherapeuten, speziell auch mit musiktherapeutischen Mitteln, gibt es bislang kaum Publikationen.

Meder (1983) hebt als Besonderheiten für Musiktherapeuten zum einen die Reflexion nonverbaler Angebote und Interventionen hervor, zum anderen verweist er auf die Problematik der regional sehr unterschiedlichen Ausbildungen und der unterschiedlichen Therapieansätze in den Institutionen, in denen Musiktherapeuten arbeiten. Er betont die Notwendigkeit der Supervision von Musiktherapeuten. "Indem der Musiktherapeut zum Supervisor in Beziehung tritt, kann im Hier und Jetzt reflektiert werden, wie er eine Beziehung einleitet und gestaltet. (...) Er tritt in Auseinandersetzung mit sich selbst und analysiert die eigene Arbeitsweise." (S 279) Es "werden Lücken in der Selbst- und Fremdwahrnehmung geschlossen" (S 280). Meder plädiert für eine externe, überregionale und interdisziplinäre Supervision für Musiktherapeuten, wobei der Supervisor frei gewählt wird. Zum Kennenlernen hält er eine Supervisionsgruppe für ausreichend, dann empfiehlt er dem Praktiker jedoch Einzelsupervision. Vom Supervisor erwartet Meder praktische Erfahrungen mit Musiktherapie in verschiedenen Praxisfeldern.

Strobel et al. (1988) sehen in der musiktherapeutischen Balint-Gruppenarbeit eine erweiterte Form patientenzentrierter Selbsterfahrung. Der klassischen Balint-Methode wird eine weitere, nonverbale Interaktionsebene hinzugefügt, indem auf die Vorstellung des Patienten und die Informationsrunde freies Assoziieren, Phantasieren, Improvisieren mit den musiktherapeutischen Mitteln stattfindet. Anschließend verbalisieren alle Beteiligten ihr Erleben und es findet eine Aufarbeitung wie üblich statt. "Die Vorteile der musiktherapeutischen Balint-Gruppe liegen in der Supervision von Therapeuten, die mit Patienten arbeiten, deren Konflikte und Nöte über das Wort schwer zu erreichen sind. Es liegt auf der Hand, daß dieses gerade bei Musiktherapeuten der Fall ist, da ihnen solche Patienten bevorzugt angeboten werden, (...) ist aber keineswegs auf diese Berufsgruppe beschränkt" (S 270f). Neben der Überwindung der aktuell blockierten Behandlungssituation wird als langfristige Wirkung bei Teilnahme an einer solchen Gruppe eine berufsbezogene Selbsterfahrung des Therapeuten erwartet. Ist es doch für den Therapeuten im therapeutischen Prozeß von besonderer Bedeutung, immer wieder seine Gefühle gegenüber dem Patienten zu reflektieren, um dessen Problematik besser zu verstehen und sie von seiner eigenen Person abgrenzen zu können.

Im Rahmen der vorliegenden Studie ging es darum, Hypothesen über die Beziehungsstruktur des Patienten zu entwickeln, die sich im musikalischen Dialog ausdrücken und zu überprüfen, ob sie sich durch ein spezielles Versuchsdesign in der Fremdbeobachtung bestätigen.

Hypothesen über die Beziehungsstruktur des Patienten aber formuliert der Therapeut spontan, subjektiv und emotional gefärbt. In der Konsultation mit einem kritischen Gegenüber, das genau nachfragt und konfrontiert, wirkt der sprachliche Dialog aufdeckend. Der Blickwinkel des Therapeuten erweitert sich und ein emotional Außenstehender, aber kollegial Verbundener, bringt andere

Aspekte mit in den Verstehenshorizont und ins Spiel. So können hier auch die Erfahrungen einfließen, die der Therapeut in der Therapiesituation dem Patienten gegenüber nicht wahrnehmen konnte, wollte oder durfte.

Über die im klinischen Setting wichtige therapeutische Hilfe hinaus sollte im vorliegenden Versuchsdesign die Konsultation – auf der Metaebene – Informationen zur Hypothesenbildung liefern. Somit haben wir insgesamt drei Ebenen oder Informationsquellen für die Hypothesenbildung:

- die musiktherapeutische Intervention (Videodokumentation, Affektives Spontanprotokoll des Therapeuten);
- die Psychoanalyse, hier insbesondere Kommentare des Patienten über die Musiktherapie (Tonbandmitschnitte);
- die Konsultationsgespräche (Tonbandmitschnitte).

Im folgenden werden einige Konsultationsgespräche kurz protokolliert und auf ihren Informationsgehalt hinsichtlich der wissenschaftlichen Verwertbarkeit reflektiert. Der Therapeut wird weiterhin mit "T", die konsultierte Kollegin mit "K" bezeichnet.

3.3 Auszüge aus Konsultationsprotokollen

Erstes Konsultationsgespräch

Diese erste Konsultation findet nach der dritten Sitzung statt. T schildert die Szene mit der von P am Baß gespielten und dann "gebremsten" Saite, "die nicht frei schwingen kann", das Weinen, Schluchzen und Krampfen als Reaktion auf T's Deutung, P's Ablehnen von T's Interventionsversuchen. T berichtet von P's Aussage, wenn er nicht kontrollieren könne, wie er wolle, würde er psychotisch, die T wie eine Drohung erlebt. Er erzählt von seinem Gefühl, zu einer Schachfigur auf P's Brett degradiert zu sein.

K konstatiert bei T Wut und eine innere Spannung; er wolle P was Gutes tun und sei gleichzeitig "stinksauer", weil von ihm abgewertet.

Wenn man diese Gefühle als Gegenübertragung und Kindheitsgefühle des Patienten deutet, so ist er in der Spannung, einerseits immer wieder gutwillig auf die Eltern zuzugehen (was soll er als hilfloses Kind auch sonst tun) und gleichzeitig sehr wütend auf sie

zu sein, weil sie seine Beziehungsangebote immer wieder ablehnen und ihn damit entwerten. Hinsichtlich T's Reaktion als Therapeut auf P's Inszenierungen wird deutlich, daß er ihn zunächst einfach so annehmen muß wie er ist und sich durch die Heftigkeit der Gegenübertragungsgefühle nicht irritieren lassen sollte in seinen Versuchen, P zu verstehen. Es wird aber auch klar, daß hinter Wut und Ärger große Traurigkeit und Verzweiflung mitschwingen: "Was kann ich denn noch tun?" Auch hierbei handelt es sich um die Gefühle eines völlig verstörten Kindes, welches in allen seinen Versuchen zur Beziehungsaufnahme scheitert.

Fünftes Konsultationsgespräch

Das Gespräch geht über die 7. Sitzung, die auf Wunsch von P abgebrochen wurde. T ist im Hinblick auf drei verbleibende Stunden mutlos, er äußert dazu, daß drei Jahre Therapie für diesen Patienten realistischer wären.. Er denkt darüber nach, für die Studie eine weitere musiktherapeutische Intervention durchzuführen und aufzuzeichnen, da es ihm so vorkommt, als kämen mit P nicht genügend auswertbare musikalische Dialoge zustande. T schildert, daß er P anfangs spontaner empfand, jetzt mehr und mehr "konzeptgesteuert". Sich selbst empfindet T als Roboter in P's System, in dem nur dessen Regeln gelten. Sein Spiel sei, daß nichts kommt. T erlebt sich als in einen Machtkampf verwickelt, in dem P sein Nicht-Musik-machen durchsetzen will. Der Therapeut und der Wissenschaftler in T geraten hier in eine Krise, in einen Widerspruch: der Therapeut will nichts vom Patienten, sondern bietet ihm einen Raum an, in dem er nachreifen und sich entfalten kann; der Wissenschaftler will etwas ganz Konkretes vom Patienten, nämlich, daß er sich auf musikalische Dialoge einläßt, die von der Videokamera aufgezeichnet und später ausgewertet werden können. Dieser innere Konflikt wirkt sich vermutlich stark auf den interpsychischen Prozeß zwischen P und T aus. Eine weitere Quelle seines Ärgers auf P sind Äußerungen, die T als entwertend erlebt. P signalisiere ihm in den letzten Stunden zunehmend, daß er ihn nicht (wortlos) verstehe. T kann dieses Bedürfnis nach wortlosem Verstandesein gut nachvollziehen, auch wenn es nicht immer am Realitätsprinzip orientiert ist. Gleichzeitig empfindet er aber die Art der Präsentation, bei der T als unsensibler, einfachste Signale nicht verstehender, "schlechter Therapeut" dastehe, als verletzend. Darüberhinaus wirft P immer wieder Bemerkungen über wichtige Ereignisse in der parallel laufenden Analyse in der Weise ein, daß T so etwas spürt wie "Das Eigentliche findet sowieso nicht hier

statt". Vor dieser Stunde hatte P dem stockend-übenden Klavierspiel eines Studenten zugehört, "und hätte da viel lieber noch länger zugehört".

All diese Bemerkungen bekommen dann einen Sinn, wenn man die These, daß in der Interaktion "projektive Identifikation" eine wichtige Rolle spielt, auch hier anwendet. P leidet unter einer schweren narzißtischen Störung, die sich aufgrund ständiger Zurückweisung seiner Beziehungsversuche in der Kindheit entwickelt hat. Vermutlich waren den Eltern andere Dinge, womöglich auch andere Geschwister wichtiger. Diese Kränkungen und Entwertungen inszeniert er nun unbewußt mit T: Du bist nicht wichtig, verstehst nichts, was andere machen ist viel interessanter usw. Auf die Frage nach anderen konzeptuellen Wegen im therapeutischen Vorgehen, antwortet T in dieser Sitzung bereits spontan: "Es ist wurscht, was ich mache, darum geht's gar nicht (...) Er inszeniert es so, daß ich hinterher immer vor einem von mir angerichteten Scherbenhaufen sitze." Diese Überlegung taucht ja auch in den Reflexionen der Sitzungsverläufe auf: "Ich kann gar nichts richtig machen." Ich soll auch gar nichts richtig machen, im Gegenteil, P will gerade sehen, wie ich damit umgehe, wenn ich immer alles falsch mache. Er will seine eigene Kindheitssituation in mir reinszenieren, um bessere Wege des Umgangs mit seinen eigenen Konflikten vorgeführt zu bekommen." So berichtet T, daß er ihm längst nicht mehr abnehme, daß er nicht spielen könne: "Er probiert dauernd aus, wieviel Geduld ich mit ihm habe. (...) Er stellt mich auf die Probe. Er will wissen, wie gehe ich damit um, wenn er sich mir verweigert." Durch T's (also berechtigtes) Gefühl, nur Fehler machen zu können, gerate er gleichzeitig in die Situation eines "Gefesselten". Dies kommt in Sätzen zum Ausdruck wie "Ich stehe da und kann mich nach keiner Seite bewegen, ohne ihn über den Haufen zu rennen". Auf K's Frage, ob er glaube, daß P nach dieser Sitzung noch wieder kommt, ist er sicher, daß P kommt. T meint, die augenblickliche Inszenierung ist für P im Grunde eine sehr wichtige Erfahrung.

Sechstes Konsultationsgespräch

T berichtet von seiner Unterredung mit P hinsichtlich der Stundenzahl. Der Zeitdruck scheint einzig T's Problem zu sein. Seine Gefühle sind ambivalent, als P über die Musiktherapie sagt, es sei ihm egal, ob es weitergehe, aber er lerne viel davon. Im weiteren Verlauf der Konsultation wird klar, daß es für P zuviel Nähe bedeuten würde, wenn er T sagen würde, es sei ihm wichtig. Die

Regulation von Nähe und Distanz ist durch das Setting auch auf der körperlichen Ebene stark gegeben. P legt sich zweimal T sehr nahe, wobei T das Gefühl habe, daß diese Nähe nicht stimmig sei für die reale Beziehung und vermutet, daß P wieder testet, wie er reagiere.

Nochmals kommen wir auf das andere wichtige Thema, den "Zeit-Raum" zu sprechen. T erlebt, daß P von ihm grenzenlos Zeit fordert, wenn er sagt: "Es kann drei Stunden dauern bis von mir überhaupt etwas kommt". K betont den Appell-Aspekt: "Habe Geduld mit mir!" T kann sich als ungeduldiger Therapeut schwer annehmen und betont immer wieder, daß das erwünschte Forschungsmaterial fehle und ihn dieser Aspekt in seiner klinischen Arbeit behindert. K meint, hier träfe wohl dieser Punkt ungünstig zusammen mit einem schwierigen Patienten. T's Dilemma scheint ihm aber weniger die Schwierigkeiten mit P. Unter normalen klinischen Bedingungen sei er an musikalischen Dialogen überhaupt nicht interessiert. Der Konflikt zwischen dem Therapeuten und dem Wissenschaftler in T tritt hier wiederum in aller Deutlichkeit zutage.

Ein weiteres Thema der heutigen Konsultation ließe sich als "Mütterliches und Väterliches" überschreiben. Als Ruf nach dem Mütterlichen deutet T den Wunsch von P, wortlos verstanden zu sein. Väterliches Realitätsprinzip ist T's Erklärung, daß jede Situation verschiedene Deutungsmöglichkeiten beinhaltet. Beispielsweise wäre bei P's Nichtspielen an der Rahmentrommel auch die Deutung denkbar, daß er es nicht alleine schafft und Unterstützung durch T brauchte. K fragt an dieser Stelle, ob P überhaupt schon fähig ist zum Dialog, oder erst einmal einfach den Raum ausprobieren will. Während der mütterliche Raum das Spielenlassen, das Gewährenlassen beinhaltet, verhandelt das väterliche Element über Spielregeln. Da es sich um einen früh gestörten Patienten handelt, braucht er dringlich ein Mütterliches, welches ihn gewähren läßt. Es ist die Frage, inwieweit T's väterlich-männliches Leistungsprinzip (Forschungsmaterial produzieren) sich da ungünstig in die therapeutische Beziehung hinein auswirkt. Im Gespräch mit K wird klar, daß T hinsichtlich körperlicher Nähe zu P geneigt ist, ihm viel Raum zu lassen, in dem er wachsen kann, da P Nähe eher als etwas Hemmendes erlebt, und nicht als etwas, das Geborgenheit spendet. Auch hier scheint die Fessel-Symptomatik mit hineinzuspielen. K hinterfragt T's Tendenz zu musikalischer Abstinenz: erst dann zu spielen, wenn P etwas anbietet, aus der Erfahrung heraus, daß T's musikalische

Äußerungen P blockieren. Es erscheint wichtig, alles vorher abzusprechen, denn "die Spezifität von P ist, daß immer wieder Mißverständnisse in der Kommunikation inszeniert werden" (K).

Letztes Konsultationsgespräch

Das Gespräch findet nach den letzten drei (8., 9., 10.) Sitzungen statt. T berichtet K, daß sich P entschlossen hatte, nach der 10. Sitzung aufzuhören. Er ist zunächst geneigt, das Positive darin zu sehen: P hat es geschafft, selbst diesen Entschluß zu fassen, ihn T mitzuteilen, und ihn gut und klar zu begründen.

Die nächste Frage, die im Gespräch auftaucht, ist: Warum konnte P erst spielen, als klar war, daß Schluß ist? T fällt ein, daß er selbst durch die Perspektive Spielraum gewann, die Therapie nicht unbedingt auf 10 Stunden beschränkt zu sehen: In gewisser Weise war mehr Weite vorhanden. P dagegen hatte plötzlich Spielraum, als sie das Ende verabreden und nur noch eine halbe Stunde Zeit ist: Hier kommt Enge ins Spiel. Dies erinnert sehr an seine Fesselsymptomatik, wo er sich ja auch einen extrem engen Spielraum herstellt, um das Erleben seiner Kindheitssituation zu reinszenieren. Später kommt T noch darauf, daß P durch die Gewißheit des Endes einen Fluchtweg offen hatte, den er sonst häufig im Zusammenspiel mit T vermißt hatte. P kann nichts machen, wenn er nicht das Gefühl hat, jederzeit weg zu können. Durch Regeln, die T aufstellt, wird P gefesselt. Um dies zu verhindern, muß P Bedingungen diktieren, die wiederum T fesseln.

K meint, sie könne sich vorstellen, daß sie sich gegängelt, gesteuert von P vorgekommen wäre, weil er scheinbar die ganze Zeit die Kapazität gehabt habe, zu spielen, aber erst jetzt am Schluß diese Fähigkeit realisiert. Sie vermißt bei T, daß er sauer ist nach all den Mühen. T habe dies in und nach der letzten Sitzung nicht gespürt, sondern war vor allem froh, daß überhaupt noch einmal ein längerer musikalischer Dialog zustandekam. Dies begründet T zum einen aus der Freude, die ihm dieses Spiel bereitete, zum anderen aus dem Forschungsmaterial, welches da zum Schluß noch einmal reichlich zustandekam. Darüberhinaus kommt noch ein Gefühl von Erleichterung dazu, daß die Intervention mit einem sehr schwierigen Patienten, der letztlich doch nicht "sein" Patient war, abgeschlossen ist. K ergänzt die schwierigen Faktoren noch: begrenzte Stundenzahl, zum ersten Mal die Kombination von Therapie und Forschung, zum ersten Mal Videoaufzeichnung.

Rückblickend auf die letzten Sitzungen schildert T sein Gefühl, daß er P immer besser lassen konnte. Er stellte sich sehr auf Stillsein, Sitzen und Warten auf das, was kommt ein, war wenig aktiv bzw. machte wenig Angebote. Diese Wandlung ist eine Anpassung an den Patienten, die man auch kritisch sehen kann: P hat T gewissermaßen zum "Schweigen" gebracht. Dies ist wieder eine Inszenierung seiner eigenen Kindheitssituation. Dadurch konnte P die Szene beherrschen, kontrollieren und mit für ihn sicheren Inhalten füllen, nämlich mit Sprache. Indem T alles "falsch" machte handelte T für P ja richtig: In diese Situation "wollte" P ihn bringen. Erst nach einer längeren Testphase, wie T mit dieser Situation wohl umgehe, wären Veränderungen in der Interaktion denkbar gewesen. Insofern stellt sich die Frage nach der "richtigen Strategie" innerhalb dieser 10 Musiktherapiesitzungen nur in sehr begrenztem Maße.

3.4 Bewertung

Diese in das vorliegende Projekt eingebundene Konsultation hatte zwei Aspekte, die es getrennt zu bewerten gilt.

Erstens kann jeder noch so erfahrene Therapeut im kollegialen Gespräch eine Bereicherung seines fallbezogenen Verständnis finden, hilft ihm doch der anwesende Dritte Erfahrungen in Worte zu fassen, die in ihm selbst nolens-volens stecken geblieben sind, und deren ausgebliebene reflektierte Abstraktion sich potentiell hindernd in der weiteren therapeutischen Arbeit auswirkt.⁵ Die unbewußten Probleme des Therapeuten, die auch in dieser Konsultation unvermeidlich spürbar wurden und die Arbeitsbeziehung in der Konsultation manchmal störten, sind auch in einer Konsultation mit einer vertrauten Person⁶ nur mit viel Vorsicht und Respekt vor der Person der Konsultierten zu benennen. Die in der Supervisionsliteratur vorherrschende Polarisierung zwischen einer mehr didaktisch-pädagogischen und einer erlebnisorientierten Einstellung ist für die Konsultation leicht zu entscheiden. Es handelt sich um kein pädagogisches Unternehmen mehr, sondern um

⁵ Dieser Aspekt fällt unter die oben erwähnten "learning problems" (Ekman und Wallerstein, 1972).

⁶ Therapeut und Konsultatorin kannten sich gut aus der Zeit der gemeinsamen Ausbildung.

ein Angebot einer erweiterten, reflektierenden Erfahrung. Diese muß in besonderer Weise die Eigenarten des Therapeuten respektieren und kann nur offeriert werden als eine mögliche, ergänzende Perspektive. Die Konsultation musiktherapeutischer Arbeit im sprachlichen Erfahrungsaustausch dürfte sich darüber hinaus noch intensiv mit der Frage befassen müssen, wie denn non-verbale, musikalische Erfahrungen ins verbale Sprachmilieu transportiert werden, die dann vom Kollegen weiter entwickelt werden können. Hier ist vor Generalisierungen zu warnen.

Um die Konsultation als Forschungsmethodologie brauchbar zu machen, um speziell mit ihrer Hilfe den therapeutischen Prozeß in der Forschungssituation detailliert aufarbeiten zu können, ist es sehr hilfreich, sowohl die therapeutischen Sitzungen, als auch die Gespräche zwischen dem Therapeuten und dem konsultierten Kollegen aufzuzeichnen und beide Materialien, wenn möglich, entweder gemeinsam oder durch einen Dritten, auszuwerten (Szecsödy et al. 1991)

Der Gewinn dieser rekonstruktiven Bemühungen in der Konsultation hilft bei einem therapeutischen Operieren in einem Forschungskontext, besonders bei der Identifikation mit der für die meisten Therapeuten ungewohnten Öffentlichkeit. Konsultation führt in die Forschungsgruppe eine umschrieben begrenzte Öffentlichkeit im Umgang mit dem klinischen Materials ein und wirkt somit nach unsrer Erfahrung auch angstmindernd. Bevor sogenannte methodisch abgestützte Ergebnisse das Selbstwertgefühl des Therapeuten bedrohen können, erfährt er, daß seine Arbeit durchaus vor dem kritischen Auge eines Kollegen Verständnis finden und bestehen kann. Deshalb plädieren wir für diese Form der begleitenden Konsultation besonders für Forschungsvorhaben, bei denen klinisch notwendige Subjektivität unvermeidlich ins manchmal grelle Licht der wissenschaftlichen Öffentlichkeit gebracht wird.

4 METHODIK DER DOKUMENTATION

4.1 Schriftliche Aufzeichnungen

a) Affektives Spontanprotokoll und Protokoll nach Video

Wie in Kapitel 2 wiedergegeben, schrieb der Therapeut (T) nach jeder Sitzung direkt ein spontanes affektives Protokoll, welches sehr von seinem persönlichen Erleben und weniger von kognitivem Reflektieren des Geschehens geprägt ist. Hier werden seine Gefühle nach jeder einzelnen Sitzung dokumentiert. Die originalen Protokolle werden in der "Ich-Form" belassen. Das affektive Spontanprotokoll gibt einerseits für den Therapeuten wichtige Hilfestellungen hinsichtlich der Bewußtwerdung seiner Gefühle und Gegenübertragung sowie deren Bedeutung für den therapeutischen Prozeß. Darüberhinaus kann es zu Forschungszwecken, beispielsweise im Vergleich zu Rateraussagen über den Therapeuten, herangezogen werden.

Das "Protokoll nach Video" hat den Sinn, aus größerer Distanz den genauen Inhalt der Sitzungen zu dokumentieren. Dies könnte ebenso – wenn nicht besser – von einer dritten Person vorgenommen werden. In dieser Studie wurde diese Arbeit von T selbst übernommen, der als letzten Schritt eine Reflexion mit Zusammenfassung schreibt. Personell aufwendiger, jedoch in der Methode objektiver, ist es, die Ablaufbeschreibung der Stunden anhand des Videomaterials durch eine an der Therapie unbeteiligte Person vornehmen zu lassen. Dabei sollte bereits in 5minütigen Unterteilungen die jeweilige Therapiemusik mitprotokolliert werden.

b) Beschreibung der Szenen

Wie im Methodik-Kapitel (5) noch ausführlich beschrieben, wurden die ausgewählten Videosequenzen nach wiederholter Betrachtung von zwei Musiktherapeutinnen der Studiengruppe voneinander unabhängig beschrieben.

4.2 Fragebögen

Vor und nach jeder Sitzung füllten sowohl Patient als auch Therapeut je eine Eigenschaftswörterliste (nach Janke u. Debus, 1978) aus. Am Ende jeder Sitzung erhielten beide je einen patienten- bzw. therapeutespezifischen Fragebogen zur Einschätzung des Sitzungsverlaufs. Im Rahmen dieser Studie wurden diese Fragebögen nicht ausgewertet, da wir uns zunächst auf die Ergebnisse der Rater-Beobachtungen konzentrierten. Der Fragebogen für die Beobachtergruppen ist ausführlich im Abschnitt über die Fremdbeurteilung (Kapitel 5.3) dargestellt.

Im Hinblick auf das gemeinsame Ausfüllen eines Fragebogens vor und nach der Sitzung erscheint uns Skepsis angebracht. Die Spannung in der Beziehung zwischen Patient und Therapeut zieht viel Energie von der Konzentration auf die Fragen ab. Es zeigte sich, daß P manchmal "genervt" einfach "drauflos ankreuzte", ohne überhaupt auf die Fragen zu achten. Die Art und Weise des Ausfüllens war offenbar mit der affektiven Stimmungslage der vergangenen Therapiestunde verbunden. Durch diese Zusatzinformation kann man zwar auf die Sitzung zurückschließen, eine standardisierte Auswertung ist jedoch nicht sinnvoll.

Das Ausfüllen könnte aber auch unabhängig vom Therapeuten geschehen, so daß P von einer "neutralen" Person zusätzlich vor und nach der Sitzung betreut werden müßte. Ob ein solcher Aufwand sinnvoll ist, muß noch herausgefunden werden.

Ein ganz anderes Modell im Therapiezusammenhang besteht darin, Fragebögen in den therapeutischen Prozeß zu integrieren. Hier ist das Ausfüllen als Baustein der gemeinsamen Reflexion zu verstehen.

4.3 Videoaufzeichnungen

Bereits seit zwanzig Jahren werden Filme bzw. Videoaufzeichnungen in der Psychotherapieforschung benutzt. Von Anfang an wurde davor gewarnt, die Frage der Selektion solange aufzuschieben, bis man von den Daten überschwemmt wird.⁷

⁷ Die Bedeutung der Qualität der Aufnahmen wurde insbesondere von Maxwell u. Pringle (1983) hervorgehoben. Nach ihrer Auffassung dienen

Prozeßanalysen anhand von Videoaufzeichnungen beschreiben Ellgring u. Clarke (1978), sowie Ellgring (1989) am Beispiel von Verlaufsbeobachtungen depressiver Patienten. "Das gemischte Videobild zeigt als Ausschnitt das Gesicht des Patienten und als Totale den Patienten und den Torso des Interviewers. Diese Anordnung wurde gewählt, um verschiedene nichtsprachliche Merkmale, wie Körperhaltung, Gestik und auch Mimik möglichst gut erfassen zu können." (S 70)

Das Video als Möglichkeit zur Mikroprozeßanalyse von nonverbalen Kanälen im psychotherapeutischen Geschehen wurde von Krause (zum Beispiel 1988) durch "slow motion analysis" der Mimik weiterentwickelt. Durch Mikroanalyse von Videoaufzeichnungen wurde das Feedbackverhalten depressiver Patienten in interpersonaler Interaktion untersucht (Vanger et al. 1990). Videountersuchungen aus der Paartherapie liegen von Bänninger-Huber et al. (1990) vor. Außerdem sind die Untersuchungen von Krause (@@@1989) aus der Therapie mit Stotterern und schizophrenen Patienten bekannt.

Unter Musiktherapeuten beschäftigten sich mit Videoanalysen Greenfield (1978), Hansen u. Furman (1980) und Alley (@@@1980, 1981, 1982). Die Anwendung von Videoaufnahmen dient hier der Ausbildung von Studenten und wird als eine effektive Möglichkeit der Supervision beschrieben.

Eine musiktherapeutische Prozeßforschung mit Hilfe einer videoaufgezeichneten und unter klinischen Gesichtspunkten segmentierten Einzelfallstudie konnte bislang weder in der deutsch- noch englischsprachigen Literatur ausfindig gemacht werden. In unserer Studie, die deshalb den Charakter eines Pilotprojektes hat, gingen wir davon aus, daß Videoaufzeichnungen auch für die Musiktherapie bedeutungsvoll sein müßten – bezieht diese Therapieform neben dem musikalischen Ausdruck doch auch die Botschaften der Mimik, der Gestik und der Sprechweise in das Problemverständnis mit ein.

In unserem ersten Umgang mit Videoaufnahmen begegneten wir folgenden Problemen:

- Die mangelhafte Aufnahmetechnik in unserem Pilotprojekt (z. B. der beschränkte Bildausschnitt) konnte nur durch ergänzende verbale Erklärungen zu manchen Szenen ausgeglichen werden, indem der Therapeut den Ratern mitteilte, welche Instrumente T und P jeweils spielten.

Pilotstudien dazu, die optimalen Aufnahmebedingungen zu erproben (S 43).

- Der Arbeitsraum war nicht schallisoliert. Die musikalischen Klänge der therapeutischen Szene waren daher vermischt mit Außengeräuschen.
- Die Instrumente selbst waren nicht mit Mikrofonen versehen. Das Spiel von Patient und Therapeut war so zum Teil nicht mehr separat zu hören. Die Transkription wurde dadurch sehr erschwert.

4.3.1 Videoaufnahmen in der Musiktherapie

Zur Vermeidung o. g. Fehler und Schwierigkeiten sowohl bei der Erstellung des Materials, als auch in dessen Untersuchung, möchten wir einige technische Vorschläge für musiktherapeutische Forschungsprojekte machen:

Eine Mindestausstattung für derartige Untersuchungen besteht aus einem Videorecorder, einer Kamera und einem Mikrofon. Besser ist natürlich eine Ausstattung mit Videorecorder, zwei Kameras, zwei Mikrofonen, Tonabnehmer in den Instrumenten, Mischpult und Zeitkodieranlage.

Grundsätzlich läßt sich sagen, daß die Aufstellung der Kameras von den Forschungsfragen abhängt: Der Zweck bestimmt, ob nur der Patient oder nur der Therapeut oder beide auf dem Bild sein sollen, ob der gesamte Raum aufgenommen wird oder ein bestimmter Ausschnitt reicht. Erfahrungen in der Psychotherapieforschung zeigten, daß die Aufstellung der Kameras in Augenhöhe (eye level) und angeschrägte Frontalaufnahmen für jede Person (bei zwei Kameras) zur späteren Analyse günstig sind. Steht nur eine Kamera zur Verfügung, sollte eine Profilaufnahme von beiden Personen gemacht werden.

Für die Beleuchtung gilt ähnliches wie beim Fotografieren: Gegenlicht ist zu vermeiden, d. h. die Lichtquelle sollte sich hinter der Kamera, nicht hinter dem Patienten befinden.

Ideale Basis einer Forschungsarbeit wäre ein schallisolierter Raum. Dieser sollte über ein Studio verfügen, welches durch eine Einwegscheibe vom Therapieraum selbst getrennt ist. Von diesem Raum aus könnte ein Mitarbeiter mit einer beweglichen Videokamera alle Interaktionen mitschneiden, so daß beide Spieler (Patient und Therapeut) immer im Bild sind. Darüberhinaus könnte er die Audioaufnahmen aussteuern. Die Qualität der Audiomitschnitte ist von großer Bedeutung, vor allem, wenn man den visuellen und akustischen Kanal separat beforschen will. Hierfür empfiehlt es sich,

die Instrumente mit Tonabnehmern auszustatten, um die Spielaktionen von Therapeut und Patient auch getrennt analysieren zu können.

Der Gebrauch von Videokameras setzt natürlich das Einverständnis des Patienten voraus. Dieser muß sein Einverständnis zu Beginn der Therapie schriftlich geben. Er wird darauf hingewiesen, daß die Aufnahmen auf Wunsch jederzeit wieder gelöscht werden können. Es hat sich bewährt, den Patienten sich einen kleinen Einblick in die Technik verschaffen zu lassen, d. h. den Standort der Kameras und Mikrophone zu besprechen und gegebenenfalls einen Ausschnitt aus der Therapie mit ihm gemeinsam anzuschauen. Letzteres hängt von der jeweiligen Situation ab und bleibt der Entscheidung des Therapeuten überlassen. Dem Patienten sollten Sinn und Zweck der Aufnahmen kurz erläutert werden und er sollte darauf hingewiesen werden, daß es sich nicht um Fernsehaufnahmen handelt.

Je natürlicher und selbstverständlicher sich der Therapeut gegenüber diesem Medium verhält, desto einfacher wird der Umgang damit auch für den Patienten werden. Dies zeigt sich in der Praxis auch in einer Verminderung von Ablehnung in Hinblick auf eine Videoaufzeichnung der Therapie.

Vorteile der Videoaufnahmen für die klinische Arbeit

- Das klinische Material ist jederzeit wieder verfügbar. Der Therapeut kann Stellen, die aus irgendeinem Grunde auffallend waren, noch einmal betrachten und sowohl sein eigenes als auch das Verhalten des Patienten auf sich einwirken lassen und verstehen.
- Der Musiktherapeut, der sich in der Therapie vor allen Dingen auf die musikalische Interaktion konzentriert, kann beim Durchschauen des Videos Mimik und Gestik des Patienten verfolgen und sehen, ob diese im Einklang mit seinem Eindruck aus der Improvisation stehen.
- Das Video kann für den Therapeuten eine Art visuellen Feedbacks darstellen und somit unter anderem einen Beitrag zur Entwicklung seiner therapeutischen Fähigkeiten leisten. Blinde Flecken werden leichter zugänglich.
- Gerade für Supervisionen durch Nicht-Musiktherapeuten sind Einblicke in die Musiktherapie mittels Video hilfreich.

- Fallvorstellungen mit geschnittenem Bandmaterial können eine Adaption in das therapeutische Team erleichtern.

Zusammenfassende Gedanken:

Bei einer technisch zufriedenstellenden Video- und Audioaufzeichnung sind die Grundlagen für eine vielfältige Weiterarbeit auch mit einer bereits abgeschlossenen Therapie in günstiger Weise gegeben. Das ausführliche Protokoll kann danach gut angelegt, bedeutsame Szenen für Eigen- und Fremdbeobachtung ausgewählt werden.

Schließlich sei hier noch einmal die Bedeutung der Dokumentation für alle weiteren Aktivitäten betont, die auf Forschung und Lehre bezogen sind. Gerade an diesem Punkt sollte nicht gespart werden, weil hier die Basis für Ideen geschaffen wird, die sich erst später im Umgang mit den Texten und Aufnahmen schärfen. Im Gegensatz zur nachträglichen Dokumentationserweiterung ist eine Datenreduktion leicht möglich.

4.4 Ansätze zur Transkription der musikalischen Dialoge

In Anlehnung an die in der Psychotherapieforschung erstellten Transkriptionssysteme zur Entwicklung einer systematischen Forschung (Gottschalk u. Auerbach 1966) werden in diesem Abschnitt Notationssysteme vorgestellt, die für die Musiktherapie geeignet sind. Aus den in Neuer und Alter Musik vorhandenen Möglichkeiten heraus wurden sie für den improvisierten musikalischen Dialog weiterentwickelt. Die Absicht dieser Beschreibungssysteme liegt in der Nachvollziehbarkeit des musikalischen Ablaufes, weiter im optischen Wiedererkennen bestimmter musikalischer Muster und in der Darstellung musikalischer On-Off-Muster (Marsden 1971) im Gesamtverlauf einer Sitzung. Die Möglichkeit der visuellen Erfassung des musikalischen Materials, also dessen schriftlicher Dokumentation, stellt unserer Meinung nach einen wichtigen Schritt für die Beforschung des in einer Sitzung entstehenden, sehr komplexen musikalischen Geschehens dar.

Die Darstellung improvisierter Musik ist insofern problematisch, als diese nur zum Teil mit Hilfe der traditionellen Notenschrift erfaßt werden kann. So wurde zur Erstellung von Partituren zum einen auf die sehr unterschiedliche, aber recht differenzierte Zeichensprache der modernen Komponisten zurückgegriffen (Vinci 1988, Karkoschka 1966), zum anderen eine der musikalischen Notwendigkeit angemessene eigene Zeichensprache erstellt. "Die Pluralität der

Notation wird der Pluralität der Gestalt- und Ausdrucksmöglichkeiten entsprechen." (Pousseur 1959). Die Verwendung von Zeichen unkonventioneller Art bedarf entsprechender Erläuterungen zur Sicherstellung einer korrekten Anwendung und eines korrekten Verständnisses derselben (Stockhausen 1960).

Um unsere Absicht noch einmal zusammenzufassen: Wir schlagen vor, ein Zeichensystem einzuführen, das geeignet ist, einen visuellen und damit einen in der Vorstellung hörbaren Eindruck der gespielten Musik zu vermitteln. Die Suche nach und die Beschreibung von Details wird dadurch erleichtert. So können zum Beispiel wiederkehrende rhythmische oder melodische Motive aufgefunden, die Verteilung der Klangimpulse zwischen Patient und Therapeut verfolgt und ganz allgemein können Änderungen formaler und struktureller musikalischer Phänomene rasch nachvollzogen und verglichen werden.

Leider ist der Wunsch nach wissenschaftlicher Wiederholbarkeit im engeren Sinne, also zum Beispiel der genauen Reproduzierbarkeit der freien Improvisation anhand einer Partitur, nicht zu erfüllen. Wie das Umfeld des Wortes >Improvisation< schon verdeutlicht (Oerter 1991, S 7), ist das Charakteristikum dieser spontan produzierten Musik, daß sie tatsächlich unvorhergesehen ist. Impulse werden gemäß der situativen Logik von Begegnung, Beziehung und Klang gesetzt – diese Logik wird einem Außenstehenden oft als unlogisch erscheinen. Auch eine gut erstellte Partitur wird es dem Außenstehenden nicht ermöglichen, in denselben, logischen Spielfluß zu gelangen.

In unserem Projekt griffen wir drei Arten von Notationen auf und erprobten sie:

- Traditionelle Notierung
- Graphische Notierung
- Balkenpartitur

Im Verlauf unserer Arbeit hat sich herausgestellt, daß es bei sogenannten signifikanten Episoden sinnvoll ist, sie in der Form traditioneller oder graphischer Notierung zu transkribieren. Da in unserer Studie die Dauer dieser Episoden nicht länger als drei Minuten ist, erwies es sich als praktikabel, die Zeitskala sehr fein wiederzugeben. Wir entschieden uns für die Einheit eine Sekunde für einen Zentimeter. Diese Skala kann natürlich entsprechend den Anforderungen der Untersuchungsinhalte (Motive, Verdünnung und Verdichtung von Aktionen, ...) modifiziert werden. Eine solche ereignisgetreue Umschrift ist, wie leicht nachzuvollziehen, eine sehr zeitraubende und mühselige Angelegenheit. Wir konnten

feststellen, daß die Zusammenarbeit zweier Personen hier sehr hilfreich ist: Je nach Fähigkeiten konzentriert sich eine Person auf die akustische Auswertungsarbeit, die andere notiert die Angaben der ersten. Oder aber eine Person dient als Zeitgeber mit der Stoppuhr im Blick, stoppt nach Bedarf Tonband und Uhr gleichzeitig, während die andere Person sich ganz aufs Hören und fortlaufende Aufschreiben konzentriert. Als Materialvoraussetzung ist ein Tonbandgerät mit leicht gängiger Pausentaste wichtig, falls von Video ausgewertet wird, wäre eine eingeblendete Zeit hilfreich. Das Bandlaufwerk ist bei vielen Geräten bei mehrmaligem Vor- und Rückspulen zu ungenau, darum ist die Stoppuhr meist notwendig. Eine Festlegung, wann die Uhr von "0" losläuft, empfiehlt sich an einem akustisch einprägsamen 'Anker' festzulegen, zum Beispiel dem letzten gesprochenen Satz abrupt an dessen Ende.

Falls ein digitales Abspielgerät (DAT o. ä.) zur Verfügung steht, wird die Arbeit erheblich einfacher: Hier kann ein Markierungszeichen beliebig, also z. B. bei musikalisch wichtigen Ereignissen, gesetzt werden, zu dem dann immer auch eine Zeitangabe ablesbar ist.

Allgemeine Hinweise zur Notation klinischer Improvisationen:

Es lassen sich drei ineinandergreifende Arbeitsschritte aneinander beschreiben. Wie eine Landkarte ("in Gallien"...), aus der dann detailliertere Ausschnitte vergrößert wiedergegeben werden ("gab es ein gallisches Dorf") bis das betreffende Einzelmerkmal sichtbar wird ("Obelix und Idefix..."), kann zeitökonomisch sinnvoll folgender Weg gegangen werden:

Von der kompletten Therapiestunde wird ein "On-Off-Muster" erstellt. Dieses ergibt eine sogenannte *Balkenpartitur*. Sie hat zum Ziel, die quantitativen Anteile der musikalischen Interaktion von Patient und Therapeut im Verlauf einer ganzen Sitzung zu erfassen. Dabei werden in einfacher Weise die Zeitpunkte bestimmt, an denen einer der beiden Spielpartner beginnt oder endet. Diese Methode der On-Off-Muster hat sich in der Untersuchung verbaler Psychotherapie bereits sehr bewährt (Marsden 1971).

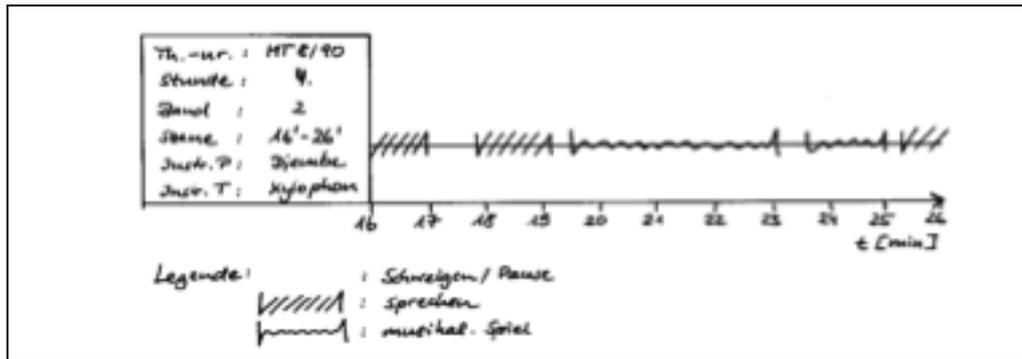


Abb. 2: "On-Off-Muster" der gemeinsamen Interaktion von T und P

Diese Partitur gibt eine erste Orientierung zu Verteilung von Sprechen, Schweigen und Spielen im Ablauf der Stunde. Bei Klarheit können Strecken auch im schnellen Bandvorlauf gehört werden.

Differenzierter wird die Notation durch Trennung der Anteile, die jeweils P und T einbringen.

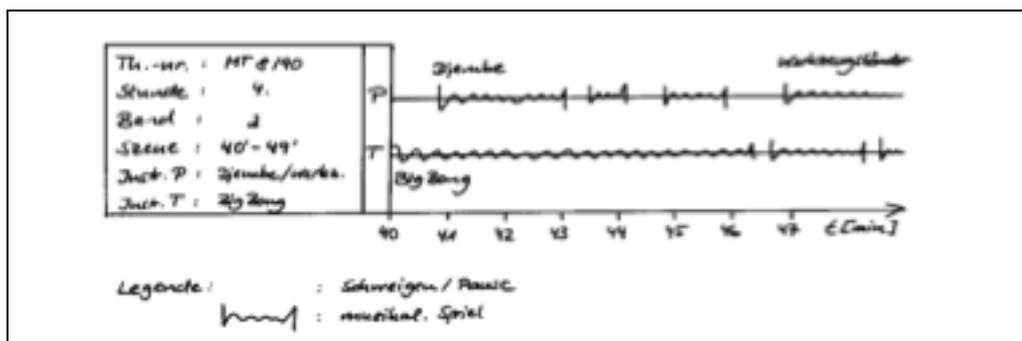


Abb. 3: Balkenpartitur, aufgeschlüsselt für die Einzelbeteiligten

Gemäß dem Wunsch, überhaupt Aufschluß über die Verteilung von Spielen und Sprechen, Aktion und Schweigen, ggf. schon über die Wahl der Instrumente zu erhalten, wird das Zeitraster größer gewählt. Wir verwendeten die Einheit 1cm = 1min. Falls benötigt, können sehr genaue Zeitablesungen bei zweitem oder drittem Hören vermerkt werden.

Nach dem Hören und einem ersten, vielleicht eher linienhaften Einzeichnen kann eine breite Markierung und ggf. Farbigkeit die Stimmen und Instrumente als Balkenpartitur deutlich machen. Es empfiehlt sich, Formulare (Zeitachsen mit Stimmlinien) vervielfältigt bereitzuhalten, dann wird die Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Notationen gut.

Der nächste Schritt ist ein interpretativ-qualitativ: Die gefertigte Balkenpartitur kann im Maßstab sehr verbreitert werden (hochkopieren). Hier kann man nun direkt (oder aber in eine neues Formular) die nun gemäß der interessierenden Fragestellung⁸ ausgewählten Szenen graphisch mitschreiben bzw. eher -malen. In Symbolschrift, also *graphischer Notation*, wird dann das Spielereignis je nach vorher vorgenommenem Aspekt bzw. mehreren Aspekten mitgemalt: Dynamik, Klanggruppen, Geräuschgestalten, Spielbewegungen etc.. In einem ersten Durchlauf können Grundcharakteristika gesammelt werden, die dann im zweiten Anhören unter Beachtung der Zeitachse eingetragen werden. Hier muß natürlich unbedingt auch eine Legende erstellt werden. Sie sollte sich anlehnen an das Notationsmaterial, das in Neuer Musik bereits üblicherweise angewandt wird und um die Ereignisse ergänzt werden, die nötig und neu sind. Ein Austausch unter Kollegen sollte dann helfen, daß sich, soweit möglich, allgemein verstehbare Symbole in ihrer Benutzung vereinheitlichen.

Für graphische Notation hat sich eine Einheit von 1cm = 2-5sec bewährt. Wichtig ist, daß der Notierende ein gleichmäßiges Maß der eigenen Armfortbewegung (zur Stoppuhr/Zeitachse) findet.

⁸ So könnte interessieren, alle Szenen genauer zu untersuchen, in denen P immer dasselbe Instrument benutzt hat, z. B. einen Baßklangstab.

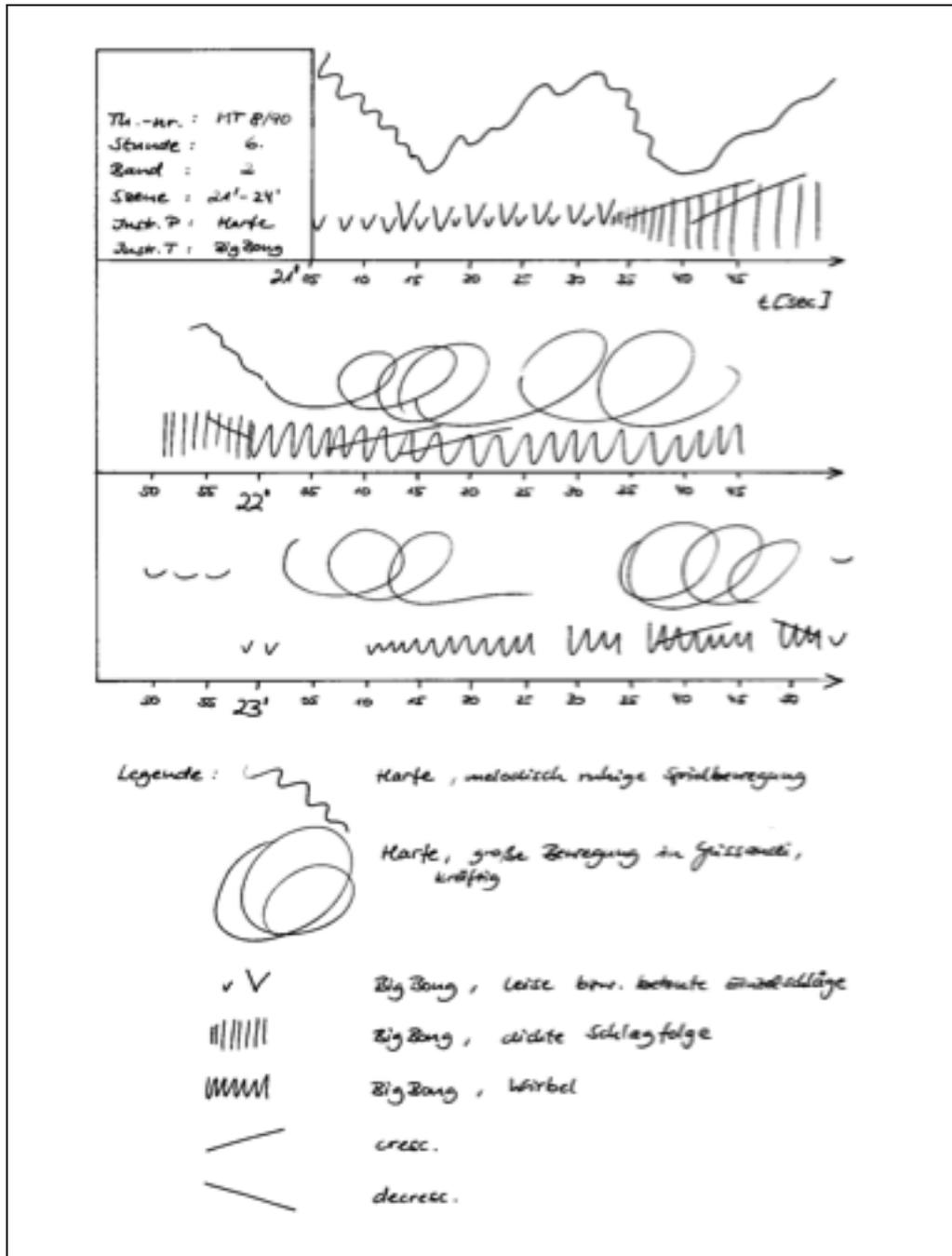


Abb. 4: Malpartitur der gemeinsamen Musik

Szenen, die wichtig werden, sie in ihrer exakten Interaktion oder Intraaktion zu begreifen, können Hand-für-Hand oder Schlag-für-Schlag graphisch notiert werden. So wird ablesbar (im Zweifel wird mit Hilfe eines Lineals ausgemessen!), welcher Impuls auf welchen vorausgegangenen folgt (Interaktion P und T), oder welche Körperteile mitspielen (flache Hand, Fingerknöchel, Faust, Fingerspitzen, Ellenbogen, etc.).

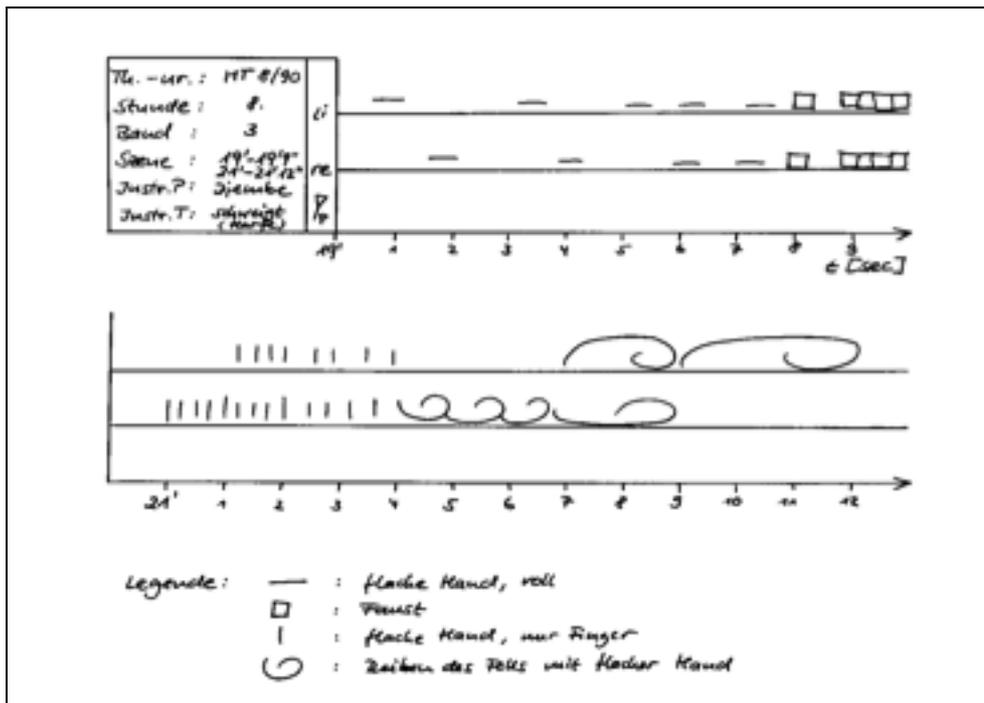


Abb. 5: Graphische Notation einer Intraaktion:

Falls die Art des Spiels und der Musik es zuläßt, kann eine *traditionelle Notenschrift* die Improvisation vermitteln. Hier wird, wie üblich, Note für Note eingetragen, was gespielt wurde, mit dem Unterschied der mitlaufenden Zeitachse. Diese Zeitachse kann wieder $1\text{cm} = 2\text{ Sekunden}$ gewählt werden. Zu entscheiden ist, ob ggf. die Zeitachse gedehnt und gestaucht wird, was Papier und Platz spart, aber doch ungewohnt zu lesen ist und so nur mit Übung eine rasche, überblickende Idee von der Musik ermöglicht.

Tz.-nr. : MP 8/90
 Stunde : 3.
 Band : 3
 Szene : 45' - 45'45"
 Instr. P : Xylophon
 Instr. T : schellen

45' 42 44 46 48 50 52 54 56 58 60
 62 64 66 68 70 72 74 76 78 80 82 84 86 88 90 92 94 96 98 100
 t[Cs]

22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52 54 56 58 60 62 64 66 68 70 72 74 76 78 80 82 84 86 88 90 92 94 96 98 100
 t[Cs]

Legende : : rhythmisch ungefähre Notation
 : glissando
 : ungefähre Tonhöhe
 : genaue Tonhöhe
 : Akzent
 : Tonrepetition, Wirbel mit Angabe der Dauer (Tongruppen-repetition)

(vgl. auch Oesterl, 1994)

Abb. 6: Notation regelmäßiger Zeitachse

Tz.-nr. : a
 Stunde : 6
 Band : c
 Szene : d-e
 Instr. P : Xylophon
 Instr. T : hört an

1 2 3 4 5 6 7 8 9
 t[Cs]

Abb. 7: Notation mit Zeitachsenveränderung

Gerade bei melodisch sicher identifizierbaren Passagen der Improvisation bietet sich diese traditionelle Notation an. Rhythmische Ereignisse können als Halbe, Viertel, Achtel etc. angedeutet wer-

den. Gemäß den Klangeigenschaften des Instrumentes empfiehlt sich die Wahl der Notenwerte.⁹ Bei Bewegungen, die zwar vom Tempo her ungefähr diesen Werten (mit Angabe des Charakters: Adagio, Andante, Allegro etc, bzw. genauer: Metronomangabe) entsprechen, aber kein eigentliches Metrum besitzen, schlagen wir die Notation mit Schlängelung ("ungefähr so") ober- bzw. unterhalb der Notenhäse vor.¹⁰

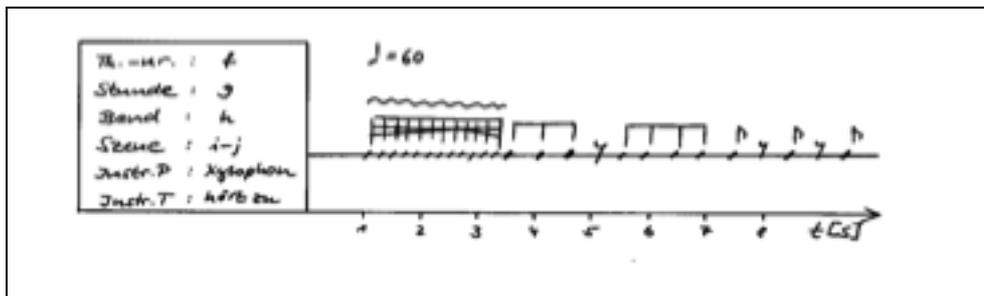


Abb. 8: Notation von "ungefähren" rhythmischen Ereignissen

Rhythmen, die erkennbar regelmäßig erklingen, können, gemäß der Tradition, ohne Unterschlängelung unter Angabe des Tempo notiert werden. Falls ein Metrum erkennbar ist oder Schwerpunkte gebildet werden, sollte wie üblich eine Taktangabe angegeben werden.

⁹ Beispiel: Xylophon (kurz und trocken) in Achtelwerten mit Pausen notieren, Metallophon (lang klingend) dagegen in Vierteln oder Halben.

¹⁰ Die exakte Wiedergabe des rhythmischen Geschehens ist offensichtlich die schwierigste Aufgabe einer (computerlosen) Notation. Vorschläge für weitere Zeichen, die eine Notation schwieriger Stellen erleichtern könnten, finden sich bei Tüpker (19@@). So werden Fermaten gesetzt, wenn die Note etwas länger klingt, als nach der Notation der Notenwerte zu lesen wäre; Pfeile nach rechts oder links ober- bzw. unterhalb der Notenhäse meinen, daß der Ton etwas nach bzw. vor dem notierten (Takt- bzw. Pulsations-)Schlag gespielt wurde. Tüpker schreibt nicht mit fortlaufender Zeitachse unterhalb der Notensysteme; sie hilft sich in metrisch nicht mehr gehaltenen Spielteilen durch völliges Aussetzen von Taktstrichen und Pulsationsangaben (Taktvorzeichen wie 4/4, 5/4 etc.) und Angaben wie "acc.", "rit.", "a tempo" oder "tempo rubato".

Handwritten musical notation for a harp. The notation consists of two staves. The top staff is in treble clef and the bottom staff is in bass clef. The time signature is 3/2. The music features various note values and rests, with dynamic markings such as 'p' (piano) and 'mf' (mezzo-forte). A vertical bar line is present at the beginning of the first staff. To the left of the staves, there is a box containing handwritten text: 'Tb.-nr.: HFE/40', 'Stunde: 3.', 'Band: 3', 'Szene: 17.-1720', 'Instr. P: Harfenspiel', 'Instr. T: Leier'. Below the staves, there is a measure number sequence: 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18 [CS].

Abb. 9: Notation von Rhythmen mit Schwerpunktbildungen

Notation: jeder, der dies versuchte, weiß, daß es eine äußerst zeitraubende Arbeit ist. Zur Verständigung der "Ohrenmenschen" mit den "Augenmenschen" ist dieses Vorhaben sicher eine hilfreiche Unterstützung, so auch zum Austausch mit einem ganzen Team, mit Nichtmusiktherapeuten. Hören und lesendes Mitverfolgen der Partitur fördert aber auch für Musiktherapeuten selbst weitere Details zu Tage. Als Beispiel sei das Hören bzw. Partiturlesen einer Bachfuge genannt, in der das feine Gewebe, aus dem sie entstanden ist, nur von besonders Geübten durch Hören zu erfassen ist. Die Kunst eines solchen Gewebes wird im lesenden Hören in ihrer Fülle deutlich – und erst dann auch mit den Ohren alleine vernehmbar. Eine Partitur ermöglicht die Lenkung der Konzentration und damit Wahrnehmung auf strukturelle Phänomene, der "Textur". Erst einmal im Gegensatz dazu steht das assoziativ-emotionale Hören und Mitschwingen, das an ganz anderer, hier nicht erörterter Stelle wichtig ist. (vgl. zum Beispiel Tüpker 1988, Langenberg 1988 u. a.)

5 METHODIK DER DATENERHEBUNG

5.1 Identifizierung

Von den zehn Sitzungen lagen acht Videoaufzeichnungen vor. Aus diesem Material sollte eine für Einschätzung durch Fremdbeobachter geeignete Menge von kurzen Szenen ausgewählt werden. Im Hinblick auf unsere Fragestellung (Werden in den musikalischen Dialogen von Patient und Therapeut die grundlegenden Beziehungsstrukturen und -störungen in irgendeiner Form erkennbar?¹¹) mußten der Szenen so beschaffen sein, daß ihre Einschätzung in Form von Fremdbeobachtung zu sinnvollen Ergebnissen führen würde.

Probleme solcher Art stellen sich nicht nur Musiktherapeuten: Bastine et al. (1989, S 9) konstatieren: "Die in diesem Forschungsbereich feststellbaren unterschiedlichen konzeptionellen und methodischen Schwerpunkte liegen vor allem darin, geeignete Beobachtungseinheiten zu begründen und festzulegen, in denen Veränderungsprozesse vermutet werden und beobachtbar sind (Repräsentanzproblem)." Fiedler u. Rogge (1989, S 50) definieren "Episoden" als "bedeutungsvolle Einheiten therapeutischer Interaktion". Sie zitieren ein Beispiel, in dem Therapeut und Patient Episoden in unabhängig voneinander durchgeführten Videobetrachtungen auswählen, wobei es um "Veränderungsrelevante Episoden" geht. Im nächsten Schritt wurden dann die "konkordanten Episoden", d. h. die von beiden ausgewählten Episoden identifiziert.

Für unsere Vorgehensweise legten wir fest, daß der Therapeut und zwei weitere Musiktherapeutinnen (M1 und M2) die ihnen signifikant erscheinenden Szenen auswählen. Ein erstes Auswahlkriterium in unserer Studie war die Beschränkung auf Passagen mit musikalischem Geschehen. Diese wurden auf einer Videokassette zusammengefaßt. Dadurch wurde das Material bereits überschaubarer. Nicht berücksichtigt wurde der Vorschlag, nur solche Szenen auszuwählen, in denen sowohl der Therapeut als

¹¹ @@@Was ist der Grund dafür, daß die Hypothese mehr vom 'kranken' Persönlichkeitsanteil des Patienten ausgeht? Musiktherapeuten behaupten doch gerne, gerade mit den 'gesunden' Anteilen des Patienten zu arbeiten!@@@

auch der Patient im Bild zu sehen sind. Sämtliche Videokassetten wurden zeitkodiert, um die Szenen genau bezeichnen zu können.

Die grundsätzliche Beschränkung auf die Phasen, in denen Patient und Therapeut musikalisch aktiv sind, war aus der Themenstellung der Untersuchung noch leicht begründbar. Argumente für die Auswahl signifikanter Episoden aus den vorliegenden musikalischen Dialogen zu finden, gestaltete sich dagegen schwieriger: Was ist eine Beziehungsstruktur? Was ist eine Beziehungsstörung? Woran kann man sie differenzierend erkennen? Welche Beziehungsstrukturen und/oder -störungen werden in der improvisierten Musik deutlich sichtbar?

Im psychotherapeutischen Prozeß lassen sich Charakterstrukturen des Patienten anhand von Wiederholungen identifizieren. Der Therapeut sammelt Erfahrungen mit einem Patienten und merkt dabei, daß sich bestimmte Ausdrucksformen (Verhaltensweisen, Wortauswahl, mimische Reaktionen usw.) wiederholen. Solche "repetitiven Muster" machen ihn aufmerksam und führen zu Hypothesenbildungen. Auch Übertragung und Gegenübertragung bilden ein solches Muster, indem der Patient mit dem Therapeuten seine grundlegende Form von Beziehung reinszeniert. Will man dieses für einen Außenstehenden deutlich machen, muß man Szenen auswählen, in denen der Patient mit dem Therapeuten in für ihn typischer Weise umgeht.

Bezüglich der hier untersuchten Therapie war der erste Gedanke, solche musikalischen Szenen auszuwählen, in denen der Patient den Dialog mit dem Therapeuten in typischer Weise unterbricht - ein Verhaltensmuster, welches sich musikalisch im Pausieren des Patienten ausdrückte. Zur Untersuchung des musikalischen Dialoges erschien uns dieses jedoch als eine zu große Beschränkung.

Ein weiteres Kriterium für die Szenenauswahl in der Psychotherapieforschung ist die Veränderung. Diese vollzieht sich in der Therapie nicht linear, sondern unregelmäßig und sprunghaft. Lange Zeit besteht ein labiles Gleichgewicht, eine Art Hin- und Herschwingen, welches zu einem bestimmten Zeitpunkt umkippt. Dieser Moment wird "change episode" genannt (Rice u. Greenberg, 1984b).

Der Begriff "Verdichtungen" kam in die Diskussion für solche Stellen, an denen in der Interaktion etwas "Auffälliges" passierte. In signifikanten Episoden müsse sich demnach etwas verdichten (hohe musikalische Komplexität), was anhand von Notation und verbalen Beschreibungen durch verschiedene Personen nachzuweisen sei. Kann man aber vorher Kriterien für Verdichtungen festlegen, anhand derer man sie im Material findet, so daß sie auch für andere nachvollziehbar und eindeutig sind?

5.2 Beschreibung

Die Musiktherapeuten wählten nun unabhängig voneinander Szenen unter den Aspekten "repetitive Muster", "Verdichtungen" und "Veränderung" aus. Jeder versuchte, die ausgewählten Szenen möglichst genau verbal zu beschreiben.

Im folgenden seien exemplarisch die Beschreibungen für die erste Szene aufgeführt:

M1:

P sitzt am Boden, die Beine vorne auseinander, und schaut um sich. T ist nicht zu sehen, man hört aber sein Xylophonspiel, ein rhythmisch-melodisches zweistimmiges Motiv. Es hat zum-Mitspielen-auffordernden-Charakter. P wendet sich einer rechts neben ihm am Boden liegenden Rahmentrommel zu und beginnt, das Metrum mitzuklopfen. T gleicht sein Spiel dem metrischen Trommeln von P an. P setzt im Schlagen mehr und mehr Akzente, so daß sich eine Verschiebung vom rein Metrischen hin zum Rhythmischen mit betonten und unbetonten Zeiten entwickelt. Dieses Spiel währt eine knappe halbe Minute, dann wischt P noch einmal mit der Hand über über das Trommelfell und hört mit tiefem Seufzer auf zu spielen.

M2:

Instrumente: Patient: Rahmentrommel / Therapeut: Xylophon

Der Therapeut wiederholt auf dem Xylophon ein musikalisches Motiv: zweistimmig, beide Stimmen bestehen fast die ganze Zeit aus jeweils drei Tönen und werden gegenläufig geführt. Der Rhythmus ist durch den Wechsel von Dreiviertel- und Viervierteltakten nicht ganz einfach, aber sehr klar strukturiert. Durch seinen auftaktigen Charakter wirkt er eingängig und lädt zum Mitspielen ein. Der Patient sitzt am Boden, öffnet dann seine geschlossene Körperhaltung, lehnt sich kurz zurück und beginnt auf der rechts neben ihm liegenden Rahmentrommel mitzuspielen. Da der Patient die Trommel liegen läßt, muß er sich vom Therapeuten abwenden. Durch sein Hinwenden zum Instrument wirkt er unentschlossen, als ob er nicht wüßte, ob er wirklich mitspielen soll. Er verwendet keine Schlegel, sondern trommelt mit den Fingerkuppen einen gleichmäßigen Viertelrhythmus. Sein Tempo ist etwas langsamer als das des Therapeuten. Der Therapeut stellt sich nach einigen Takten auf den Patienten ein. Patient und Therapeut sind einige Meter voneinander entfernt. Blickkontakt besteht nicht – der Patient blickt nur auf die Trommel und vor sich hin. Das gemeinsame Spiel dauert genau eine Minute. In der zweiten Hälfte der Sequenz variiert der Patient sein Spiel, indem er manche Schläge hervorhebt oder - an einer Stelle - sein gleichbleibendes Spiel durch einige Achtel auflockert. Die hervorgehobenen Schläge könnten als ein Gegen thema oder sogar als ein Störenwollen des Therapeuten verstanden werden. Der Patient beendet das Zusammenspiel mit einem Kratzgeräusch auf der Trommel. Sein Abwenden vom Instrument begleitet er mit einem Seufzer. Die innere Beteiligung des Patienten beim Spielen ist schwierig einzuschätzen. Er macht einen sehr ruhigen, aber nicht entspannten Eindruck. Die

Improvisation wirkt fließend. In den Takten, in denen der Therapeut versucht, sich dem Tempo des Patienten anzupassen, nimmt die musikalische Spannung zu, verringert sich im weiteren Verlauf aber wieder.

Anschließend wurden die individuell ausgewählten Szenen gemeinsam betrachtet und deren Auswahl jeweils begründet. Dabei kam es noch einmal zur Grundsatzdiskussion: Welche Szenen sind nun wirklich für eine genaue Analyse und Fremdbeobachtung geeignet? Zwei uns wesentlich erscheinende Kriterien kristallisierten sich heraus:

1. Hoher Informationsgehalt

In den Szenen sollte sich das charakteristische Moment (zum Beispiel ein typisches Beziehungsmuster des Patienten) verdichten, also in kurzer Zeit möglichst deutlich werden.

2. Repräsentativ für Musiktherapie

Das charakteristische Moment sollte in einer Weise deutlich werden, das typisch bzw. repräsentativ für die musiktherapeutische Situation als unserem expliziten Forschungsgegenstand ist.

Aufgrund dieser Kategorien wurden acht Szenen ausgewählt. Nochmals wurden sie, diesmal von allen Musiktherapeuten, unabhängig voneinander beschrieben.

In den folgenden Abschnitten werden die Beschreibungen der signifikanten Episoden zusammengefaßt. Sie geben vor allem die Interaktion zwischen Patient und Therapeut wieder.¹²

Szene 1: Die Struktur dieser Szene ist, daß T ein musikalisches Angebot macht, P mitspielt, aber nicht auf das Angebot eingeht. T muß sich also immer wieder sich annähern, wenn ein Zusammenspiel erfolgen soll. P bricht ab und stöhnt. Es wird deutlich, daß P nur begrenzt Kontinuität und Nähe aushält. P weicht durch Veränderung des Rhythmus bzw. Spielabbruch aus.

Das Abbrechen von Beziehung bzw. die Verweigerung von Kontakt und Nähe verdeutlicht hier im musikalischen Dialog bzw. in der freien Interaktion P's Beziehungsproblematik.

Szene 2: P klopft vor sich hin auf den Boden, ohne merkbare Tendenz, zu T Beziehung aufzunehmen. T gibt sich große Mühe, eine Beziehung über musikalischen Dialog herzustellen. Kurzfristig entsteht eine gemeinsame Steigerung. P erweitert den Spielraum, indem er halb aufsteht. T, der bislang auch auf den Boden geklopft hat, erhebt sich ebenfalls und geht zu einer Trommel. In dem Moment, als er auf der Trommel spielt, bricht P ab.

¹² In der Beschreibung wird unterschieden zwischen Beobachtungen anhand der Videosequenzen und den hergestellten Zusammenhängen zur Problematik des Patienten. Letztere sind in kursiver Schrift dargestellt.

Dieses ist ein typisches Beispiel für die "Fesselung" des Therapeuten – er darf keinen Schritt weiter gehen als P selbst.

Szene 3: P spielt nur am Anfang ein kurzes, prägnantes, musikalisches Motiv am Xylophon. Darauf verfällt P in ein kontinuierloses musikalisches Fingerspiel mit engen Tonschritten, Glissandi und Tonleitern ohne Endton. Für T ist kein Einstieg zur Kontaktaufnahme möglich. P spielt nur so lange, wie T leise an der großen Schlitztrommel spielt. Als T das Instrument wechselt und an die Klangröhren geht, lauter und deutlicher spielt, bricht P sofort ab.

T wird nur geduldet bzw. ausgehalten, wenn er weniger mächtig ist als P. Er wird dadurch in eine Rolle gedrängt, die das Gegenübertragungsgefühl von "Ich soll möglichst gar nicht da sein!" auslöst.

Szene 4: P spielt ohne Kontaktbereitschaft unkontinuierlich ein starres Metrum auf der Handtrommel. T steigt auf dem Xylophon ein. P bricht ab.

Hier könnte sich Angst vor zuviel Nähe oder eine von P empfundene Unterlegenheit der Handtrommel gegenüber dem Xylophon zeigen.

Szene 5: P steht in legerer Haltung an der großen Trommel. Er sucht Blickkontakt. Im Spiel sucht er ebenfalls Kontakt, gibt einmal ein Metrum vor und läßt sich mehrmals hintereinander auf ein gemeinsames Spiel ein. Es entsteht ein neuer Rhythmus. Am Schluß bricht P das Spiel ab.

Die lockere Körperhaltung von P könnte Gleichgültigkeit gegenüber der Beziehung zu T signalisieren, aber auch Offenheit und Kontaktbereitschaft. Hier könnte ein "pattern of change" vorliegen. Etwas Neues entsteht: P kann sein starres Metrum verlassen. Das repetitive Moment dieser Szene sehen wir darin, daß P nach wie vor das Interaktionsverhalten dominieren bzw. kontrollieren muß. Er bestimmt Anfang und Ende des Spiels. Er braucht den Abbruch als "Fluchtweg".

Szene 6: P spielt für sich abgeschlossen. Sein Fingerspiel ist rhythmisch unstrukturiert. Die Töne liegen dicht beieinander oder verschmelzen zu Glissandi. @@@Was macht T?@@@

Es scheint P ziemlich egal zu sein, was T spielt. Er nimmt ihn aber sehr genau wahr und springt musikalisch weg (Fluchtweg), sobald ihm die Nähe zuviel wird. Dennoch ist hier deutlich mehr Kontakt.

Szene 7: P läßt sich verbal von T ermutigen. Es entsteht so etwas wie eine innere Übereinstimmung. P antwortet sogar einmal kurz auf ein musikalisches Motiv von T.

Das Spiel wirkt freudiger als sonst. P scheint mehr beteiligt.

Szene 8: P läßt sich auf musikalische "Frage-Antwort-Spiele" ein. Immer wieder bricht er aber aus. Beim Zuhörer entsteht die Vorstellung eines neckenden 'Katz-und-Maus-Spieles'.

Hier wird P's innerer Konflikt erkennbar: Er möchte Kontakt, kann aber aufgrund seiner Störung Beziehung und Nähe nicht aushalten. Indem er sich auf die musikalische Kommunikation einläßt, wird diese Regulation von T

seitens P aber nicht mehr als Ablehnung erfahren, sondern als ein 'Katz-und-Maus-Spiel', dessen neckischer Charakter Spaß macht.

Zusammenfassend läßt sich an dieser Stelle sagen, daß die mehr oder weniger intuitiv gewählten Szenen uns als gut geeignet erscheinen, dem Betrachter ein "typisches Bild" des Patienten zu vermitteln. Sie hielten auch den ausführlichen Nachreflexionen über den Verlauf der musiktherapeutischen Intervention stand. Die Definition der Auswahlkriterien sollte bei weiterführenden Forschungen jedoch nicht außer acht gelassen werden.

5.3 Fremdbeurteilung

5.3.1 Entwicklung eines Fragebogens

Die acht ausgewählten Szenen (vgl. Kap. 5.1) wollten wir mit Hilfe eines rasch und zuverlässig anwendbaren, objektivierbaren Instrumentes (Rating) durch Fremdbeobachtung (Rater) einschätzen lassen. Insofern lag die Anwendung statistisch auswertbarer Fragen nahe. Wir gingen von folgenden Überlegungen hinsichtlich einer Fragebogengestaltung aus: Wie läßt sich

- die Persönlichkeit des Patienten,
- die Art der Interaktion mit dem Therapeuten und
- die emotionale Qualität der therapeutischen Situation

möglichst deutlich abbilden?

Dazu benötigten wir zunächst einmal Aussagen über die Stimmungslage von P und T in den jeweiligen Szenen. Hierzu entwarfen wir in Anlehnung an in der Literatur bekannte Stimmungsfragebögen (Janke u. Debus, 1978)¹³ Adjektivlisten. Da wir noch nicht die Zuverlässigkeit der Abbildung anhand dieser Listen einschätzen konnten, wollten wir den Ratern die Gelegenheit zu frei verbalen Äußerungen geben.

Für eine Einschätzung der Interaktion von P und T orientierten wir uns an bereits vorhandener Literatur aus der Psychotherapie-

¹³ @@@P und T hatten vor und nach jeder Musiktherapiesitzung einen derartigen Bogen ausgefüllt (vgl. Kap. 4.2). Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden diese Bögen aber aus Zeitmangel nicht mehr ausgewertet.

forschung: Der zentrale Beziehungskonflikt (Luborsky u. Kächele, 1988).

Die Autoren beschreiben eine Methode zur Identifizierung sogenannter "Beziehungsepisoden" in verbalen Therapiedialogen. Diese Methode kann auf der Grundlage von Verbatimtranskriptionen therapeutischer Dialoge systematisch die Komponenten wiederkehrender Beziehungskonflikte identifizieren. Das Auswertungssystem unterscheidet zwei zueinander oft im Widerspruch stehende und in Beschreibungen von Übertragung zum Ausdruck kommende Komponenten: Wünsche und Reaktionen. Aus der langen Erfahrung mit der Erhebung von zentralen Beziehungskonflikten wurden Standardlisten für die drei Komponenten "Wunsch", "Reaktion des Objekts" und "Reaktion des Selbst" entwickelt.

Aus den bereits entwickelten Standardlisten (Luborsky u. Kächele 1988, S 95ff) wurden von Musiktherapieexperten eine Auswahl von Items für die Wünsche des Patienten und die Reaktionen des Therapeuten auf diese Wünsche getroffen.

Zusätzlich zu solchen mit "Ja" oder "Nein" zu beantwortenden Items wollten wir eine allgemeine Einschätzung der Interaktion wissen. Einer der drei Begriffe "konkordant", "komplementär" oder "diskordant" sollte dieses abbilden.

In einem Brainstorming mehrerer Musiktherapeuten sammelten wir wiederum Adjektive. Diesmal ging es uns um solche Adjektive, die uns als besonders geeignet erschienen, speziell die musikalische Interaktion zu beschreiben.

Da wir hofften, daß sich in frei-verbalen Antworten Gegenübertragungsgefühle der Rater gegenüber dem Patienten abbilden würden, die wir mit den Reaktionen von T würden vergleichen können, forderten wir die Rater auf, sich in die Rolle des Therapeuten zu versetzen: "Was hätten Sie gemacht?"

Die so entstandenen zehn Fragen sollten die Rater nach jeder der acht ausgewählten Szenen beantworten. Für die Mikroprozeßanalyse sollte also von jeder Szene ausreichendes Datenmaterial vorliegen:

- affektives Spontanprotokoll (vgl. Kap. 2.2)
- Protokoll nach Video (vgl. Kap. 2.2)
- Konsultationsprotokoll (vgl. Kap. 3)
- eventuelle Aussagen von P in der laufenden Analyse

- Vorher/Nachher-Fragebögen der jeweiligen Sitzung (vgl. Kap. 4.2)
- Einschätzungen, Beobachtungen, Gefühlsreaktionen der Rater

5.3.2 Bedeutungsfelder in den Adjektivlisten

Analog zu den neun von Janke u. Debus (1978) aufgestellten Kategorien zu Persönlichkeitsmerkmalen von Patienten entwickelten wir sechs Kategorien, die speziell auf den Patienten zugeschnitten sind. Eine solche Reduzierung ist vergleichbar mit der Diagnose oder der Kurzbeschreibung eines Patienten durch den Therapeuten, mithin einer reduzierenden Fokussierung auf dessen herausragende Charakterzüge bzw. auf solche, unter denen er leidet (Pathologie). Diese im folgenden aufgeführten Kategorien nannten wir "Hypothesenkategorien"¹⁴:

1. Fesselsymptomatik
2. Ablehnung von Beziehungsangeboten
3. Innerer Druck, Aggressivität
4. Gesundes Verhalten
5. Depressivität und Resignation
6. Bedrohtsein, Angst vor Kontrollverlust

a) Adjektive zur Interaktion des Patienten¹⁵

Unter der Fragestellung, inwieweit die Adjektive die Persönlichkeit des Patienten abbilden, versuchten wir sie zu gruppieren und zu polarisieren. Es ergaben sich folgende polare Gruppen (mit Mehrfachnennungen):

¹⁴ @@@Eigentlich gehört hierher auch eine Kritik an der z. T. erst nachträglich vorgenommenen Hypothesenkategorienbildung. Allerdings wurde der Text inzwischen so geglättet, daß ein Außenstehender nicht mehr den Zeitpunkt der Hypothesenbildung erkennen kann.@@@

¹⁵ Fragebogen Teil I: Frage 1

bekommen, starr, zaghaft.....	gelöst, offen, beschwingt
abgekapselt.....	kontaktfreudig, einladend, offen
verstört, bedroht	selbtsicher
verstört	ausgeglichen
ängstlich, mutlos, hilflos, ratlos	selbtsicher, unbekümmert
wütend, verärgert, aggressiv	friedlich, ausgeglichen
aggressiv	zaghaft, hilflos, ängstlich
wehmütig, traurig.....	froh, beschwingt
ratlos.....	überlegt

In der Folge beschäftigten wir uns mit der Frage, wie die Adjektive den gefundenen Hypothesenkategorien zuzuordnen sind.¹⁶

P's Eingengtsein, das Fesseln seiner inneren Spannung, welches er in seiner Fesselsymptomatik ausdrückt, assoziierten wir mit "BEKLOMMEN", "STARR"; die Kontrolle des als übermächtig erlebten Therapeuten mit "BEDROHT"; die soziale Isolation und beziehungslose Interaktion mit "ABGEKAPSELT"; sein mangelndes Selbstbewußtsein mit "ÄNGSTLICH", "MUTLOS", "HILFLOS", "RATLOS"; seine latente Aggressivität mit "WÜTEND", "VERÄRGERT", "AGGRESSIV" und seine Depressivität mit "WEHMÜTIG", "TRAURIG".

Das Adjektiv "ÜBERLEGT" ist im Hinblick auf die musiktherapeutische Intervention nicht unbedingt positiv zu werten, da P's verbalintellektualisierende Abwehr dem authentischen Gefühlsausdruck entgegenstand. Als Schutzfunktion gegenüber psychotischer Überflutung sind diese strategischen Gedankensysteme jedoch vorübergehend als sinnvoll anzuerkennen. Sie werden in dem Maße überflüssig, wie der Patient aufgrund einer wachsenden Vertrauensbeziehung zum Therapeuten beginnt, seine Gefühle spontan zu erleben und auszudrücken. Wir haben das Adjektiv "ÜBERLEGT" nun der Kategorie 6 zugeordnet, da es sich auf die Angst vor Kontrollverlust bezieht.

¹⁶ In der Folge sind Adjektive, die direkt im Fragebogen vorkommen, in Kapitälchen geschrieben.

Es erscheint notwendig, nach der Eindeutigkeit der Bedeutung der einzelnen Adjektive zu fragen. Ferner polarisiert sich durch das "trifft nicht zu/trifft zu"-System der Ratingskala jedes Adjektiv in die mit ihm benannte und seine gegenteilige Bedeutung. Diese gegenteiligen Bedeutungen werden aber nicht unbedingt von den vorhandenen 26 Begriffen abgedeckt.

"BEKLOMMEN" wird vom ethymologischen Duden (@@@Bd.7, 1963, S 58) mit "ängstlich, bedrückt" übersetzt; es kommt von "beklimmen, umklammern", sein direkter Vorläufer ist "beklemmt". Neben der depressiven Komponente erscheint hier als spezieller Aspekt ein in sich zusammengezogen sein, welches als Körperhaltung durchaus der Haltung eines Gefesselten vergleichbar erscheint. Gegenbegriff wäre dann eine "OFFENE", "GELÖSTE", evtl. auch "BESCHWINGTE", "EINLADENDE" Haltung, um in den Begriffen der Adjektivliste zu bleiben.

Die Begriffe "AGGRESSIV", "WÜTEND", "VERÄRGERT" sollten spezifiziert werden. Während "AGGRESSIV" eine angriffslustige, herausfordernde Haltung beschreibt, dessen Gegenteil in der Adjektivliste in "ZAGHAFT", "HILFLOS", "ÄNGSTLICH", aber auch in "STARR" im Sinne von "passiv, erleidend" zu finden ist, meint "WÜTEND" eher eine "rasend-tobende" Haltung. Es ist dabei gleichgültig, ob die Wut ausagiert wird oder in einem "vor Wut beben, zittern" usw. zurückgehalten wird. Beim Patienten wäre hier der innere Druck, die innere Spannung, gerade die gehemmte Aggressivität, zu beobachten, die es ihm schwer macht, sich im Gegenteil "FRIEDLICH" und "AUSGEGLICHEN" zu fühlen. "VERÄRGERT" ist eine mildere Form, die sich eher in Übelgelauntheit, als in offener Aggression ausdrückt.

Das Adjektiv "FROH" steht im Gegensatz zu der depressiven Grundstimmung des P, welche in der Liste mit "WEHMÜTIG", "TRAURIG" auftaucht. Wehmut meint seit dem 17. Jahrhundert "innerer Schmerz, Trauer" (S 757), während trauern ursprünglich soviel wie "sinken, matt, kraftlos werden" bedeutet. Es betont daher mehr den Aspekt des Resignativen, Passiven, sich ins Schicksal fügen (das Bild der Trauerweide), so daß die Begriffe "MUTLOS" und "HILFLOS" der Adjektivliste hier mit anklingen.

"AUSGEGLICHEN" läßt Begriffe wie "Ruhe, Gelassenheit, innere Harmonie" assoziieren. Deren Gegenteil wären "Unruhe, Hyperaktivität, Umhergetriebensein, Zerrissenheit". Solche

Begriffe tauchen in der Adjektivliste nicht auf; allenfalls "VERSTÖRT" käme hier in Betracht.

"OFFEN", "KONTAKTFREUDIG" und "EINLADEND" kämen auch noch als Kontrapunkt zu "ABGEKAPSELT" in Frage, womit das Themenfeld Schizoidität, Narzißmus, Selbstbezogenheit und Beziehungsstörung berührt ist. Der damit verbundene Mangel an Selbstwertgefühl wird im gegenteiligen Adjektiv "SELBSTSICHER" sowie in "VERSTÖRT" angesprochen. Letzteres läßt im heutigen Wortsinn das Bild eines schlecht behandelten Menschen vor uns auftreten, der eingeschüchtert, verunsichert und verwirrt, ratlos und hilflos ist. Auch "ZAGHAFT" gehört mit in diesen Zusammenhang, wengleich es eher in der Nähe von "MUTLOS" und "ÄNGSTLICH" liegt und den Charakter des Resignativen betont.

"BEDROHT" trifft in besonderer Weise die Pathologie des Patienten, erlebt er doch den Therapeuten als bedrohlich, weil übermächtig. Daher muß er diesen, wie die eigenen Gefühle, die sonst gefährlich hervorbrechen könnten, kontrollieren und fesseln.

Diese zum Teil überlappenden Bedeutungen der Adjektive in der Liste, sowie ihre bedingt nur im "trifft nicht zu"-Aspekt sich manifestierenden gegenteiligen Bedeutungen gilt es bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen.

Aus unseren Überlegungen ergeben sich folgende Zuordnungen zwischen den sechs Hypothesenkategorien und den Adjektiven der Liste:

- | | |
|--|--|
| 1. Fesselsymptomatik..... | bekommen, starr |
| 2. Ablehnung von Beziehungsangeboten..... | abgekapselt, verstört |
| 3. Innerer Druck, Aggressivität..... | wütend, verärgert, aggressiv |
| 4. Gesundes Verhalten | froh, ausgeglichen, gelöst, friedlich, offen, selbstsicher |
| 5. Depressivität und Resignation | wehmütig, traurig, mutlos, hilflos, ratlos, zaghaf |
| 6. Bedrohtsein, Angst vor Kontrollverlust..... | bedroht, ängstlich, hilflos, überlegt |

b) Adjektive zur Interaktion des Therapeuten¹⁷

Die zuvor genannten Überlegungen haben sinngemäß auch Bedeutung für diese Frage. Wir verwendeten für die Einschätzung des Therapeutenspiels dieselben 26 Adjektive, mit denen die Rater das Spiel des Patienten einschätzen sollten.

c) Interaktionsmuster in den Szenen¹⁸

Bei den in dieser Frage vorgegebenen 14 Adjektiven, die sich auf die musikalische Interaktion beziehen, fanden wir folgende Wortfelder:

1. "ERGÄNZEND" als sich "zu einem Ganzen zusammenfügend" und "HARMONISCH" ebenfalls von griech. "harmoso, d. h. "zusammenfügen, zusammenfassen, ordnen" (Gemoll, 1954, S 124).
2. "ZUSAMMENSCHWINGEND" und "VERSCHMOLZEN" als "in tieferem Kontakt miteinander, die Isolation überwindend".
3. "GEMEINSAM" und "EINIG" als "in eine Richtung zielend".
4. "ZUGEWANDT" und "IN KONTAKT" beziehen sich auf eine gute Kommunikation zwischen zwei selbständigen Individuen.
5. "ISOLIERT", "NEBENEINANDER", "GETRENNT" und "ZERRISSEN" deuten auf schizoide Zustände hin.

¹⁷ Fragebogen Teil I: Frage 3

¹⁸ Fragebogen Teil I: Frage 8, 9

6. "GEGENLÄUFIG" kann sich auf die Eigenwilligkeit zweier Individuen beziehen, aber auch auf die Unfähigkeit zur Begegnung.
7. "ENTSPANNT" ist eine Interaktion, wenn sie nicht von gravierenden Konflikten beeinträchtigt wird.

Die Adjektive lassen sich wie folgt polarisieren:¹⁹

ergänzend, harmonisch zerrissen, isoliert
zusammenschwingend nebeneinander, getrennt
verschmolzen, gemeinsam, einig, gegenläufig
zugewandt, in Kontakt, entspannt

Folgende Beziehungen lassen sich zu den drei Adjektiven der Frage 9 herstellen:

konkordant ("übereinstimmend"):..... gemeinsam, einig,
verschmolzen,
zusammenschwingend
komplementär ("sich ergänzend"):..... ergänzend,
harmonisch
diskordant ("nicht übereinstimmend"):..... isoliert, getrennt, gegenläufig²⁰, zerrissen, nebeneinander

d) Fragebogen Teil II

Der zweite Teil des Fragebogens wurde so konzipiert, daß die Rater nach Bearbeitung aller acht Szenen einen Gesamteindruck über den Patienten und über die Interaktion zwischen Patient und Therapeut abgeben. Hier werden drei Fragen gestellt, anhand derer frei-verbal die Persönlichkeit des Patienten charakterisiert (Frage 1), seine

¹⁹ @@@Gibt es nicht noch weitaus mehr sinnvolle Polarisierungsgruppen? (ZUSAMMENSCHWINGEND <-> ISOLIERT, ZUSAMMENSCHWINGEND <-> ZERRISSEN, VERSCHMOLZEN <-> ISOLIERT)

Auf die Musik bezogen muß IM KONTAKT <-> GEGENLÄUFIG nicht unbedingt einen Gegenpol darstellen!@@@

²⁰ @@@Wie kommt es zu der Einteilung des Adjektives GEGENLÄUFIG in die Rubrik "diskordant"? Gehört es nicht vielmehr zu "komplementär"?@@@

Hauptproblematik und deren Ausdruck (Frage 2) sowie die technischen Probleme des Therapeuten (Frage 3)²¹ beschrieben werden sollten.

5.3.3 Äußere Gestaltung der Fragen

Der "Fragebogen zur Einstufung musiktherapeutischer Videoaufzeichnungen" (er ist im Anhang wiedergegeben) enthält eine Einführung für die Beobachter, um die Rater zu einer persönlichen Einschätzung zu ermutigen. Wir baten darum, keine Frage auszulassen und unter Umständen zu notieren, warum eine Antwort schwer fiel oder gar unmöglich war. Jeder Rater mußte eine "Schweigepflichterklärung" unterschreiben. Die Befragung war anonym, enthielt aber noch eine kurze "Selbstbeschreibung der teilnehmenden Rater", die sich je nach Ratergruppe unterschieden.

In drei Fragen des Fragebogens²² sind jeweils 10 cm lange Linien vorgegeben. Auf dieser Linie kann nach der eigenen Gewichtung zwischen zwei angegebenen Extremen ("trifft nicht zu"/"trifft zu") im Sinne eines fließenden Kontinuums angekreuzt werden. Für die statistische Auswertung mußten wir dieses Kontinuum jedoch metrisch in fünf Abschnitte zu je zwei Zentimetern skalieren. Diesen von eins bis fünf nummerierten Stufen gaben wir folgende Interpretation:

1 = völlig nichtzutreffend

2 = ziemlich nichtzutreffend

3 = neutral, weder/noch

4 = ziemlich zutreffend

5 = völlig zutreffend

Um die typusbedingte "Beherztheit" der Rater zu berücksichtigen, ist auch eine gröbere Unterteilung denkbar. Im Vergleich zu der von uns verwendeten Unterteilung wäre die Auswertung dann auf ein Ja/Nein-weder/noch-Schema reduziert:

²¹ Warum werden die Rater lediglich zu möglichen technischen Problemen von T befragt?

²² Fragebogen Teil I: Frage 1, 3, 8

1 + 2 = nichtzutreffend

3 = neutral, weder-noch

4 + 5 = zutreffend

Bei der Auswertung wurde eine Klarsichtfolie, auf der unsere fünf-stufige Unterteilung aufgezeichnet war, über die ausgefüllten Fragebögen gelegt. So konnten wir rasch die Stufe ablesen, in die das jeweilige Kreuz fiel. Diese Stufenwerte wurden in den Computer eingegeben.

Weitere Fragen waren für ein bloßes Ankreuzen in vorgegebenen Kategorien²³ oder aber für freie Antworten²⁴ konzipiert.

5.3.4 Ratergruppen

Studien mit Beteiligung von Beurteilern (Gruppenkonsensstudien) sind in der Psychotherapieforschung nicht neu. Gerade die Zusammenstellung von Ratergruppen und die Problematik der Vergleichbarkeit bei unterschiedlicher Vorbildung hinsichtlich des Untersuchungsgegenstandes wurde bereits in der Literatur erörtert.

So kommen Kächele et al. (1975) zu dem Ergebnis, "daß die theoretischen Voreinstellungen der Beurteiler als 'persönliche Gleichung' entscheidend mit ins Spiel kamen. So sehr also eine 'konsensuelle Validierung' über eine Vielzahl von Beobachtern wünschenswert erscheint, so ist doch die Notwendigkeit, theoretische Vorbedingungen in Rechnung zu stellen, unübersehbar." (S 304)

Thomä et al. (1976) berichten über zwei empirische Untersuchungen zum Konsensproblem in der Psychoanalyse. In der ersten Untersuchung wurden 55 Stundenprotokolle mit Hilfe von Schätzskaleten nach operationalisierten Angstkonzepten eingestuft, wobei drei Beobachter entsprechend den in der Literatur dokumentierten Werten eine mittlere Übereinstimmung erzielten. In einer zweiten Untersuchung, in der die Gesamtstunden in einzelne Patientenäußerungen segmentiert und dann 25 Psychoanalytikern und 45 Laien zur Beurteilung im Hinblick auf die Angstkonzepte vorgelegt wurden, ergaben sich für Experten- und Laiengruppe eine hohe Übereinstimmung sowohl innerhalb der Gruppen als auch zwischen ihnen. Die Verfasser kommen zu dem Resultat, "daß die Operationalisierung dieser Konzepte im Beurteilungsprozeß ein theoriebezogenes Vorwissen entbehrlich macht." (S 978)

Wir waren von der Grundhypothese ausgegangen, daß sich im frei improvisiertem musikalischen Ausdruck und in der Interaktion mit

²³ Fragebogen Teil I: Frage 6, 7, 9

²⁴ Fragebogen Teil I: Frage 2, 4, 5, 10; Teil II: Frage 1, 2, 3

dem Therapeuten die innere psychische Situation des Patienten inszeniert und für den erfahrenen Musiktherapeuten Informationen diagnostischer und therapiestrategischer Art deutlich erkennbar werden. Diese Annahme sollte daran geprüft werden, ob und wie Thesen, die sich ein an der Therapie beteiligter Therapeut über den Patienten macht, von Beobachtern bestätigt werden, die diesen Patienten nicht kennen und nicht in den therapeutischen Interaktionsprozeß mit ihm involviert sind.

Die erste Personengruppe, die für eine solche Überprüfung in Frage kommt, sind berufserfahrene Musiktherapeuten, die durch den täglichen musikalischen Umgang mit Patienten darin geübt sind, deren musikalischen Ausdruck und Interaktion zu reflektieren und damit umzugehen (Experten). Wir führten mit insgesamt zwanzig Experten Ratingsitzungen durch.

Eine weitere Frage, die uns in diesem Zusammenhang interessierte, war der Vergleich zwischen Experten- und Laieneinschätzungen. Inwieweit würde die spezielle Schulung von Musiktherapeuten diese in die Lage versetzen, besser oder anders als Nichtmusiktherapeuten aufgrund von Beobachtung musikalischen Verhaltens und musikalischer Interaktion die Persönlichkeit des Patienten und seine Problematik zu erkennen und zu beschreiben? In zwei Sitzungen wurden zwanzig Laien (Medizin- und Biologiestudenten, Angestellte der Universität, Angehörige) zum Rating eingeladen.

Als Kontrollgruppe, die in unserer Erwartung aufgrund ihrer Vorbildung zwischen Laien- und Expertengruppe anzusiedeln war, dienten uns zehn Psychotherapeuten ohne Erfahrung mit Musiktherapie. Hier interessierte uns vor allem, inwieweit sich eine allgemeine Sensibilisierung der Patientenbeobachtung, wie sie in jeder Psychotherapieausbildung angestrebt und anhand der Praxis geübt wird, im Unterschied zu den Beobachtungen der Laien und der Musiktherapeuten auswirkt.

Darüberhinaus könnte sich noch ein Validierungseffekt ergeben. So schreibt Neudert-Dreyer (1987, S 193): "Als ein Außenkriterium, das sich vor allem bei Validierungsbemühungen in der Psychotherapieforschung besonderer Beliebtheit erfreut, fungiert das Expertenurteil, also das Urteil von Psychotherapeuten." Allerdings verweist sie in diesem Zusammenhang auf Literatur, nach der die Validität maximal so valide sein könne, wie die Theorie, auf die sie sich berufe. Zudem unterschieden sich in ihrer Voruntersuchung die Beurteilung von Experten nicht von Laienbeurteilungen.

5.4 Kritische Nachgedanken

Im Verlauf von Durchführung, Auswertung und späterer Betrachtung des Experimentes ergaben sich in der Diskussion verschiedene Kritikpunkte. Wir haben sie entgegen der chronologischen Abfolge an dieser Stelle unseres Forschungsberichtes eingefügt, weil sich die Kritik auf die Inhalte dieses Kapitels, auf die Methodik bezieht.

@@@Eine Frage von grundsätzlicher wissenschaftlicher Relevanz ist die Methodik der Szenenauswahl. Unabhängig davon, daß ein enormer Aufwand dazu nötig war und das vorgenommene Auswahlverfahren den Beteiligten sicherlich reiche Erfahrungen vermittelt hat, stellt sich anhand der gefundenen Ergebnisse die Frage, ob nicht letztlich nur das gefunden wurde, was in die Studie eingebracht wurde. Da die Musiktherapeuten genau die Szenen subjektiv als 'bedeutsam' identifizierten, in denen sich ihrer Meinung nach die Persönlichkeit und die Problematik des Patienten widerspiegeln, wird in der vorliegenden Studie im Grunde nur die Fähigkeit der Rater überprüft, ähnliche Wahrnehmungsschemata wie die Musiktherapeuten zu zeigen. Als Ergebnis ließe sich dann festhalten, daß die Rater in der Lage waren, ähnliche Problemfelder wie die Musiktherapeuten wahrzunehmen. Die Frage, inwieweit diese 'Fähigkeit' durch die vorgegebenen Fragebogenkategorien sozusagen angelernt und die entsprechenden Ergebnisse selbstproduziert sind, ist damit allerdings noch nicht beantwortet.

Für weitere Studien würden wir daher vorschlagen, nach Regeln der Zufallsauswahl zusammengestellte Videosequenzen zu verwenden. Diese müßten genauso deutlich die Interaktion zwischen Therapeut und Patient oder die Persönlichkeit von Patient abbilden. Therapeuten gehen auch in der therapeutischen Praxis davon aus, daß es eine Art "Grundmatrix" gibt, die als Persönlichkeitseigenschaft in jedem Moment der Therapie zur Wirkung kommt. Es könnten alle Ausschnitte gesammelt werden, in denen eine musikalische Interaktion stattfindet. Von zum Beispiel jeder zweiten Interaktion wird zum Beispiel die 2.-4. Minute herausgeschnitten und für die Untersuchung verwendet.

@Veröffentlichung Bolay zur Fallanalyse@

Es erwies sich weiterhin als problematisch, in den Fragen für die handelnden Personen eine Unterteilung gemäß der Funktionsgruppenzugehörigkeit in "Patient" und "Therapeut" vorzunehmen. Eine derartige Unterteilung könnte die Rater systematisch be-

einflussen. Hier wäre es sicherlich sehr interessant, die musikalische Interaktion von einer "Person 1" und einer "Person 2" etwa vergleichbar einem Jazzkonzert einschätzen zu lassen.

Ein Problem zur Validität der Fremdbeurteilung liegt darin, daß keine normierten Fragebögen zu dem untersuchten Themenbereich vorliegen und daher auch nicht verwendet werden konnten. Darüberhinaus wurden die Rater vorab nicht trainiert. Mit ihnen wurden keine Probevorläufe durchgeführt, um überhaupt eine ähnliche Konnotation der vorgegebenen Adjektive festzulegen. So unterlag das jeweilig einzustufende Adjektiv völlig dem subjektiven Geschmack des einzelnen Raters.

Aus statistischen Gründen sind die 10 cm langen Linien, auf der die Rater gemäß einem freien Kontinuum ankreuzen sollten, mit Vorsicht zu genießen. Versuche mit derartigen Instrumentarien zeigen immer wieder, daß jeder Rater die ihm zur Verfügung stehende Linienlänge sehr individuell verwendet und einteilt. Beginnt der eine Rater relativ zu Beginn der vorgegebenen Linie, wenn er einen extremen Wert zur linken Seite der Adjektivliste kennzeichnet, so kreuzt ein anderer grundsätzlich mit seinen Extremwertungen mehr zur Mitte der Linie an. Bei allen Ratern sind in der Art und Weise der Einteilung der 10 cm-Linie charakteristische Unterteilungsmuster auffindbar.

Würde die Verwendung einer 10 cm langen Linie ein möglichst genaues Ausmessen der Kreuze auf der Linie mit einer anschließenden Behandlung mit Rang-Korrelations-Statistik erfordern²⁵, so erlaubt eine vorgegebene fünf- oder siebendimensionale Struktur der Antwortmöglichkeiten die Anwendung der einfacheren Mittelwertstatistik.²⁶

Der ursprüngliche Plan, die Rater noch eine der acht Szenen ausführlich verbal beschreiben zu lassen, mußte aus Zeitgründen fallengelassen werden. Das Versuchsdesign umfaßte bereits eine Zeitdauer von ca. zwei Stunden, womit wir uns absolut an der Zumutbarkeitsgrenze befinden. Es wird von der Methodenentwicklung her ein nächster wichtiger Schritt sein, auf-

²⁵ In der psychologischen Wirkung kann der Abstand zwischen dem 1. und 2. Zentimeter nicht gleich dem Abstand zwischen dem 4. und 5. Zentimeter der vorgegebenen Linie gesetzt werden.

²⁶ Korrekterweise muß man anmerken, daß in der Praxis die Unterschiede zwischen beiden Vorgehensweisen in der Regel nicht erheblich sind.

grund der Auswertungsergebnisse das Versuchsdesign sinnvoll zu reduzieren. Für ein erstes Projekt hingegen scheint es uns gerechtfertigt, mit einem großen Versuchsdesign zu beginnen, um feststellen zu können, inwiefern es sinnvolle und aussagekräftige Ergebnisse liefert und inwiefern nicht.

Nach den ersten Erfahrungen mit dem vorliegenden Versuchsdesign würden wir für weitere Forschungen die verwendete Methodik in folgenden Punkten verändern:

Das Versuchsdesign ist insgesamt zu überladen. Es stellt eine kräftemäßige Überforderung für die Rater dar, wodurch Konzentration und Motivation beeinträchtigt werden. Eine sinnvolle Kürzung scheint daher angebracht.

Die Fragen 6 und 7 in Teil I des Fragebogens waren in dieser Pilot-Studie sinnvolle Mittel zur Kontrolle der freien Rater-Äußerungen und der anderen standardisierten Fragen. Nachdem sich jedoch eine generelle Übereinstimmung herauskristallisiert hat, könnte auf sie in einem verkürzten Versuchsdesign verzichtet werden, da sie wenig zusätzliche neue Informationen brachten. Die gleichen Überlegungen gelten für Frage 9 (I).

Die Interaktion bildete sich in der Adjektivliste von Frage 8 (I) gut ab. Es ist überlegenswert, ob man zusätzlich eine kurze freie Äußerungsmöglichkeit einräumen sollte. In jedem Fall wäre eine solche Fragestellung für das abschließende Rating nach Ansicht aller Szenen interessant.

Die Frage 5 (I) brachte keine zusätzlichen Informationen. Sie kann daher entfallen bzw. könnte mit Frage 2 (I) kombiniert werden: "Schildern Sie die Stimmungslage des Patienten und was Ihnen an ihm auffällt!" Dieses entspricht dem, was bei den Fragen 1 und 2 in Teil II des Fragebogens auffiel und zu ihrer Kombination im Rahmen der Auswertung führte (vgl. Kap. @@@7.2.1).

Der zweite Teil des Fragebogens sollte etwas ausführlicher gestaltet sein. Vor allem fehlen dort standardisierte Fragen. Dieser Teil des Fragebogens ist deshalb interessant, weil der Rater nach allen acht Szenen eine ganzheitlichere Erfahrung des Patienten gemacht hat und daher auch mehr Teile von diesem erkennen kann, wohingegen die einzelnen Szenen nur spezifische Aspekte zum Aufleuchten bringen.

Die Adjektivlisten sollten noch einmal dahingehend überprüft werden, ob sie differenzierter gestaltet werden könnten, ohne daß sie

sich sehr verlängern. Das Problem wurde am Beispiel des Themas "Aggression" bereits aufgezeigt.²⁷ In diesem Zusammenhang tauchte auch die Überlegung auf, inwieweit man die Adjektivliste entsprechend der Hypothesen über den Patienten modifizieren kann.

Eine gestraffte neue Reihenfolge sowohl für den ersten als auch für den zweiten Teil des Fragebogens wäre daher jeweils:

1. Standardisierte Frage zum Patienten, die seine Persönlichkeit und Problematik abtastet.
2. Freie verbale Äußerungen zum Patienten. (Die Fragen 2 (I) und 5 (I) werden zu einer Frage zusammengefaßt.)
3. Standardisierte Frage zum Therapeuten, die seine Reaktionen auf den Patienten beleuchtet.
4. Freie verbale Äußerungen zum Therapeuten.
5. Standardisierte Frage zur Interaktion
6. Freie verbale Äußerung zur Interaktion

Innerhalb der Studiengruppe wurde immer wieder diskutiert, inwieweit bei der Betrachtung von Videomitschnitten die musikalischen Anteile an sich bedeutsam sind, bzw. ob nicht vielmehr die ganzheitliche Wahrnehmung von Körpersprache plus Akustik eine spezifisch musiktherapeutische Grundlagenforschung übersteigt. Einerseits spricht für die ganzheitliche Wahrnehmung, daß sie die Authentizität der musiktherapeutischen Situation spiegelt. Gelegentlich schließt der Musiktherapeut die Augen, was dann sinnvoll sein kann, wenn er den Schwerpunkt seiner Konzentration auf das hörende Erleben des Patienten richten will. Oft beobachtet er aber auch die Art und Weise, wie der Patient mit dem Instrument umgeht, wie er sich im Spiel gestisch-mimisch verhält usw., einmal abgesehen von körperlicher Nähe-Distanz-Regulierung und anderen allgemein in der Psychotherapie bedeutsamen nonverbalen Aspekten der Patient-Therapeut-Interaktion. Es wäre keine Perspektive, Therapeuten zu engstirnigen Spezialisten auszubilden, die sich nur mit "ihrem" Medium auskennen. Ein Musiktherapeut sollte in der Lage sein, auch Kommunikationskanäle außerhalb der

²⁷ Während die freien Äußerungen der Rater die gehemmte Aggressivität in verschiedenen Formulierungen als solche beschreiben konnten, war P nach der Adjektivliste lediglich wenig aggressiv.

rein musikalischen Ebene zu beachten wie zum Beispiel Gestik, Mimik, Körperhaltung und -bewegung sowie Sprache. Andererseits könnte die Trennung solcher Kanäle für Forschungszwecke höchst interessant sein, die durch Technik ermöglicht wird. Beispielsweise könnte ein Versuchsdesign entwickelt werden, in dem Beobachter-Gruppen die gleichen Szenen nur akustisch, nur visuell und mit Bild und Ton zusammen vorgespielt würden. Auf diese Weise könnte untersucht werden, welche Unterschiede durch die ausschließliche Beachtung des akustischen bzw. des visuellen Materials entstehen. Wie ist deren Bezug zur Wahrnehmung des vollständigen Videomaterials bzw. zur miterlebten Therapiestunde?²⁸

Insgesamt hat sich die hier angewandte und vorgestellte Methode bewährt. Die etwa 16-minütige Beobachtungszeit hat ausgereicht, um Persönlichkeit und Pathologie des Patienten relativ gut durch die Rater beschreiben zu lassen.

²⁸ Ansätze für ein derartiges Vorgehen zeigt Wolf (@@@) auf.

6 DATENANALYTISCHE AUSWERTUNG

6.1 Zur Methodik der Datenanalyse

6.1.1 Die Datenstruktur

6.1.1.1 Rater, Szenen, Fragebögen

Das Design unserer Studie hat zu einer eher komplizierten Struktur der erhobenen Daten geführt. Den Aufbau dieser Struktur werden wir schrittweise beschreiben.

Wir haben über 50 Rater verfügt. Ihrer professionellen Erfahrung nach wurden diese in drei Gruppen unterteilt:

20 Laien (L),

20 Musiktherapeuten (MT),

10 Psychotherapeuten (PT).

Diese Rater schauten sich auf Video acht musiktherapeutische Szenen an. Diese beurteilten sie anhand eines Fragebogens (vgl. Kap. 10).

Im Teil I des Fragebogens, der uns hier interessieren wird, werden die einzelnen Szenen beurteilt. Jeder Rater hat also den Teil I achtmal beantwortet. Den Teil II, der offene Fragen zu dem Gesamteindruck des Raters enthält, werden wir für die datenanalytische Auswertung außer acht lassen.

Die acht Szenen stellten keine homogene Auswahl dar, sondern bildeten zwei Gruppen:

Szene 1 bis Szene 5 und Szene 6 bis Szene 8.

Die ersten fünf Szenen repräsentieren 'durchschnittliche', 'typische' Ausschnitte aus dem Laufe der Therapie, die letzten drei Szenen entstammen der letzten Therapiesitzung und weisen die in Kapitel 2 beschriebenen 'Abschiedsphänomene' aus. Im Unterschied zu den gleichwertigen Ratergruppen stellt die erste Szenengruppe den Ausgangspunkt unserer Datenanalysen dar.

Die bisher beschriebene Struktur der Beurteilungen ist übersichtlich in der folgenden Abbildung dargestellt.

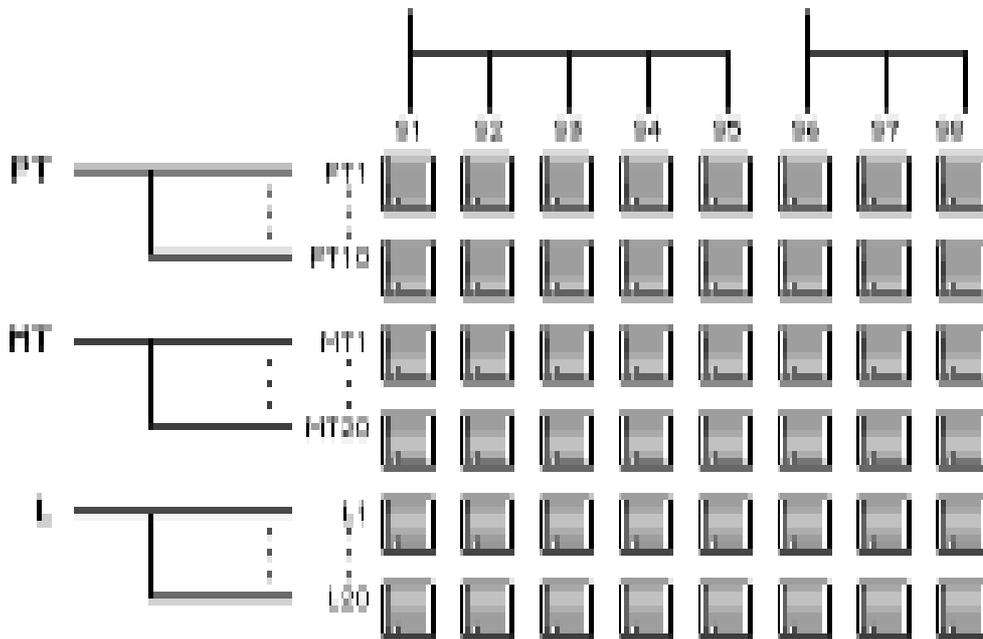


Abb. 10: Beurteilungsstruktur
(Legende: PT = Psychotherapeuten, MT = Musiktherapeuten,
L = Laien, S = Szenen, graphisches Symbol = Fragebogen)

6.1.1.2 Beurteilungen und Merkmalstypen

Richten wir jetzt unsere Aufmerksamkeit auf die relativ komplexe Struktur der einzelnen Szenenbeurteilungen auf dem Hintergrund der statistischen Auswertungen. Anhand des Fragebogens lassen sich unterschiedliche Strukturen der Fragengestaltung beschreiben:

- a)/b) Drei Listen metrisch-skaliertter Beobachtungen²⁹
- c) Liste dichotomisch-skaliertter Merkmale
- d) Nominal-skaliertes Merkmal
- e) Frei formulierte verbale Aussagen

Das nachstehende Schaubild verdeutlicht diese Struktur.

²⁹ Punkt a) umfaßt dabei zwei miteinander verbundene Listen.
Fragebogen Teil I: Frage 2, 4, 5, 10; Teil II: Frage 1, 2, 3

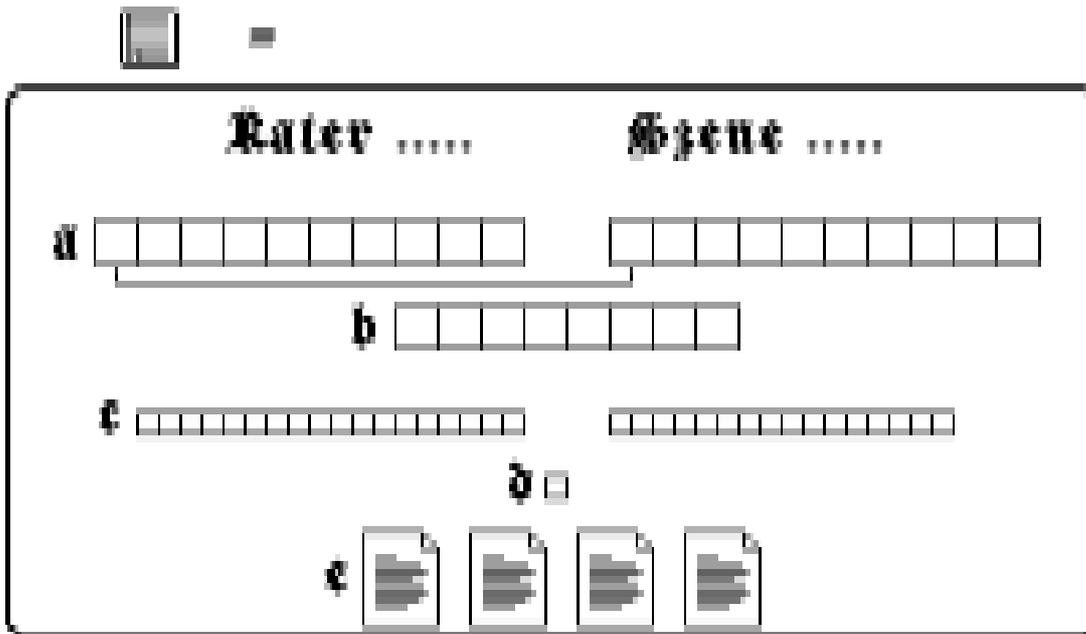


Abb. 11: Datenanalytische Struktur der Fragen

Wir kommen nun zu einer näheren Beschreibung der Einzelstrukturen.

a) Zwei verbundene Listen metrisch-skalierte Beobachtungen³⁰

Es lag eine Liste der 26 Adjektive vor, die sich auf das Spiel und Auftreten von P und T in der jeweils gezeigten Szene beziehen könnten ("BEKLOMMEN" bis "EINLADEND").

Der Rater hat auf einer 10 cm langen Skala graphisch anhand der von ihm empfundenen Stimmigkeit der Adjektive dessen Position zwischen den beiden extremen Aussagen >trifft zu< oder >trifft nicht zu< beurteilt. Die Lage des Kreuzes werden wir als einen beobachteten Wert einer metrischen Variable verstehen; man könnte sie aber auch als eine Aussage der Fuzzy-Logik interpretieren.

Sowohl P³¹ wie auch T³² wurden also pro Szene durch 26 metrisch-skalierte Beobachtungen beschrieben. So sind zwei verbundene Listen der metrisch-skalierten Beobachtungen entstanden.

³⁰ Fragebogen Teil I: Frage 1, 3

³¹ Fragebogen Teil I: Frage 1

³² Fragebogen Teil I: Frage 3

b) Liste der metrisch-skalierten Beobachtungen³³

Eine Liste von 14 Adjektiven ("ERGÄNZEND" bis "ZUSAMMENSCHWINGEND") diente zur Beurteilung der gemeinsamen musikalischen Interaktion in der jeweils vorgeführten Szene. Technisch handelte es sich um die gleiche Art der 'graphischen' Daten wie oben. Die Liste wurde (innerhalb der beurteilten Szene!) mit keiner ähnlichen Liste verbunden, da die Begriffe sich schon auf die Interaktion beider Personen bezogen.

Die Rater haben insgesamt $(26 + 26 + 14) \times 8 \times 50$ graphisch dargestellte Beurteilungen getroffen. Schön, praktisch und mathematisch ideal wäre es, diese 26.400 Einzelwerte (!) mit Hilfe einer Digitalisierungstechnik genau und direkt in den Computer übertragen zu können. Leider standen uns nur technisch bescheidene Mittel zur Verfügung: Meßlineal, Bleistift und die Tastatur des Computerterminals, durch die die Zahleneingabe manuell erfolgte. Bei dieser Übertragung wurden die Meßdaten in fünf Stufen à 2 cm der Beurteilungslinie kategorisiert: Ein Kreuz zwischen 0 und 2 cm wurde so als Stufe 1, ein Kreuz zwischen 8 und 10 cm dementsprechend als Stufe 5 interpretiert. Vom mathematischen Standpunkt aus betrachtet brachte diese Kategorisierung (in dem gegebenen datenanalytischen Kontext!) lediglich einen Informationsverlust. Die Eingabe der genaueren Millimeterwerte jedoch wäre dem dateneingebenden Forscher nicht zumutbar gewesen. Trotzdem wäre es ein besserer Kompromiß gewesen, anstelle von fünfstufigen Werten neun- oder zehnstufige Werte einzugeben. Die ursprünglich metrisch-skalierten Daten sind also im Computer als fünfstufige ordinal-skalierte Daten ausgewertet worden.

In der statistischen Auswertung verlangen die ordinal-skalierten Daten eher nach einer Anwendung von nicht-parametrischen Methoden³⁴ als parametrischen Methoden³⁵. Die nicht-parametrischen Methoden stellen den statistisch vorsichtigeren Zugang dar, bieten dabei aber lediglich eine begrenzte Auswahl von möglichen Fragestellungen an. Da die Anwendung der entsprechenden parametrischen und nicht-parametrischen

³³ Fragebogen Teil I: Frage 8

³⁴ z. B. Spearman'sche Rangkorrelationskoeffizient, Wilcoxon-Test oder Kruskal-Wallis Test

³⁵ z. B. Korrelationskoeffizient, t-Test oder verschiedene Modelle der Varianz- und Kovarianzanalyse

Methoden an unseren Daten zu praktisch identischen Ergebnissen führte, haben wir während der Analysen auch die kategorisierten fünfstufigen Daten als metrisch-skaliert behandelt.

c) Listen dichotomisch-skaliertes Merkmale³⁶

Das Auftreten von P und T in der Szene wird durch die Listen der Ja/Nein Antworten charakterisiert.

d) Nominal-skaliertes Merkmal³⁷

Die Frage 9 als einziges mehrstufiges nominal-skaliertes Merkmal des Fragebogens verlangt als Antwort eine von drei vorgegeben Möglichkeiten (konkordant – komplementär – diskordant).

e) Frei formulierte verbale Aussagen³⁸

Die Untersuchung der Antworten auf die offenen Fragen war ein wichtiger Bestandteil unserer Studie. Die Analysen wurden jedoch mit extra-mathematischen Mitteln durchgeführt und bleiben deshalb an dieser Stelle unerwähnt.

Im weiteren wird die Analyse der metrisch-skalierten Daten im Vordergrund unseres Interesses stehen.

6.1.1.3 Fehlende Daten

Leider waren die erhobenen Daten nicht ganz vollständig. Ab und zu haben einige Rater versäumt, auf einer Linie anzukreuzen. Es handelte sich um seltene Einzelfälle, zu denen es unserer Vermutung nach unabsichtlich gekommen ist. Leider kann schon eine geringe Anzahl fehlender Daten zu erheblichen Beeinträchtigungen bei komplexeren Analysen führen.

Wir haben die wenigen fehlenden Daten durch geschätzte Werte ersetzt. Für diesen Vorgang (missing value estimation) gibt es mehrere Verfahren, von denen wir die einfachste und wahrscheinlich sicherste Variante angewandt haben: den Mittelwert. Der fehlende Wert zu einem Adjektiv in einer Szene wurde durch den mittleren Wert der Aussagen der restlichen Rater zu diesem Adjektiv in dieser Szene ersetzt.

³⁶ Fragebogen Teil I: Frage 6, 7

³⁷ Fragebogen Teil I: Frage 9

³⁸ Fragebogen Teil I: Frage 2, 4, 5, 10; Teil II: Frage 1, 2, 3

6.1.1.4 Reduktion der Daten

Die Frage, ob P "BEKLOMMEN" erscheint, hat jeder Rater achtmal beurteilt. Es erschien uns sinnvoll, nicht nur "Beklommenheit" von P in den einzelnen Szenen zu untersuchen, sondern auch den Gesamteindruck des Raters über die allgemeine Beklommenheit des Patienten in den vorgeführten Szenen. Zu diesem Zweck eigneten sich die ersten fünf Szenen. Der Gesamteindruck wurde als Durchschnittswert über diese fünf Szenen operationalisiert.

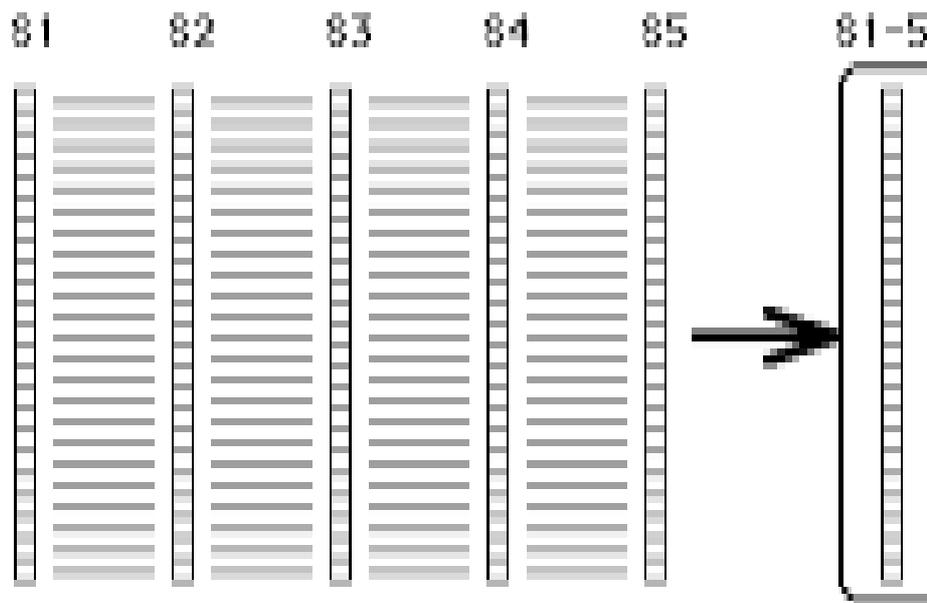


Abb. 12: Schematische Darstellung der Datenreduktion

In den Analysen haben wir sowohl die umfangreichen Daten aus den Einzelszenen, als auch die reduzierten, über die fünf Szenen hinweg gemittelten Daten untersucht.

6.1.2 Mathematisch-statistische Untersuchungen

In den folgenden Abschnitten werden wir die von uns durchgeführten mathematisch-statistischen Untersuchungen darstellen. Sie werden in fünf Oberbegriffen zusammengefaßt:

- Gruppenunterschiede zwischen den drei Ratergruppen
- Objektunterschiede – Unterschiede zwischen P und T
- Ratergruppenunterschiede und Objektunterschiede
- Szenenunterschiede

- Szenengruppenunterschiede

6.1.2.1 Gruppenunterschiede zwischen den drei Ratergruppen

Die Frage, ob die professionelle Erfahrung des Raters auf seine Beurteilung einen Einfluß hat, läßt sich am einfachsten anhand der reduzierten Daten überprüfen.

Nachdem die Rater anhand eines Adjektivs die Szenen eingeschätzt haben, liegen ihre Beurteilungen (über die fünf Szenen gemittelt) in Form reduzierter Daten vor. Die Rater sind in drei Gruppen unterteilt. Die nun anstehende Frage lautet, ob sich die drei Gruppen in ihrer Beurteilung voneinander systematisch unterscheiden.

Das entsprechende Modell ist die Varianzanalyse mit drei Gruppen.

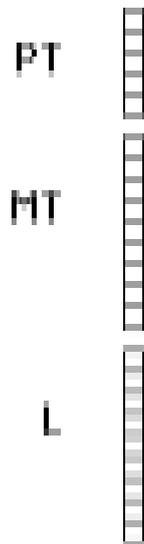


Abb. 13: Schematische Darstellung der Varianzanalyse mit drei Gruppen

Die Gruppenvariable mit drei möglichen Werten (PT, MT und L) beschreibt die Gruppenzugehörigkeit der Rater. Die Werte der unabhängigen Variable entsprechen den Beurteilungen des untersuchten Adjektivs. Die 50 Werte der abhängigen Variable sind in drei Gruppen mit 20, 20 und 10 Werten verteilt und innerhalb der Gruppe mit je drei Mittelwerten und Standardabweichungen. Das statistische Prüfverfahren vermittelt die Information, ob sich die drei Mittelwerte signifikant unterscheiden, also ob die drei Ratergruppen die Szenen systematisch unterschiedlich beurteilen. Falls

ja, bleibt zu untersuchen, zwischen welchen Gruppenpaaren (zum Beispiel Psychotherapeuten versus Laien) die signifikanten Unterschiede bestehen. (Die Situation wäre einfacher, wenn wir statt drei nur zwei Ratergruppen hätten: Das varianzanalytische Verfahren würde dann zum bekannten t-Test für unverbundene Stichproben schrumpfen.)

Das erwähnte Verfahren der Varianzanalyse wird mindestens für jede Variable der reduzierten Daten angewandt, also 66 mal (26+26+14).

Als Ergebnis der Varianzanalyse wurden statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Ratergruppen gefunden. Diese sind in ihrem Ausmaß aber nicht dramatisch. Die Psychotherapeuten richten ihr Auge strenger auf die Pathologie als die Musiktherapeuten, die wiederum ein bißchen strenger als die fachungebundenen Laien sind. Trotz dieser kleinen Unterschiede kann man von einer hohen Übereinstimmung zwischen den drei Ratergruppen sprechen.

6.1.2.2 Objektunterschiede – Unterschiede zwischen P und T

Ein anderer Blickwinkel führt zur Fragestellung, ob die beiden beobachteten "Objekte" P und T bei den Ratern ähnlich oder unterschiedlich beurteilt werden.

Wieder eignen sich die reduzierten Daten gut zu dieser Fragestellung. Das entsprechende Verfahren ist der t-Test für verbundene Stichproben.

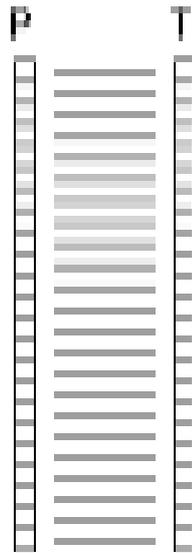


Abb. 14: Schematische Darstellung des t-Test für verbundene Stichproben

Die durch den Test verglichenen beiden Merkmale sind die entsprechenden Beurteilungen eines Adjektivs bei P und T, zum Beispiel "BEKLOMMEN" bei P und "BEKLOMMEN" bei T. Der Test antwortet auf die Frage, ob man sagen kann, daß die Rater die "Bekommenheit" von P systematisch höher (bzw. niedriger) als die "Bekommenheit" von T beurteilen.

Die Werte beider Merkmale sind durch die Personen der Rater verbunden, jeder Rater beurteilt gleichzeitig P und T. Diese Verbundenheit wird im "t-Test für verbundene Stichproben" wesentlich ausgenutzt; dieser Test kann dabei sensitiver wirken, als es bei allgemeinerem t-Test für unverbundene Stichproben der Fall ist.

Der t-Test für (zwei) verbundene Stichproben stellt die einfachste Variante des sogenannten Designs mit Meßwiederholungen dar. Die gleiche Frage "Wie bekommen wirkt diese Person?" wird zweimal gestellt, einmal für P und einmal für T.

Den Test für die Merkmalpaare haben wir 26 mal angewandt.

Die gefundenen Unterschiede zwischen P und T waren erheblich.

6.1.2.3 Ratergruppenunterschiede und Objektunterschiede

Die beiden gerade diskutierten Blickwinkel lassen sich in einer Perspektive vereinen.

Hierzu dient das Varianzanalytische Modell mit einem Faktor (drei Ratergruppen) und zwei Meßwiederholungen (das gleiche Adjektiv bei P und T).

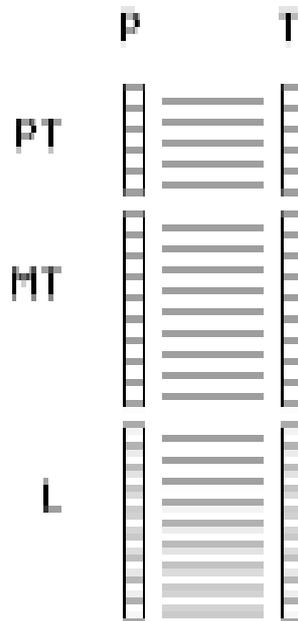


Abb. 15: Schematische Darstellung der Varianzanalyse mit einem Faktor und zwei Meßwiederholungen

Dieses Modell ermöglicht die Beantwortung dreier Fragen, von denen die letzte eine wesentlich neue ist:

- Unterscheiden sich die drei Ratergruppen in der Beurteilung?
- Werden die beiden "Objekte" P und T unterschiedlich beurteilt?
- Gibt es eine Wechselwirkung zwischen beiden erwähnten Effekten, d. h. sind die Unterschiede in der Beurteilung der Objekte zwischen den Gruppen unterschiedlich?

Die Bejahung der letzten Frage würde zum Beispiel bedeuten, daß die Psychotherapeuten P signifikant mehr "beklommen" sehen als T, wobei die Laien genau das Gegenteil beobachten.

Das mit solcher Bejahung sicher verbundene Kopfzerbrechen bei der Suche nach den möglichen Ursachen blieb uns erspart: In keinem der 26 Anwendungen dieses Modells wurde eine signifikante Interaktion nachgewiesen.

6.1.2.4 Szenenunterschiede

Die nächste und eine der wohl wichtigsten Fragen lautet, ob sich die Beurteilungen einzelner Szenen unterscheiden.

Das geeignete Modell ist das Meßwiederholungsdesign. Eine Frage, zum Beispiel "Wirkt P beklommen?" wird mehrmals in Kontext verschiedener Szenen wiederholt. Dieses zeigt die folgende Abbildung, wo das Design für die Szenen 1-5 dargestellt wird. Die fünf Meßwiederholungen sind – wie beim t-Test für verbundene Stichproben – durch die Person des Raters verbunden.

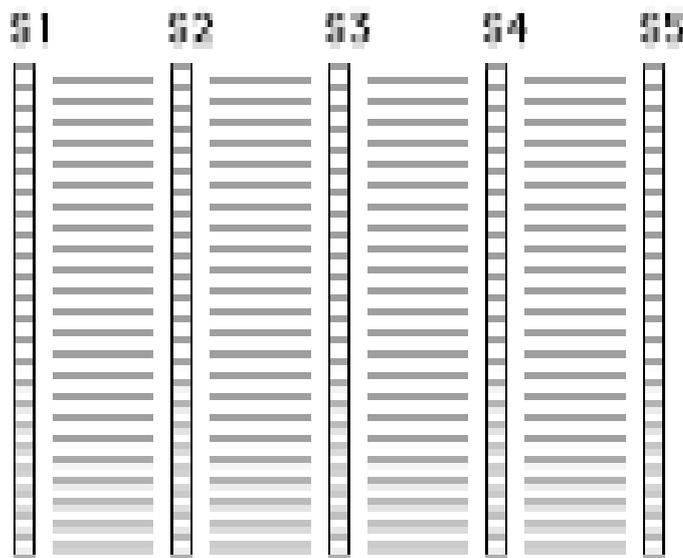


Abb. 16: Schematische Darstellung des Meßwiederholungsdesigns für die Szenen 1-5

Das Modell ermöglicht die Antwort auf die grundsätzliche Frage, ob sich die fünf Szenen in Bezug auf die Bejahung eines Adjektives statistisch nachweislich unterscheiden. Im Falle der Bejahung darf man eventuell auch weiter fragen, zum Beispiel welche Szenenpaare sich unterscheiden. Eine andere interessante Frage kann lauten, ob es einen linearen Trend gibt, d. h. ob die beobachtete Beklommenheit von P in den fünf - zeitlich chronologisch geordneten Szenen - systematisch steigt (oder sinkt).

6.1.2.5 Szenengruppenunterschiede

Das gerade beschriebene Design haben wir sowohl für die ersten 5 Szenen, als auch für die letzten 3, als auch für alle 8 Szenen ange-

wandt. Die wichtigsten Unterschiede wurden dabei zwischen den beiden Szenengruppen beobachtet. Wir wollten die erwarteten Unterschiede deutlich demonstrieren.

Zu diesem Zweck haben wir neben den früher erwähnten reduzierten (gemittelten) Daten von Szenen 1-5 jetzt auch die gemittelten Daten der Szenen 6-8 gebildet. Die entsprechenden gemittelten Merkmale (zum Beispiel "P wirkt beklommen in Szene 1-5" und "P wirkt beklommen in Szene 6-8") haben wir dann statistisch verglichen. Das Modell der Meßwiederholung schrumpfte zum t-Test für verbundene Stichproben.

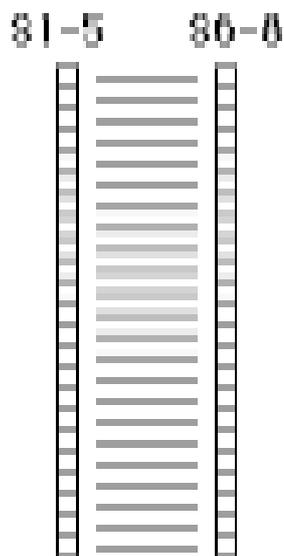


Abb. 17: Schematische Darstellung des t-Test für verbundene Stichproben

Die beiden ausgewählten Szenengruppen wurden so aufgrund ihres unterschiedlichem Charakters zusammengestellt. So waren die beobachteten deutlichen statistischen Unterschiede zwischen den Gruppen nicht allzu überraschend.

6.1.2.6 Zusammenfassung der Hypothesenüberprüfungen

Wir haben angedeutet, wie man die Existenz der Unterschiede

- zwischen den beurteilten Objekten (P-T),
- zwischen den Szenen und Szenengruppen,
- zwischen den drei Ratergruppen

mathematisch-statistisch überprüfen kann.

Diese Überprüfung war mit der Durchführung der zahlreichen einzelnen Prüfungsvorgänge verbunden, um die Hypothesen unserer Studie verifizieren oder ablehnen zu können.

6.1.3 Explorative Untersuchungen

6.1.3.1 Problemerkklärung

Die Anzahl, ja fast die Überzahl der gewonnenen einzelnen mathematisch-statistischen Ergebnisse führte zu erheblichen Problemen in der Deutungsphase. Die Rater haben während der relativ kurzen Betrachtung einer Szene vermutlich bestimmte globale Eindrücke von P und T und ihrer Interaktion gewonnen, die auch ihre Einzelbeurteilungen (26 Adjektive über P, die gleichen 26 Adjektive über P und 14 Adjektive über die Interaktion) 'gesteuert' haben. Durch das nur ungenügend strukturierte Gebüsch der Einzelresultate konnte man allerdings nur schwer diese globalen Ansichten rekonstruieren.

6.1.3.2 Ausgangspunkte der explorativen Datenanalyse

Wer mehr globale Aussagen aus den Daten gewinnen will, greift oft ins Repertoire der multivariaten Methoden, zum Beispiel zur Faktorenanalyse, zu den kanonischen Korrelationen, zur multidimensionalen Skalierung, zur Clusteranalyse der Variablen oder zu Strukturgleichungen. Meistens handelt es sich um den Zugang der EDA ("exploratory data analysis"), bei der das Ziel nicht die Überprüfung einer Hypothese ist. Es geht vielmehr darum, Hypothesen, Deutungsanleitungen und relevante Datendarstellungen (beachte die Mehrzahl!) anzubieten. Der Forscher wird dadurch auch in den heuristischen Phasen unterstützt. Dieses Denken steht im Widerspruch zu der "klassischen", überprüfenden, mathematischen Statistik, in der die

Frage "wie die Ideen auf die Welt kommen" systematisch verdrängt wird.

EDA hat auch ihre Risiken, sie bietet nämlich nicht nur Wege, sondern auch Irrwege an. Bekanntlich ist die irdisch angewandte Statistik mit den gleichen Risiken verbunden.

Das Kriegsbeil zwischen EDA und Statistik ist begraben und zuerst in der Anwendung und später auch in der Theorie hat man begonnen, die beiden Ansätze sinnvoll zu integrieren.

Die EDA-Anwendung greift heute oft zu den erwähnten Prozeduren mit mathematisch oft eher kompliziertem Hintergrund. Der Vater des Begriffs EDA, J. Tukey, war dagegen Befürworter und Designer von datenanalytischen Darstellungen, die mathematisch relativ unkompliziert, in ihrer Darstellungskraft aber ziemlich machtvoll sind.

6.1.3.3 Problembewältigung

Von den höheren Sphären der kontroversen Diskussion zwischen Statistikern kommen wir jetzt zurück zu unserer Studie. Unser Hauptproblem lag, wie gesagt, in der großen Anzahl der Ergebnisse, die im einzelnen meistens relevant erschienen, die aber in ihrer Gesamtheit nicht zu überblicken waren.

Unser Zugang bestand im Versuch, das erwähnte Gestrüpp an Einzelresultaten mithilfe von übergeordneten Strukturen zu entwirren, welche globalere Perspektiven erlauben würden.

Die gesuchte Struktur bestand in einer sinnvollen Reihenfolge der Adjektive, die durch die Daten unterstützt wird. Erst nach einigen Versuchen haben wir eine Reihenfolge für die 26 Adjektive erhalten, die unsere Gnade gefunden hat.³⁹

Anhand der gewonnenen Reihenfolge der Adjektive haben wir alle Ergebnisse einer Art, die sich auf die 26 Adjektive beziehen, in einer übersichtlichen Graphik darstellen können.

An einer Linie in der Graphik, die einem Adjektiv zugeordnet ist, können dann die verglichenen Mittelwerte dargestellt werden. Ihre

³⁹ Bemerkung: So schwierig war es wieder nicht. In der Anwendung mathematischer Statistik wird oft vorgetäuscht, daß man alles von vornherein gewußt hat. Bei EDA täuscht man vor, daß die brillanten Resultate doch ein bißchen Mühe gekostet haben.

Position in der Linie entspricht dabei der mittleren Position des Kreuzes, wie es die Rater eingetragen haben.

Mit Hilfe eines (*), zweier (**) oder dreier (***) Sterne kann man in den betroffenen Linien die signifikanten Ergebnisse (Signifikanzniveau 5%, 1% und 0.1%) kennzeichnen.

Die gleiche Adjektivreihenfolge haben wir dann in allen Graphiken benutzt, die damit leicht optisch vergleichbar sind.

Der Schlüssel zum Sortieren der 26 Adjektive war folgender:

Von den untersuchten Unterschieden waren die deutlichsten und überzeugendsten die Unterschiede in der Beurteilung von P und T. Wir haben 26 Differenzen von Mittelwerten von P und T in den ersten fünf Szenen gebildet. Die positive Differenz bedeutet, daß die Eigenschaft mehr auf Seite von P beobachtet wurde, die negative Differenz signalisiert eine Eigenschaft von T. Null würde Gleichgewicht bedeuten.

Die dadurch erhaltene "P-T-Skala" der 26 Adjektive erschien uns eine sinnvolle Reihenfolge.⁴⁰

⁴⁰ vgl. Tabelle 1 in Kap. 10.2

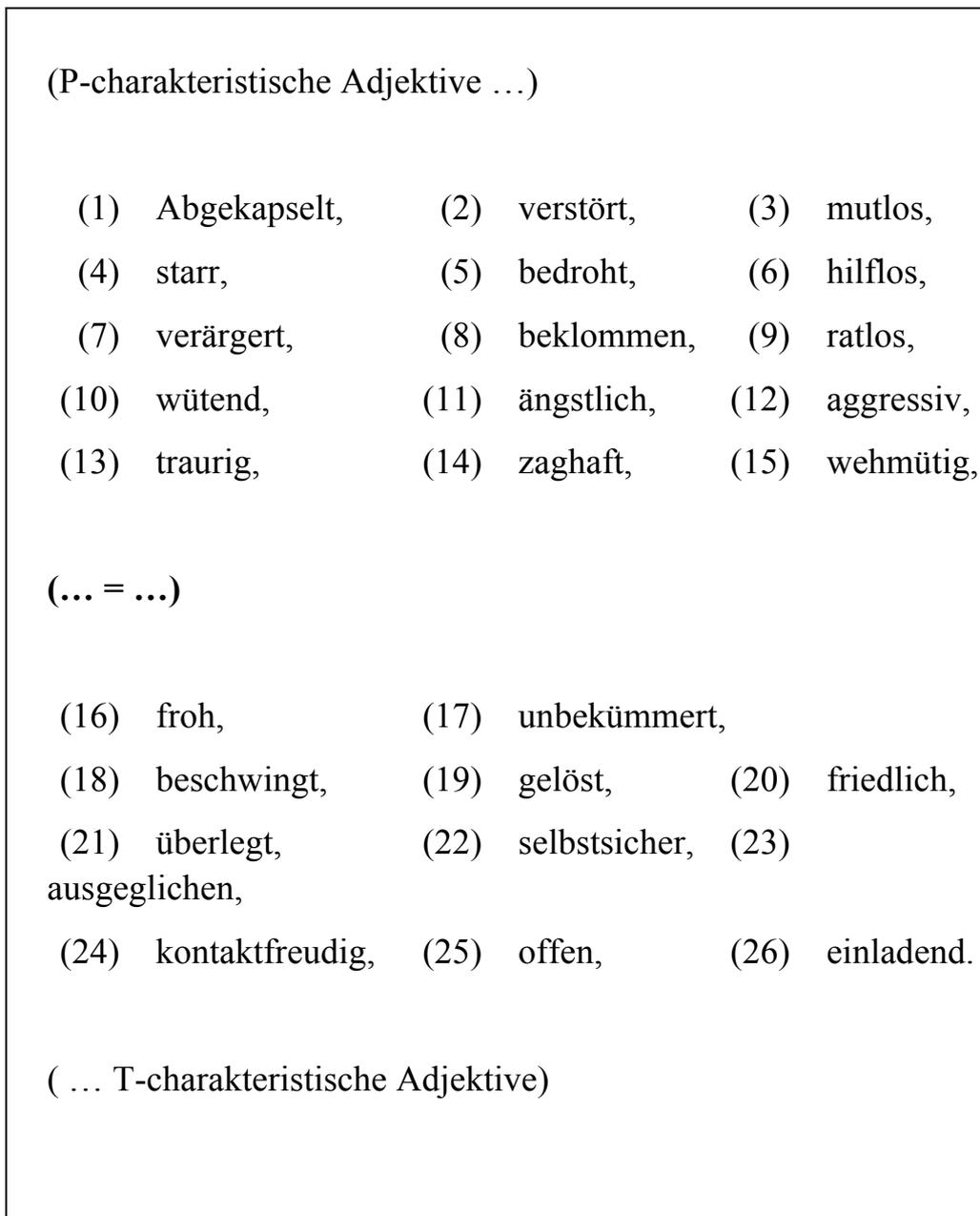


Abb. 18: Gruppierung der Adjektive zwischen den Polen "P-typisch" und "T-typisch"

Bei dem Adjektiv "ABGEKAPSELT" war die größte Differenz zugunsten P's zu beobachten, gefolgt von Adjektiven "VERSTÖRT", "MUTLOS" usw. Diese Adjektive vom oberen Ende können als P-charakteristisch bezeichnet werden. Dagegen T-charakteristisch sind die Adjektive "EINLADEND", "OFFEN", "KONTAKTFREUDIG". Die Grenze liegt zwischen "WEHMÜTIG" (P) und "FROH" (T). Es ist durchaus interessant, die beiden Adjektivgruppen zu vergleichen: Die Bilder des Therapeuten und des Patienten, wie sie von den

Ratern gesehen werden, unterscheiden sich deutlich. Man kann einen Zusammenhang zwischen der Symptomatik von P und P-charakteristischen Adjektiven vermuten und man kann vielleicht die T-charakteristischen Adjektive als typisch für T's Interaktion mit P bezeichnen.

In der Tabelle 1⁴¹ sind die Einzelergebnisse von 26 Varianzanalysen in einer graphischen Darstellung zusammengefaßt, die kurz und anschaulich ist. Die gewählte Reihenfolge der Adjektive bietet die Möglichkeit einer 'globalen' Interpretation der Ergebnisse an. Da diese 'P-T-Achse' vermutlich die Rolle als der entscheidende Blickwinkel der Rater spielt, haben wir sie bei allen Darstellungen der Analyseergebnisse gebraucht. So könnte zum Beispiel bei der Analyse der Ratergruppen die Aussage getroffen werden, daß die "Psychotherapeuten T ein bißchen strenger als Musiktherapeuten und die wiederum ein bißchen strenger als Laien beurteilen". Diese Aussage wurde bereits durch die Deutung der Einzelergebnisse gewonnen⁴²

Für die 14 Adjektive zur gemeinsamen musikalischen Interaktion konnte man den Schlüssel einer P-T-Achse nicht gebrauchen, da zu P und T nur je ein gemeinsamer Wert angegeben wurde. Hier haben sich aber die Unterschiede zwischen den Szenengruppen nützlich erwiesen, die zur folgenden Reihenfolge geführt haben.⁴³

⁴¹ Alle in der Folge erwähnten Tabellen sind in Kap. 10.2 zu finden.

⁴² vgl. Kap. 6.1.2.1

⁴³ vgl. auch Tabelle 3/4 in Kap. 10.2

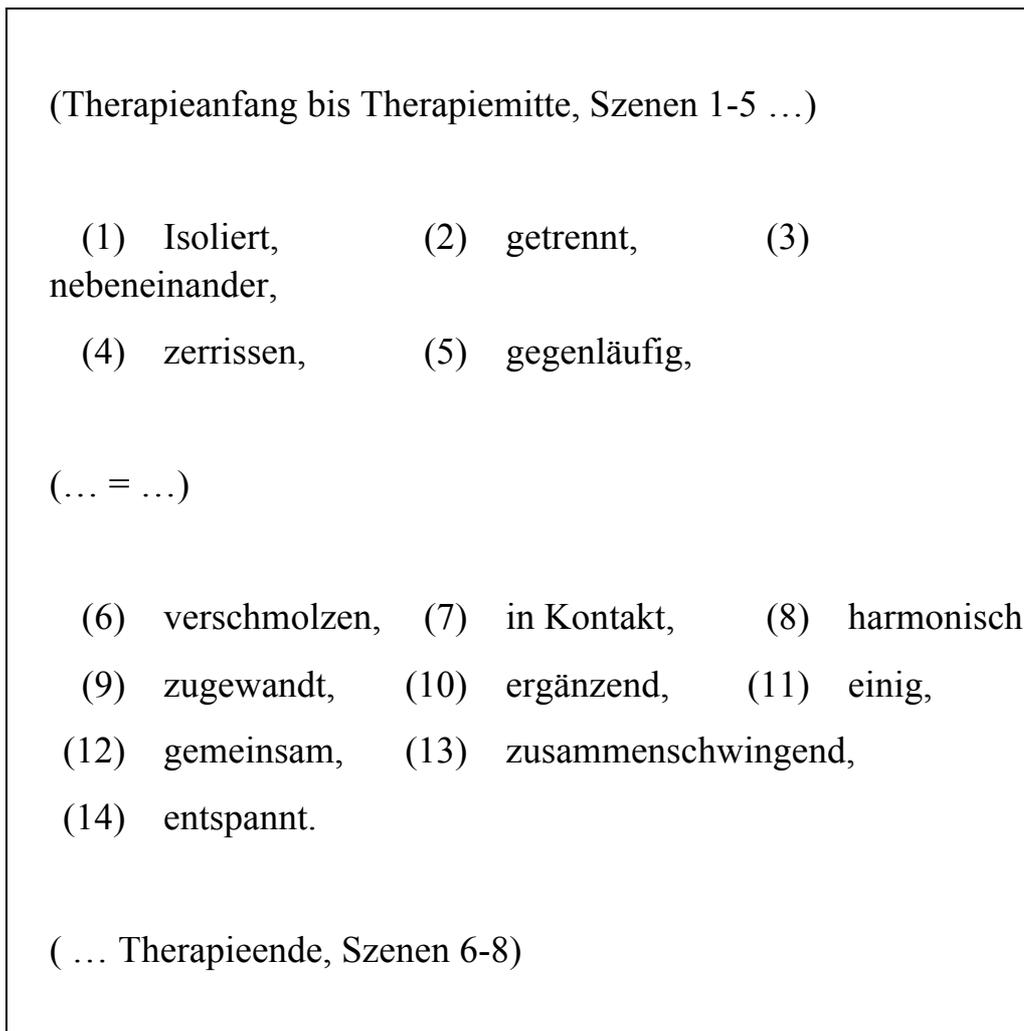


Abb. 19: Gruppierung der Adjektive zwischen den Polen Therapieanfang bzw. Therapiemitte und Therapieende

Hier wurde eine "Vorher-Nachher-Achse" gefunden. Für die erste Szenengruppe waren die Adjektive "ISOLIERT", "GETRENNT" ... und für die zweite Szenengruppe "ENTSPANNT", "ZUSAMMENSCHWINGEND", "GEMEINSAM" ... charakteristisch. Allein den Daten nach zu urteilen scheint es so zu sein, daß die Musiktherapie erfolgreich war und daß die autistische Barriere von P durchbrochen oder verschmolzen wurde. Die Deutung von T selbst ist vorsichtiger; es kann sich um Trennungerscheinungen vor dem Therapieende handeln. Unbeachtet der unterschiedlichen Deutung ist diese Achse in den Raterbeurteilungen präsent, und es lohnte sich deshalb bei der Darstellung der empirischen Ergebnisse von der gefundenen Reihenfolge der Adjektive Gebrauch zu machen.

6.1.3.4 Zusammenfassung

Wir haben gezeigt, wie man nach überlegten Schritten die Unterschiede

- zwischen den beurteilten Objekten (P-T),
- zwischen den Szenen und Szenengruppen,
- zwischen den drei Ratergruppen

in sinnvolle Strukturen ordnen und übersichtlich darstellen kann.

Wir haben keine multivariaten Analyseverfahren angewendet, die zu abstrakten unterliegenden Variablen, wie latenten Variablen, Faktoren oder kanonischen Variablen, führen. Unsere Daten erlaubten es, sich auf mathematisch elementare Verfahren zu beschränken. Diese Bescheidenheit in der Wahl der mathematischen Mittel hat einen Vorteil gebracht: Die gefundenen Strukturen sind direkt interpretierbar.

6.2 Ergebnisse

Das vorliegende Material ist derartig umfangreich, daß eine umfassende Auswertung aller Ergebnisse den Rahmen der vorliegenden Studie sprengen würde. Diese hat als Pilotprojekt mehr exemplarischen Charakter und dient der Methodenentwicklung. Die Auswertung orientiert sich grundsätzlich an der Frage, inwieweit überhaupt sinnvolle Ergebnisse erkennbar sind, die eine solche Weiterentwicklung und intensivere Auswertungsarbeit rechtfertigen.

Die 8 Szenen wurden für die Auswertung in zwei Gruppen eingeteilt:

- Die Szenen 1-5 enthalten repetitive Muster. In ihnen spiegelt sich eher die Pathologie des Patienten.
- Die Szenen 6-8 stammen aus der letzten Sitzung. In ihr zeigt der Patient, im Bewußtsein von Ende und Abschied weniger bedroht, ein "pseudo-gesünderes" Verhalten⁴⁴.

Da den Ratern diese Zusammenhänge nicht bekannt sind, ist zu erwarten, daß sie in den Szenen 1-5 mehr die Pathologie erkennen

⁴⁴ im Sinne des "falschen Selbst" nach Winnicott (1965)

und die Szenen 6-8 als "patterns of change" (Rice, Greenberg, 1984) bewerten.

Die Berechnungen erfolgten mit dem statistischen Programmsystem BMDP⁴⁵, die graphischen Tabellen wurden erstellt mittels "Cricket Graph" auf Macintosh.

6.2.1 Stimmungslage von P und T⁴⁶

Für jedes Adjektiv und für Patient und Therapeut wurden die Mittelwerte über alle 50 Rater und über die Szenen hinweg gebildet. Dieses geschah zunächst für die Szenen 1-8,⁴⁷ dann für die Szenen 1-5,⁴⁸ und schließlich zu Mittelwerten zusammengefaßt⁴⁹ für die Szenen 6-8⁵⁰. So bekam man für jedes beurteilte Merkmal eine Zahl.

Tabelle 1 sollte den Unterschied zwischen P und T verdeutlichen. Für jedes Adjektiv wurden die zusammengefaßten Mittelwerte mit Hilfe des t-Tests für verbundene Stichproben verglichen.⁵¹ Nach diesem Test ist "WEHMÜTIG" als einziges Adjektiv nicht signifikant, "ZAGHAFT" und "FROH" sind signifikant, alle anderen Adjektive sind hoch signifikant. Das bedeutet, daß diese Unterschiede nicht zufällig sind und ihre Interpretation legitim ist. In dieser Tabelle sind Adjektive der ersten 5 Szenen nach den Differenzen vom Mittelwert für Patient und Therapeut sortiert.⁵² Ganz oben in der Tabelle erscheinen die Adjektive, die - nach Meinung der Rater - für den Therapeuten und unten diejenigen, welche für den Patienten charakteristisch sind. Diese Tabelle spricht fast für sich; die positiven Adjektive oben sind genau abgegrenzt von den positiven unten in der folgenden Reihenfolge:

⁴⁵ Biomedical Computer Programs, Dixon et al. (1990)

⁴⁶ Fragebogen Teil I: Frage 1, 3

⁴⁷ vgl. Tabelle A1 in Kap. 10.2

⁴⁸ vgl. Tabelle 1 in Kap. 10.2

⁴⁹ vgl. Kap. 6.1.1.4

⁵⁰ vgl. Tabelle 2 in Kap. 10.2

⁵¹ vgl. Kap. 6.1.2.2

⁵² vgl. Kap. 6.1.3.3

P: abgekapselt, verstört, mutlos, starr, bedroht, hilflos, verärgert, bekloffen, ratlos, wütend, ängstlich, aggressiv, traurig, zaghaft, wehmütig

T: einladend, offen, kontaktfreudig, ausgeglichen, selbstsicher, überlegt, friedlich, gelöst, beschwingt, unbekümmert, froh

Es fällt auf, daß im Hinblick auf P "ABGEKAPSELT" an erster Stelle, "EINLADEND", "OFFEN" und "KONTAKTFREUDIG" am Schluß steht: P ist signifikant mehr "ABGEKAPSELT" und weniger "EINLADEND" usw. als T. Dieses bestätigt die Hypothesen über seine schizoid-narzißtische Beziehungsstörung. Bezogen auf die Therapiesituation verwundert es auch nicht, daß solche Adjektive, die im Zusammenhang mit Depressivität und Aggressivität stehen, die geringsten statistischen Differenzen zwischen P und T aufweisen: P's depressive Grundstimmung und Aggressionsgehemmtheit sind Teil seiner Diagnose; T's Stimmung angesichts der schizoiden Ablehnung seiner Beziehungsangebote durch P wandelt sich in Richtung resignierender Bedrücktheit (im Sinne von "Was soll ich denn noch machen?") und Wut, die er im therapeutischen Rahmen abtinent reflektieren, jedoch nicht ausleben kann.

Diese Sortierung der Adjektive wird wegen der großen Anschaulichkeit jetzt auch bei den folgenden Tabellen benutzt. Wie bereits gesagt, ist bei den Ergebnissen für die Szenen 6-8 von seiten der Rater die Konstatierung einer positiven Veränderung zu erwarten. In Tabelle 2 ist dieses auch tatsächlich dokumentiert. Um diese Veränderungen vergleichen zu können, haben wir in dieser Tabelle absichtlich die Reihenfolge der Adjektive in der vorigen Tabelle benutzt. Vergleicht man die beiden Tabellen miteinander, so bewegen sich die Ankreuzungspunkte für die in der Sortierung obenstehenden 'negativen' Adjektive sowohl bei P als auch bei T in Richtung >trifft nicht zu<, während bei den 'positiven' Eigenschaftswörtern eine deutliche Tendenz zum >trifft zu< festgestellt werden kann. In Tabelle 2 sticht vor allem der starke Knick in den Kurven für P und T ins Auge, genau an der Grenze vom letzten 'negativen' zum ersten 'positiven' Adjektiv. Im Unterschied zu Tabelle 1 wird P hier eindeutig als "OFFEN" und "KONTAKTFREUDIG", und nicht als "ABGEKAPSELT", "STARR", "BEDROHT" und "BEKLOMMEN" erlebt. Dieses sind deutliche Muster von Veränderung im Hinblick auf die in den Szenen 1-5 klar identifizierte Pathologie des Patienten.

Abschließend soll noch ein Phänomen reflektiert werden, das sich in allen Tabellen mit vergleichenden Mittelwertkurven zu P und T findet. Es fällt insgesamt auf, daß die Kurvenverläufe deutlich unterschiedlich breit gestreut sind. Die Kurve des Patienten bewegt sich in wesentlich engeren Grenzen. Zur Überprüfung und Verdeutlichung wurden noch die Tabelle A2 und Tabelle A3 erstellt. In ihnen ist die Tabelle A1 dahingehend modifiziert, daß die Adjektive nach sinkendem Mittelwert bei P und T geordnet sind. Vergleicht man sie miteinander, so bestätigt sich, daß die Bandbreite der Raterankreuzungen bei T größer ist als bei P.

T weist also in der Sicht der Rater in Relation zu P eine größere Variabilität auf. Dieses Ergebnis könnte Anlaß zu vielfältigen Spekulationen und Interpretationen im Hinblick auf die Pathologie des Patienten und die im "Affektiven Spontanprotokoll" dokumentierten, in T ausgelösten Gefühle bieten. So liegt die Vermutung nahe, daß sich die Ausdruckshemmung und der dadurch erzeugte innere Druck, welcher nur im 'erlösenden' Ritual der Fesselung als extreme Einengung abgefahren werden kann, im Verhalten der Rater spiegelt: sie kreuzen enger, weniger Bandbreite der Skala nutzend an als bei T, sind möglicherweise ebenso 'gefesselt' wie die Therapeuten angesichts P's Verhalten. Den größeren 'Bewegungsraum', der für T auf der Skala geratet wird, erfährt er, wie wir aus seinen affektiven Spontanprotokollen⁵³ wissen, angesichts seiner Interaktion mit P nicht als solchen – er fühlt sich ja sukzessive 'gefesselt'. Dieses nimmt der Rater allerdings wohl nicht so wahr, da T neben P offensichtlich immer noch relativ beweglich anmutet. Dieses könnte auch mit der abstinenter Grundhaltung in der Therapeutenrolle zusammenhängen. Eine weitere Vermutung ist, daß sich hier ein Unterschied zum Therapeutenverhalten der klassischen Psychoanalyse manifestiert, welches in vieler Hinsicht auf mehr äußere Abstinenz ausgerichtet ist als die aktive Musiktherapie. Der Musiktherapeut erscheint als der dynamischere Part in der Interaktion mit dem Patienten. Eine weitere Deutungsmöglichkeit ist ein "Gefesseltsein" der Rater durch Ambivalenz: Sie können sich weder für die eine noch die andere Richtung entscheiden, ein Phänomen, dem wir später bei der Auswertung der freien Äußerungen wieder begegnen werden.

⁵³ vgl. Kap. 2

6.2.2 P's Wünsche und Bedürfnisse – T's Reaktionen⁵⁴

Das Gesamtergebnis hinsichtlich der Frage, inwieweit die Wünsche und Bedürfnisse des Patienten von den Ratern wahrgenommen werden konnten, gilt nicht unbedingt für die einzelnen Szenen. Die Tabelle A4 zeigt die Rangfolge der "Ja"-Ankreuzungen aller 50 Rater in allen acht Szenen. Von den daraus resultierenden 400 Fällen wurden 397 Ankreuzungen durch die Rater komplett durchgeführt; diese bilden die Grundlage der auf eine Stelle hinter dem Komma abgerundeten Prozent-Berechnung. In der Reihenfolge der "Ja"-Ankreuzungen steht das Bedürfnis nach Kontrolle mit 65% an erster Stelle. Das Ergebnis entspricht den Erfahrungen mit P in der psychoanalytischen Therapie, in der er immer versucht, den Therapeuten zu kontrollieren. Auch der Akt der Fesselung läßt sich dahingehend deuten. Dieses ist ein ausgesprochen negativ agierendes Verhalten, was sich darin zeigt, daß "sich unterwerfen, nachgeben, passiv sein" an letzter Stelle mit nur 17% erscheint. Allerdings will er – in der Wahrnehmung der meisten Rater – nicht "dominieren, seinen Willen durchsetzen": Nur in 33% der Beurteilungen stimmen die Rater dafür. Es geht ihm mehr um "seine Unabhängigkeit und Autonomie" (62%, Rang 2). In der Beziehung zu T kommt schon mehr Ambivalenz ins Spiel. Zwar meinen die Rater noch in 56% (Rang 3), daß er "die Zuneigung oder Aufmerksamkeit des Therapeuten gewinnen" will, aber in weniger als der Hälfte der Fälle (47%, Rang 5) glauben sie, daß er "dem Therapeuten nahe sein" will. Die Ambivalenz liegt in dem allgemeinemenschlichen Wunsch nach Zuneigung, der in P kämpft mit dem pathologisch übersteigerten Bedrohtsein durch Nähe. Da dieser seine Autonomie gefährdet, muß die Nähe-Distanz-Regulation von ihm kontrolliert werden. Auch hier läßt sich dahingehend deuten, daß die Rater P's Beziehungsstörung über die standardisierte Frage 6 (I) beschreiben.

Die Wahrnehmung der Reaktionen T's durch die Rater⁵⁵ zeigen eine überwiegend positive Grundeinstellung zu T's Verhalten. In 92% der Antworten finden sie, daß T den Patienten fair und mit Respekt behandelt, in 90% glauben sie, er akzeptiere P, in 85% halten sie T für offen und aufrichtig, in 78% für besorgt und interessiert, in 74% für unterstützend und bestärkend. Daneben kommt zu 19% ein zu

⁵⁴ Fragebogen Teil I: Frage 6, 7

⁵⁵ vgl. Tabelle A5 in Kap. 10.2

dominantes Verhalten (Rang 8) ins Spiel. Die Verletztheit T's wird nur in 5% der Beurteilungen gesehen; seine innere Ambivalenz, wie sie später in den freien Rateräußerungen zum Ausdruck kommt, bildet sich hier nicht ab.⁵⁶

6.2.3 Interaktion von P und T⁵⁷

Die Tabellen 3 und 4 zeigen die Einschätzung der Interaktion von P und T für die Szenen 1-5 sowie 6-8. Für jedes Adjektiv gibt es einen gemeinsamen Wert für Patient und Therapeut. Die Mittelwerte dieser Adjektive über die Rater und die jeweiligen Szeneneinheiten hinweg sind in diesen Tabellen zusammengefaßt, die Adjektive diesmal sortiert nach den Unterschieden der Mittelwerte der beiden Szenengruppen.⁵⁸ Oben sind die Adjektive, die in späteren Szenen einen kleineren Wert bekommen haben und unten die, deren Werte zugenommen haben.

In Tabelle 3 irritiert zunächst, daß die Adjektive "IN KONTAKT", "NEBENEINANDER" und "GETRENNT" etwa auf gleicher Höhe in Richtung >trifft zu< bewertet werden. Dieses gilt allerdings nur relativ, da sie sich im mittleren Bereich 3 befinden. P und T werden also von den Ratern zwar als einigermaßen "IN KONTAKT" geratet, aber ihre Kommunikation wird einerseits als "ISOLIERT", "GETRENNT", "NEBENEINANDER" und gleichzeitig als "HARMONISCH", "ZUGEWANDT", "ERGÄNZEND" eingeschätzt. Deutlich im Bereich 2, also "nicht zutreffend", sind "GEGENLÄUFIG" und "ZERRISSEN", aber auch "VERSCHMOLZEN", "ZUSAMMENSCHWINGEND" und "EINIG" – eine intensivere Nähe im gemeinsamen Spiel wird demnach nicht beobachtet. Insgesamt scheint sich hier eine gewisse Ambivalenz der Rater bei der Einschätzung der Interaktion in den ersten 5 Szenen auszudrücken.

Dieses Bild ändert sich deutlich in Tabelle 4 für die Szenen 6-8. Wieder tendieren die oben sortierten 'negativen' Adjektive sichtlich in Richtung >trifft nicht zu<, wieder gibt es einen deutlichen Knick in der Kurve genau an der Grenze zu den 'positiven' Eigenschaftswörtern, die wiederum alle im Bereich des >trifft zu< liegen. In Tabelle 3/4 kann man die Kurvenverläufe beider Szenen-Einheiten

⁵⁶ Deutlich ist die klare Trennung der Tabelle in zwei Teile ab Rang 7.

⁵⁷ Fragebogen Teil I: Frage 8, 9

⁵⁸ vgl. Kap. 6.1.3.3

miteinander vergleichen. Insgesamt fällt auf, daß das komplexere Geschehen der Interaktion deutlich widersprüchlichere Ergebnisse hervorruft. Es ist jedoch wieder erkennbar, daß die Rater die Interaktion in den Szenen 6-8 eindeutig positiver einschätzen. In der zweiten standardisierten Frage zur Interaktion⁵⁹ kreuzen die 50 Rater insgesamt⁶⁰ wie folgt an:

1. komplementär	190	48%
2. konkordant	105	26%
3. diskordant	104	26%

In einer knappen Hälfte der Beurteilungen empfinden die Rater also die Interaktion von P und T als komplementär, d. h. sich ergänzend, in etwa je einem Viertel als konkordant oder diskordant. Auch in Frage 8 (I) wurden P und T (im 1. und 2. Rang) als tendenziell "IN KONTAKT" und "ERGÄNZEND", nicht aber als "VERSCHMOLZEN" beurteilt. Für eine derartige Kommunikation zweier Individuen erscheint die Bezeichnung "komplementär" als durchaus adäquat. Der Konkordanz entsprechen die Adjektive "GEMEINSAM", "HARMONISCH", "EINIG" und "ZUSAMMENSCHWINGEND" (alle in Bereich 3) und als diskordant könnte "GETRENNT", "ISOLIERT", "GEGENLÄUFIG" und "ZERRISSEN" gelten, die sich von der Mitte des 3. über die Mitte des 2. Bereiches vorsichtig in Richtung >trifft nicht zu< bewegen.

All dieses bringt keine deutlichen Aussagen: Zum einen dürften die Ergebnisse mit der Vermischung der beiden Szenengruppen 1-5 (repetitive Muster) und 6-8 (Veränderungsmuster) zu begründen sein. Zum anderen wäre noch zu prüfen, inwieweit die anzukreuzenden Worte von den Ratern in einen wirklichen Sinnbezug zu ihren Beobachtungen gebracht werden konnten bzw. wie unterschiedlich sie von den einzelnen Ratern interpretiert wurden.⁶¹

6.2.4 Vergleiche zwischen den Ratergruppen

⁵⁹ Fragebogen Teil I: Frage 9

⁶⁰ d. h. 400 Beurteilungen (davon 399 gültige Beurteilungen) für die acht Szenen

⁶¹ Hier begegnen wir dem Problem des fehlenden Ratertrainings (vgl. Kap. 5.4) in seiner praktischen Auswirkung.

6.2.4.1 Einschätzung des Patienten⁶²

Hier wurden die Einzelwerte für die Adjektive über die Szenen 1-5 hinweg zusammengefaßt. Jedes Adjektiv (zum Beispiel P ist "OFFEN") wird von 50 Ratern beurteilt. Diese 50 Rater bilden 3 Gruppen: Laien, Musiktherapeuten und Psychotherapeuten. Um festzustellen, ob sich diese in ihren Urteilen signifikant unterscheiden, wurden Varianzanalysen für drei Gruppen gerechnet.⁶³

In Tabelle 5 für die Szenen 1-5 erkennt man auf den ersten Blick eine große Übereinstimmung zwischen den drei Gruppen. Trotz aller Unterschiede in Profession und Bildungsstand scheinen die Rater also P sehr ähnlich wahrzunehmen. Die Arbeitshypothese, daß sich im therapeutischen musikalischen Dialog Persönlichkeit und Problematik des Patienten spiegeln, würde dadurch gestützt. Weiterhin kann man als generelle Linie feststellen, daß die Laien (L) ihn überwiegend 'positiv' sehen, d. h., daß sie bei Adjektiven wie beispielsweise "OFFEN", "SELBSTSICHER", "UNBEKÜMMERT" am weitesten in Richtung >zutreffend<, bei Adjektiven, welche Probleme und Pathologie bezeichnen, am weitesten in Richtung >nicht zutreffend< ankreuzen. Die Linie der Psychotherapeuten (PT) verläuft generell mehr im anderen Extrem, sie sehen mehr die Probleme und Pathologie und sind zurückhaltender in der positiven Bewertung P's. Die Musiktherapeuten (MT) liegen im allgemeinen in der Mitte. Signifikant ist diese generelle Tendenz bei "STARR" "ÄNGSTLICH" und "BEKLOMMEN". Bei den Laien wird P signifikant weniger "ZAGHAFT" wahrgenommen. Die PT nehmen P signifikant mehr "AGGRESSIV" und "RATLOS" wahr als die beiden anderen Gruppen.

In Tabelle 6 für die Szenen 6-8 fällt im Vergleich zu der vorigen Tabelle sofort auf, daß die Unterschiede nicht im Vergleich der drei Gruppen, sondern in Bezug auf die Szenen deutlich werden. Für die Szenen 6-8 rücken die Bewertungen der oben stehenden 'negativen' Adjektive in den Bereich >trifft nicht zu<, die 'positiven' in den Bereich >trifft zu<.

⁶² Fragebogen Teil I: Frage 1

⁶³ vgl. Kap. 6.1.2.1

6.2.4.2 Einschätzung des Therapeuten⁶⁴

In Tabelle 7 sind die Messungen der Szenen 1-5 für T zu den Mittelwerten der drei Gruppen zusammengefaßt. Der erste Eindruck bei einem Blick auf die Tabelle ist eine wesentlich stärkere Übereinstimmung der drei Gruppen als bei P. Allgemein läßt sich wieder feststellen, daß die überwiegend positivste Beurteilung durch die Laien erfolgt und auch hier die PT am anderen Ende und die MT in der Mitte sind. Signifikant unterschiedlich von den beiden anderen Gruppen sehen die PT den Patienten mehr "VERSTÖRT", "VERÄRGERT", "RATLOS", "WÜTEND" und "AGGRESSIV". Die drei Gruppen unterscheiden sich ferner signifikant bei "MUTLOS" und "SELBSTSICHER".

Interessant ist jedoch insgesamt, daß ein extremeres Raten von T gegenüber P auffällt. Das bedeutet für P, daß er entweder weniger Signale gibt oder diese so beschaffen sind, daß in den Ratern eine vergleichbare Ambivalenz entsteht wie bei den Therapeuten – sie können sich nicht eindeutig für das eine oder andere entscheiden und kreuzen tendenziell mehr in der Mitte an. Das Rater-Verhalten erinnert hier sehr an die Gegenübertragung der Therapeuten. Hat der Patient auch die Rater 'gefesselt'?

In Tabelle 8 wird deutlich, daß auch das Spiel des Therapeuten mit Hilfe der Adjektivliste in den Szenen 6-8 wesentlich positiver beurteilt wird. Regelrecht auffällig ist der Knick im Kurvenverlauf zwischen "WEHMÜTIG" und "FROH".

6.2.4.3 Einschätzung der Interaktion zwischen P und T⁶⁵

Auch in Tabelle 9 (wieder für die Szenen 1-5) kann man wieder deutlich eine große Übereinstimmung in der Einschätzung erkennen. Die Varianzanalyse⁶⁶ ergab lediglich bei "GEGENLÄUFIG" Unterschiede. Tendenziell allerdings verläuft die Kurve der MT diesmal mehr im Bereich positiver Einschätzung der Kommunikation zwischen P und T, während sich bei Laien und PT keine klare Richtung herauskristallisiert. Abweichungen der PT gegenüber den beiden anderen Gruppen sind erkennbar bei "GETRENNT" und "GEGENLÄUFIG", die höher eingestuft werden.

⁶⁴ Fragebogen Teil I: Frage 3

⁶⁵ Fragebogen Teil I: Frage 8

⁶⁶ vgl. Kap. 6.1.2.1

Es fällt auch hier wieder auf, daß die Gruppe der Psychotherapeuten häufig 'negativer' bewertet, also - wohl aufgrund ihrer Berufspraxis - eher geneigt ist, das Problematische und Pathologische wahrzunehmen. Allerdings empfinden in puncto Interaktion die L hier den PT ähnlicher als die MT. Möglicherweise sind MT aufgrund ihrer Berufspraxis mehr daran orientiert, in improvisierten Dialogen das verbindende Element zu erleben. Genauere Aussagen darüber werden aber wohl erst nach der gesamten Auswertung möglich sein.

Betrachtet man im Vergleich hierzu noch einmal die Tabelle 10 für die Szenen 6-8, so findet man auch hier nur wenig Unterschiede zwischen den Gruppen, aber eine deutliche Veränderung in Bezug auf die Szenen. Die Beurteilung der Interaktion ist eindeutig positiver als in der vorherigen Tabelle. Tendenziell am deutlichsten wird dieses im Kurvenverlauf der Musiktherapeuten.

7 INHALTSANALYTISCHE AUSWERTUNG

7.1 Zur Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse

7.1.1 Vorüberlegungen

Wie in den vorausgehenden Kapiteln beschrieben, sollten die Rater mittels einer Reihe von Fragen auf acht Szenen mit musikalischen Dialogen zwischen Patient und Therapeut reagieren. Die Fragen bezogen sich teils auf das, was die Rater bei den beiden Einzelpersonen (Patient oder Therapeut) wahrgenommen haben, teils auf deren beider Interaktion in der therapeutischen Situation. Die Fragen waren entweder durch Ankreuzen (Ratingskala/Ja-Nein) oder aber frei verbal zu beantworten. Die Ergebnisse der Raterbeobachtungen sollten auf dem Hintergrund der Frage untersucht werden, inwieweit sich in den so dokumentierten Beobachtungen der Rater abbildet und wiederfindet, was an Wissen in den bisherigen therapeutischen Erfahrungen mit diesem Patienten über seine Persönlichkeit, seine Art und Weise mit Beziehung umzugehen und seine Psychopathologie gesammelt wurde.

Die Daten lassen sich als Persönlichkeitsbeschreibung des Patienten auffassen. Sie werden vergleichbar mit den Beschreibungen der behandelnden Ärzte, der Selbstdarstellung des Patienten und den Wahrnehmungen der Rater über den Therapeuten. Die Therapeutenratings wiederum können mit den Affektiven Spontan- und den Konsultationsprotokollen verglichen werden.

Die in dieser Studie intendierte Fokussierung auf bedeutsame Momente entspricht der für Wissenschaft erforderlichen "Reduktion der Information" (Kriz 1981, S 35). In unserem Fall meint dies klinisch relevantes Material, in dem sich die von mehreren Ärzten und Therapeuten beschriebene Persönlichkeit und Pathologie des Patienten verdichtet widerspiegelt. Wir erwarteten, daß eine Beschreibung von den Ratern zumindest sehr ähnlich sein wird. Mit anderen Worten: Es wird erwartet, daß die Hypothesen der Therapeuten mit den Antworten der Rater übereinstimmen.

Die freien verbalen Rateräußerungen werden als ein Ganzes, wie ein geschlossener Text behandelt, der

- | | |
|-------------------------|---------------------------|
| 1. durch Inhaltsanalyse | 2. qualitativ |
| 3. deduktiv | 4. heuristisch |
| 5. selektiv | 6. in Form von Kategorien |

ausgewertet werden soll.

zu 1)

Inhaltsanalyse ist nach Merten (1983, S 15f) "eine Methode zur Erhebung sozialer Wirklichkeit, bei der von Merkmalen eines manifesten Textes auf Merkmale eines nichtmanifesten Kontextes geschlossen wird. Ziel ist der Schluß von Merkmalen des Textes auf Merkmale des Kontextes respektive der sozialen Wirklichkeit." In unserem Fall soll von den schriftlich fixierten Beobachtungen dreier Ratergruppen auf die soziale Wirklichkeit des Patienten, also das durch die Persönlichkeit und Psychopathologie geprägte Interaktionsverhalten des Patienten zu seinem Therapeuten, geschlossen werden.

zu 2)

Gegenstand von Inhaltsanalysen sind Texte, "deren Sinn nur interpretativ, unter Berücksichtigung der *Textqualität*, zu erschließen ist ..." (Merten 1983, S 94), so daß hier ein qualitatives Vorgehen angemessen ist. Dieses bedeutet "den Verzicht auf eine Formalisierung der interpretierten Strukturen [...], d. h. [...] einer Abbildung des empirischen Relativs auf ein numerisches Relativ, mit der die komplexe Information unter Zuhilfenahme geeigneter mathematischer Kalküle auf die "wesentlichen" Merkmale reduziert werden könnte." (Kriz u. Lisch 1988, S 209).

zu 3)

Die Untersuchung ist insofern *deduktiv*, als sie von Hypothesen ausgeht, die dann einem exakten Test auf Widerlegung (Falsifikation) bzw. Bestätigung unterworfen werden (vgl. Merten 1983, S 314f).

zu 4)

Indem wir Arbeitshypothesen aufstellen, verfahren wir nach dem *heuristischen* Prinzip. Die grundlegende Arbeitshypothese ist, daß im musikalischen Dialog zwischen Patient und Therapeut die Persönlichkeitsstruktur und Psychopathologie des Patienten erkennbar zum Ausdruck kommt und von Experten und Laien unterschiedlich, aber generell beschrieben werden kann. Weitere Arbeitshypothesen sind formuliert über die Persönlichkeit und die Pathologie, so daß sie aufgrund der Raterantworten überprüft werden können.

zu 5)

Bei der Methode der Inhaltsanalyse wird zwischen Text und Daten unterschieden: Während sich der Text im Moment der Rezeption nicht verändert, kann man Daten "aus einem Text erst dadurch gewinnen, daß man auf den Text *selektiv*, nach angebrachten Regeln, zugreift. Und dieser selektive Begriff setzt die Rezeption oder sogar das Verstehen eines Textes durch den Codierer voraus." (Merten 1983, S 88)

zu 6)

"Qualitative Messung bezieht sich auf die Bildung von *Kategorien* [...] und stellt damit den ersten und daher oft entscheidenden Ordnungsversuch dar." (Merten 1983, S 94f) Die Kategorien lassen sich als "Klassen eines

übergeordneten und damit abstrahierenden Klassifikationsschemas" (Merten 1983, S 148) definieren. Hege (1987, S 1) bezeichnet Inhaltskategorien als eine "zentrale Frage der Inhaltsanalyse". Für die verbale Psychotherapieforschung im Rahmen der "Ulmer Textbank"⁶⁷ versuchte er ein "neues Wortbedeutungssystem zur Erfassung aller Wörter eines umfangreichen psychoanalytischen Verbatim-Textkorpus" zu ertellen, welche die "in der Literatur geforderten Qualitäten inhaltsanalytischer Kategorien, zum Beispiel Eindeutigkeit, Vollständigkeit oder Einheitlichkeit" erfüllen sollte. Er berücksichtigte, daß sich bisher "für ein vollständiges Wortbedeutungssystem aus sprachinhärenten Gründen keine Kategorien der geforderten Qualitäten bilden lassen". Er schlägt die unscharfen Begriffe und Kategorien nach der Prototyptheorie von Rosch vor und weist auf die Notwendigkeit eines Rekurses in textthermeneutischen Verfahren hin (S 166f).

In der vorliegenden Studie werden Raterkategorien (R) gebildet, indem der Text interpretierend in inhaltlich zusammengehörige Wortgruppen (mit "unscharfer Bedeutung") unterteilt wird, die mit Überschriften versehen werden, welche den inhaltlichen Zusammenhang verdeutlichen. Diese aus den Rater-Äußerungen entstandenen Kategorien wollten wir mit den Kategorien vergleichen, die aus den Hypothesen über den Patienten zu entwickeln waren. Erster methodischer Schritt war also die Entwicklung der "Hypothesenkategorien".

7.1.2 Kategorien zur Beschreibung des Patienten

Der Gedanke, Persönlichkeitsmerkmale des Patienten in Kategorien einzuteilen, erwuchs aus dem Nachdenken über die "Uferlosigkeit" der verschiedenen freien verbalen Äußerungen der Rater, die auf diese Weise kanalisiert werden sollten. Eine solche Reduzierung ist vergleichbar mit der Diagnose oder der Kurzbeschreibung eines Patienten durch den Therapeuten, mithin einer reduzierenden Fokussierung auf dessen herausragende Charakterzüge bzw. auf solche, unter denen er leidet (Pathologie). Es erschien legitim, die neun Kategorien von Janke (1978) nicht zu verwenden, da es sich um eine @@@ipsative⁶⁸ Untersuchung handelt. In einem Brainstorming der Studiengruppe wurden sechs Kategorien entwickelt, die speziell auf den Patienten zugeschnitten sind:

⁶⁷ zur näheren Information über die Ulmer Textbank vergleiche Mergenthaler (1986)

⁶⁸ @@@was heißt dieses Wort? im Duden steht unter "*Ipsastion* = *geschlechtliche Selbstbefriedigung*"!?! hat das was mit dieser Forschung zu tun?

1. Fesselsymptomatik
2. Ablehnung von Beziehungsangeboten
3. Innerer Druck, Aggressivität
4. Gesundes Verhalten
5. Depressivität und Resignation
6. Bedrohtsein, Angst vor Kontrollverlust

Diese Kategorien der Studiengruppe heißen im folgenden "patientenbezogene Hypothesenkategorien" (Hp). Sie werden in Kap. 7.2.1 mit den "patientenbezogenen Raterkategorien" (Rp), die sich aus den Äußerungen der Rater im Fragebogen ergeben, verglichen. Hierfür werden sowohl die skalierten/schematisierten, als auch die zu freier verbaler Äußerung auffordernden Fragen, die sich mit dem Spiel des Patienten beschäftigen, herangezogen⁶⁹.

7.1.3 Kategorien zur Beschreibung der Reaktionen des Therapeuten auf den Patienten

Die affektiven Reaktionen des Therapeuten auf den Patienten sind in den "Affektiven Spontan-Protokollen" (ASP) dokumentiert. Hier fanden wir folgende "therapeutenbezogenen Hypothesenkategorien" (Ht), die in Kap. 7.2.2 hinsichtlich der skalierten/schematischen und frei verbalen therapeutenbezogenen Rateräußerungen ausgewertet werden:⁷⁰

1. Einengung (Fesselung)
2. Sich-abgelehnt-Fühlen, Wut, Kränkung
3. Anstrengung, Streß
4. positive Gefühle
5. Resignation versus Bemühen
6. Stützen, Ermutigen

⁶⁹ Fragebogen Teil I: Fragen 1, 2, 5, 6 und Teil II: Fragen 1, 2

⁷⁰ Fragebogen Teil I: Fragen 3, 4, 7, 10 und Teil II: Frage 3

7.1.4 Kategorien zur Beschreibung der Interaktion zwischen Therapeut und Patient

Aus der "Beziehungschoreographie", insoweit sich diese übereinstimmend in den bisherigen Therapieprozessen und entsprechend in P's Biographie dokumentieren läßt, ergeben sich Kategorien über die Interaktion zwischen Therapeut und Patient. Sie leiten sich aus den Kategorien zur Beschreibung der Persönlichkeit des Patienten (Aktion/Hp) und ihrer entsprechenden emotionalen Antwort beim Therapeuten (Reaktion/Ht) ab. Die sechs Kategorien beinhalten also:

Aktion (P)	Reaktion (T)
Hp1 Einengung, Fesselung	Ht1 Sich-eingeengt-Fühlen, Sich-gefesselt-Fühlen
Hp2 Ablehnung von Beziehungsangeboten	Ht2 Sich-abgelehnt-Fühlen, Wut, Kränkung
Hp3 innerer Druck, Aggressivität	Ht3 Anstrengung, Streß
Hp4 gesundes Verhalten	Ht4 positive Gefühle
Hp5 Depressivität, Resignation	Ht5 Bemühung versus Resignation
Hp6 Bedrohtheit, Angst vor Kontrollverlust	Ht6 Stützen, Ermutigen

Abb. 20: Patientenbezogene Hypothesenkategorien in Gegenüberstellung mit den korrespondierenden therapeutenbezogenen Hypothesenkategorien
(Legende: Hp = patientenbezogene Hypothesenkategorie, Ht = therapeutenbezogene Hypothesenkategorie)

Die Auswertung wurde anhand der gefundenen Kategorien vorgenommen.

7.2 Ergebnisse

7.2.1 Auswertung der auf den Patienten bezogenen freien verbalen Rateräußerungen

7.2.1.1 Patientenpersönlichkeit und seine Hauptproblematik im Abschlußrating

Die deutlichste Beschreibung von P erhofften wir uns über die Auswertung der Frage 1 in Fragebogenteil I. Hier hatten die Rater alle acht Szenen gesehen und konnten in ihren eigenen Worten den von ihnen gewonnenen Gesamteindruck beschreiben.

Beim Auflisten der Rateräußerungen wurde sehr schnell klar, daß sich die Aussagen über die Persönlichkeit des Patienten und seine Problematik teilweise schwer oder überhaupt nicht voneinander trennen ließen. Daher wurden die Aussagen der Fragen 1a und 1b des Fragebogenteils II gemeinsam aufgelistet und kategorisiert. Sie wurden sinnvoll, ohne Aufgabe von Inhalten, gekürzt und dann zu "patientenbezogenen Raterkategorien" (Rp) zusammengefaßt.⁷¹

Die Zuordnung der Rateräußerungen zu inhaltlich sinnvollen Gruppen warf das Problem auf, daß es hier übergreifende Zusammenhänge gab, die durch unsere Einteilungen getrennt wurden. So traten die Worte "Angst, ängstlich" häufig in Verbindung mit dem Gegenstand der Angst (zum Beispiel "Angst vor Nähe"), aber auch für sich stehend, auf. Um hier nicht schon zweifelhaftes Interpretieren ins Spiel zu bringen, gibt es also zunächst eine Kategorie, in der Angst allgemein, ohne ihren Gegenstand, aufgeführt ist (Rp1). Die dann folgenden Kategorien beschreiben verschiedene Angstinhalte des Patienten, die im Zusammenhang mit seinem mangelnden Selbstwertgefühl (Rp2) gesehen werden müssen. Rp3 und Rp4 hängen eng zusammen und beschreiben seine mangelnde Autonomie (Rp3), derzufolge er Angst vor Nähe hat (Rp4). Dennoch sucht er gleichzeitig die Nähe – er ist ambivalent (Rp5). Sein existentielles Bedrohtsein durch Nähe treibt ihn in die Isolation (Rp6). Deutlich spürbar wird in den Rateräußerungen auch der Zusammenhang zwischen seiner allgemeinen Ausdruckshemmung und Starre (Rp7) und seiner latent blockierten Aggression (Rp8). Beide führen zu den starken Spannungen, deren symptomatischen Ausdruck wir in seiner Fesselung mit Stromkabeln sehen. Andererseits führt dies zu depressiven Verstimmungen, die ebenfalls von den Ratern wahrgenommen werden (Rp9). Positives, gesundes Verhalten (Rp10) und nicht eingeordnete Äußerungen (Rp11) bilden die letzten beiden Gruppen.

Die patientenbezogenen Raterkategorien im Überblick:

Rp1 Angst

⁷¹ "Der Patient hat Angst, seine Autonomie zu verlieren" wurde so z. B. zu "Angst, Autonomie zu verlieren" umgesetzt.

- Rp2 Selbstwertgefühl, Narzißmus
- Rp3 Autonomie
- Rp4 Bedrohung durch Nähe, Angst vor Kontrollverlust
- Rp5 Ambivalenz bezüglich Nähe und Distanz
- Rp6 Isolation, Schizoidität, Kontaktprobleme
- Rp7 Starre, Hemmung oder Unfähigkeit, Gefühle auszudrücken
- Rp8 Aggression
- Rp9 Depression
- Rp10 Gesundes Verhalten, Streben zum Gesunden
- Rp11 Nicht eingeordnete Äußerungen

Um einen ersten Eindruck von der zählbaren Menge der Äußerungen in den einzelnen Kategorien zu bekommen, wurden zunächst einfach die Rater gezählt, die mit Äußerungen in den jeweiligen Kategorien vertreten sind. Die Prozentangaben ergeben in der Tabelle summiert deswegen nicht 100, weil Rater oft mehrere Äußerungen machten, die in verschiedene Kategorien fielen. Sie widersprechen sich sogar manchmal. (Widersprüchliche Gefühle gegenüber P werden auch von T in den Affektiven Spontanprotokollen notiert.) Die Prozentangaben beziehen sich also auf die Anzahl der Rater, die zu der jeweiligen Raterkategorie Äußerungen machten. Die Anzahl der Äußerungen beträgt insgesamt 204; davon entfallen 88 auf die Musiktherapeuten, 74 auf die Laien und 43 auf die Psychotherapeuten. Hier ist zu beachten, daß die Gruppe der Psychotherapeuten halb so groß ist wie die der Musiktherapeuten und die der Laien.

Rang	Gesamt		MT		Laien		PT	
	Rp	%	Rp	%	Rp	%	Rp	%
1	6	74	6	75	2	70	6	90
2	7	50	7	60	6	65	8	60
3	2	46	8	45	7	40	3,7	50
4	8	42	4,9	40	11	35	2,4	40
5	4,9	34	1,10	35	8,9,10	30	9	30
6	10,11	28	3	30	4	25	1,5,11	20
7	1,3	26	2,5,11	25	1	20	10	10
8	5	20	-	-	5	15	-	-
9	-	-	-	-	3	10	-	-

Abb. 20: Rangliste der auf den Patienten bezogenen Raterkategorien.
(Legende: Rp = patientenbezogene Raterkategorie; MT = Musiktherapeuten; PT = Psychotherapeuten)

Betrachten wir zunächst die Rangreihe der Gesamtwertung, so fällt auf, daß 37 Rater (74%) die Schizoidität des Patienten (Rp6) auf vielfältige Weise beschreiben. 90% der Psychotherapeuten, 75% der Musiktherapeuten und 65% der Laien benennen also anhand der Szenen die Beziehungsstörung als zentrales Problem. Bei den Laien rangiert allerdings die narzißtische Problematik auf Platz 1, während sie bei den PT an vierter (40%), bei den MT an siebenter Stelle (25%) steht.

Insgesamt beschreiben 25 Rater (50%) die Starre und Hemmung, Gefühle auszudrücken (Rp7). Hier liegen die MT interessanterweise mit 60% am höchsten, gefolgt von den PT mit 50%, den L mit 40%. Man könnte hier noch die Aggressionshemmung als Unterpunkt in Rp8 dazunehmen (18 Äußerungen). Dadurch wird eine große innere Spannung des Patienten deutlich beschrieben.

23 Rater (46%) benennen die narzißtische Problematik (Rp2), wobei hierbei alle drei Gruppen ähnlich raten. Das Thema Aggression wird von 21 Ratern (42%) an vierter Stelle genannt. Auch hier gibt es keine großen Unterschiede zwischen den Gruppen.

Bei "Bedrohtsein durch Nähe und Angst vor Kontrollverlust" (Rp4) (insgesamt auf Rang 5 mit 34%) liegen MT und PT gleich bei 40%, während von den L nur 25% so geratet haben.

Depression (Rp9) wird insgesamt von 34% der Rater genannt, wobei die MT etwas über diesem Wert (40%), PT und L etwas darunter (30%) liegen.

Rp10 (insgesamt 26%) bezieht sich auf die Wahrnehmung nicht pathologischen oder problematischen Verhaltens. Die PT, die am meisten pathologische Strukturen nannten (zum Beispiel Rp6 u. Rp8), rangieren in

dieser Kategorie dementsprechend mit 10% an dritter Stelle. Die MT beschreiben nichtpathologisches Verhalten mit 35% am meisten, gefolgt von den L mit 30%.

In Rp11, einer eher als global zu bezeichnenden Kategorie, treffen Äußerungen, welche die Pathologie sehr genau benennen (zum Beispiel von einer MusiktherapeutIn: "schwer gestörter, vermutlich frühgestörter Patient"), mit sehr allgemeinen Beschreibungen (zum Beispiel "desinteressiert, armselig") zusammen. Die isolierte Angst (Rp1) mit insgesamt 26% wird ebenfalls von den MT höher (35%) und von PT und L identisch (20%) niedriger eingeschätzt.

Das Thema Autonomie (Rp3) liegt in der Gesamtwertung gleich mit Rp1. Diese wird von den PT erheblich öfter genannt (50%), die MT liegen etwas über dem Schnitt (30%), die L deutlich darunter (10%).

Die Ambivalenz (Rp5) beschreiben 20% aller Rater und der PT. Die MT liegen mit 25% etwas höher, die L mit 15% niedriger.

Folgende Interpretationen sind aufgrund der aufgezeigten Ergebnisse denkbar:

Die hohen Rangwerte der MT zu Rp7 lassen vermuten, daß sie den lebendigen Ausdruck der Gefühle als einen der Hauptmerkmale ihrer Arbeit verstehen und so sehr intensiv die Hemmung erleben.

Möglicherweise findet diese Beobachtungszentrierung in Rp4 bei den L im Alltag ohne therapeutische Ausbildung wenig Beachtung.

Hinsichtlich Rp10 sind die Rater natürlich dadurch stark beeinflusst, daß sie wissen, daß es sich um Musiktherapie handelt und P Patient ist.⁷² Die Fragen zielen außer auf die Persönlichkeit auch noch speziell auf die Problematik dieses Menschen ab. Neben Beobachtungen gesunden Verhaltens und dem entsprechenden Sehnen und Streben danach enthält diese Kategorie Äußerungen, die Veränderungen im Verlauf des Prozesses der musiktherapeutischen Intervention beschreiben.

Die Ergebnisse aus Rp10, Rp6 und Rp8 zeigen, daß das Bild, welches die PT von P haben, stärker durch dessen Pathologie bestimmt ist, als bei den anderen Gruppen, vor allem im Vergleich mit den L. Bei den MT kann man diese Tendenz dahingehend interpretieren, daß sie erfahrungsgemäß eher zu einer Sicht des

⁷² vgl. Kap. 5.4

Patienten tendieren, die auch seine gesunden und kreativen Seiten wahrnimmt und aktiv miteinbezieht.⁷³

Die gewonnenen Zahlenwerte müssen auch im Zusammenhang betrachtet werden, da die Kategorien lediglich als Hilfsmittel dienen, um bestimmte Aspekte der Persönlichkeit des Patienten zu verdeutlichen. So ist zum Beispiel die isolierte Betrachtung der "Angst" (Rp1) eine Abstraktion, denn in der Wirklichkeit durchzieht Angst fast alle weiteren Kategorien. Wenn die Rater also nicht "Angst" isoliert nennen, taucht sie häufig direkt in Verbindung mit ihrem Gegenstand (zum Beispiel Nähe) auf.

Die drei Punkte Rp1 (Angst), Rp3 (Autonomie) und Rp5 (Ambivalenz bezüglich Nähe und Distanz) sind isoliert betrachtet problematisch. Während bei Rp3 die Therapeuten diesen Autonomieaspekt P's auch für sich alleinstehend deutlich herausheben, geht die Nähe-Distanz-Ambivalenz auch in Rp4 und Rp6 ein.

Die Rateräußerungen kommen der Persönlichkeitsstruktur, wie sie in den Hypothesen der Therapeuten (und auch in der Selbstdarstellung P's) beschrieben ist, sehr nahe.

7.2.1.2 Vergleich der Raterkategorien mit den Hypothesenkategorien

Die in Kap. 7.1.2 aufgestellten patientenbezogenen Hypothesenkategorien (Hp) setzen sich folgendermaßen zu den gefundenen patientenbezogenen Raterkategorien (Rp) in Bezug:

⁷³ Die Wahrnehmung gerade der gesunden Seiten ist vielfach sogar erklärtes Ziel von Musiktherapeuten. Hier steht weniger das Kranksein des Menschen als vielmehr die Nutzung seines Strebens nach Selbstverwirklichung und innerem Wachstum im Brennpunkt des Interesses und der Wahrnehmung (vgl. Kriz 1985, S 173ff). Ein pathologie- und diagnosezentrierter Ansatz soll ersetzt werden durch eine Sichtweise des Menschen, welche Gesundheit als Qualität für sich und nicht nur als Abwesenheit von Krankheit definiert (vgl. Kremer 1982).

Hypothesenkategorien	Raterkategorien
Hp1 (Fesselsymptomatik, Eingeengtsein, Unbeweglichkeit, Kontrolliertheit und Kontrolle)	Rp7 (Starre, Hemmung oder Unfähigkeit Gefühle auszudrücken) Rp4 (Bedrohung durch Nähe, Angst vor Kontrollverlust)
Hp2 (Beziehungslose Interaktion, narzißtische, schizoide, wenig empathische Selbstbezogenheit und Kontaktunsicherheit, Ablehnung bzw. Nichtwahrnehmung von Beziehungsangeboten)	Rp2 (Selbstwertgefühl, Narzißmus) Rp4 (Bedrohung durch Nähe) Rp5 (Ambivalenz bezüglich Nähe und Distanz) Rp6 (Isolation, Schizoidität, Kontaktprobleme)
Hp3 (große innere Spannung, innerer Druck, Aggressivität, die aber im Ausdruck gehemmt ist)	Rp8 (Aggression) Rp7 (Unfähigkeit, Gefühle auszudrücken)
Hp4 (Gesundes Verhalten)	Rp10 (Gesundes Verhalten)
Hp5 (Depressivität und Resignation)	Rp9 (Depression)
Hp6 (Bedrohtsein, Angst vor Kontrollverlust)	Rp4 (Bedrohung durch Nähe, Angst vor Kontrollverlust)

Abb. 21: Patientenbezogene Hypothesenkategorien in Gegenüberstellung mit den korrespondierenden Raterkategorien
(Legende: Hp = Hypothesenkategorie, Rp = Raterkategorie)

Die berechneten Ränge der Rp lassen im Hinblick auf die Hp folgendermaßen interpretieren:

Die "Fesselungssymptomatik" (Hp1) manifestiert sich am deutlichsten in der Starre, Hemmung und Unfähigkeit P's, Gefühle auszudrücken (Rp7). Sie liegt in der Gesamtwertung des Schlußratings mit 50% und bei den MT mit 60% an zweiter, bei PT mit 50% und L mit 40% an dritter Stelle. Es ist bezeichnend, daß dieser Aspekt P's bei den MT (als Ausdruckstherapeuten) stärkere Beachtung findet. Da die meisten Äußerungen zum Thema Aggression gerade die gehemmte Aggression beschreiben, muß die Rp8, mit 42% insgesamt auf dem 4. Rang (PT 60% = Rang 2, MT 45% = Rang 3, L 30% = Rang 5), unbedingt in die Betrachtung einbezogen

werden.⁷⁴ Die gesondert auftauchende Hp3 (innerer Druck, Aggressivität) ist damit auch hinreichend beschrieben.

Hp2 benennt die "Ablehnung von Beziehungsangeboten", welche man unter die Rp6 (Isolation, Schizoidität, Kontaktprobleme) subsumieren kann. Diese Rp nahm in der Gesamtwertung des Schlußratings mit 74% den ersten Platz ein, ebenso wie bei den PT mit 90% und den MT mit 75%, während sie bei den L mit 65% an zweiter Stelle steht. Die sukzessive Steigerung im Erkennen der schizoiden Struktur P's durch wiederholte Wahrnehmung wurde schon mehrfach bei den einzelnen Szenen beschrieben und soll hier nicht noch einmal erläutert werden. In jedem Fall ist Hp2 deutlich von den Ratern in Rp6 beschrieben worden.

Hp4 nennt "gesundes Verhalten" des Patienten, welches im Schlußrating zu Rp10 (Gesundes Verhalten, Streben zum Gesunden) erweitert wurde und dort insgesamt mit 28% an 6. Stelle rangierte. Es wurde dort bereits betont, daß die Formulierung der Frage und die Situation (Patient-Therapeut) eher den Blickwinkel auf die Wahrnehmung des Pathologischen hin beeinflussten, wenngleich bei MT und L mit 35% gegenüber den PT mit nur 10% ein (ebenfalls dort beschriebener) Unterschied zutage tritt.

Hp5 formuliert die depressiven und resignativen Anteile P's, welche in Rp9 in der Gesamtwertung des Schlußratings mit 34% an 5. Stelle stehen, wie auch bei PT und L mit je 30%. Etwas höher raten die MT diese Rp mit 40% auf Rang 4. Diese hatten – als einzige Rp überhaupt – die Depression in Szene 1 mit 100% geratet, die L mit 90%, dagegen die PT nur mit 20%. In Szene 4 sank ihr Anteil dann auf 30% bei den L und 25% bei den MT, bei den PT blieb er auf 20%. In einer Schlußbeurteilung könnte man vermuten, daß sich durch die wiederholte Beobachtung des P (im Rahmen der musikalischen Interaktionsszenen mit T) mehr und mehr die Gründe für die Depressivität, anstatt ihre schlichte Wahrnehmung, als vordergründig herausstellten. Als einer der Aspekte von P's Persönlichkeit scheint sie uns angemessen vertreten zu sein.

⁷⁴ Wieder ist es methodenspezifisch erklärbar, daß die PT im Unterschied zu den MT Aggressionshemmungen höher bewerten als Ausdruckshemmungen: Latente Aggressivität wird auch im Gespräch für den Therapeuten recht schnell spürbar, während die Methode freien Gefühlsausdrucks in der Musiktherapie mehr die allgemeine Ausdruckshemmung in Erscheinung treten läßt.

Hp6 (Bedrohtsein, Angst vor Kontrollverlust) bildet sich im Schlußrating ab als Rp4 (Bedrohung durch Nähe, Angst vor Kontrollverlust), welche insgesamt wie die Depression mit 34% auf Platz 5 der Rangliste erschien. Inhaltlich wird sie ergänzt durch Rp1 (Angst) und Rp5 (Ambivalenz bezüglich Nähe und Distanz). Rp4 wurde von MT und PT jeweils mit 40%, bei den L dagegen nur mit 25% geratet. Hier dürfte die geschulte Therapeutenwahrnehmung eine Rolle spielen, ähnlich wie bei Rp5 mit 25% für die MT, 20% für die PT und 15% für die L. Die Stimmung P's wurde insgesamt zutreffend erkannt.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die Kategorien, welche sich aus den Äußerungen der Rater bildeten, durchaus vergleichbar mit den Hypothesen der Studiengruppe sind. Zusätzlich ergaben sich sogar wichtige Aspekte der Persönlichkeit und Pathologie P's, die von der Studiengruppe so nicht direkt beschrieben waren. Hier wäre die narzißtische Störung P's zu nennen, in Rp2 des Schlußratings insgesamt mit 46% an dritter, bei den L mit 70% sogar an erster Stelle genannt, sowie die Autonomieproblematik (Rp3), die bei den PT mit 50%, den MT mit 30% und den L mit 10% beschrieben wird.

7.2.1.3 Frei verbale Raterbeobachtungen zum Patienten innerhalb der Einzelszenen

In Frage 5 des ersten Fragebogenteils wurde den Ratern zusätzlich zur Beobachtung jeder Szene die Frage gestellt, was ihnen an P auffalle. Im Nachhinein erwies sich diese Information als redundant: Bei Durchsicht der Rateräußerungen zu dieser Frage wurden keine wesentlichen zusätzlichen Informationen über P gefunden. Eine Auswertung dieser Frage erschien nicht effizient und unterblieb daher. Solche Erfahrungen sind gute Wegweiser für eine Straffung des Versuchsdesigns, so daß weniger Fragen mit mehr Zeit und Ruhe für die Rater gestellt werden.

7.2.1.4 Vergleich der standardisierten und der frei verbalen Rateräußerungen zum Patienten

Vergleicht man die Ergebnisse der standardisierten Ratings zu P's Verhalten mit den Auswertungen der frei verbalen Rateräußerungen, so lassen sich einige Parallelen finden.

"Isolation, Schizoidität, Kontaktprobleme" (Rp6) stehen mit 75% an erster Stelle beim frei verbalen Abschlußrating – bei der standar-

disierten Auswertung wird in Tabelle 1 das Adjektiv "ABGEKAPSELT" am weitesten in Richtung "trifft zu" geratet. "OFFEN", "KONTAKTFREUDIG" und "EINLADEND" tendieren nach "trifft nicht zu".

Rp7 ("Starre, Hemmung oder Unfähigkeit Gefühle auszudrücken") liegt mit 50% an zweiter Stelle der Rangliste – "STARR" und "BEKLOMMEN" befinden sich in Tabelle 1 mit am weitesten im Bereich "trifft zu"; die Adjektive "BESCHWINGT" und "GELÖST" tendieren auf die gleiche Weise zum Gegenpol "trifft nicht zu".

Die Probleme mit "Selbstwertgefühl und Narzißmus" (Rp2) erreichen mit 46% den dritten Rang – "SELBSTSICHER" in Tabelle 1 ist deutlich im "trifft-zu"-Bereich.

Für diese Kategorien läßt sich also eine deutliche Übereinstimmung zwischen den standardisierten und den frei verbalen Äußerungen konstatieren.

Bei dem Thema "Aggression" (im frei verbalen Abschlußrating unter Rp8 mit 42% an vierter Stelle) offenbaren sich die Grenzen des standardisierten Ratens mit der Eigenschaftswörterliste: Während in den freien Äußerungen hier "gehemmte", "latente", "versteckte" (usw.) Aggression differenzierter beschrieben werden kann, ist dieses Thema in der Eigenschaftswörterliste (Tabelle 1) schlicht im mittleren Bereich angekreuzt.

Im Vergleich der drei Ratergruppen ergeben sich ebenfalls ähnliche Ergebnisse bei den standardisierten und freien Äußerungen. Die PT nehmen bei P insgesamt am stärksten die Pathologie wahr, während die L den Patienten am positivsten beschreiben. Die MT bewegen sich in der Mitte zwischen beiden: Sie nehmen mehr Pathologisches wahr als die L, sehen aber stärker positive Anteile als die PT.

7.2.2 Auswertung der auf den Therapeuten bezogenen freien verbalen Rateräußerungen

Im vorliegenden Fragebogen beschrieben die Rater den Therapeuten insgesamt viermal. Alle vier Fragen sollen über die Wahrnehmung der drei Ratergruppen hinsichtlich der Situation bzw. Rolle des Therapeuten im Beziehungsmuster mit dem Patienten Aufschluß geben. Der Therapeut dient, entsprechend seiner

Berufsaufgabe⁷⁵ der Verdeutlichung und Klärung von P's Problematik, insbesondere ihrer Spiegelung im Beziehungsverhalten. Die von den Ratern eingeschätzte "Stimmungslage" in den einzelnen Szenen [Frage 4 (I)] von T bezieht sich daher auf Gefühle und Reaktionen, die P in ihm auslöste, bzw. darauf, was die Rater an T beobachten. Die drei weiteren Fragen wenden sich an den Rater selbst. Hier ist gefragt, wie er die Reaktionen T's auf P einschätzt [Frage 7 (I)], wie er selbst als Therapeut auf P reagiert hätte [Frage 10 (I)] und wie er – nach Anschauen aller Szenen – anders als T mit P umgegangen wäre.

7.2.2.1 Therapeutenpersönlichkeit in der Interaktion mit dem Patienten im Abschlußrating

Im folgenden wird die Frage 3 des zweiten Fragebogenteils untersucht. Hier waren die Rater aufgefordert, T's technische Probleme in der Gesamtheit der betrachteten Szenen zu benennen. Bei insgesamt 46 Rateräußerungen (21 bei den MT, 18 bei den L und 7 bei den PT) wurden von uns neun "therapeutenbezogene Raterkategorien" (Rt) unterschieden:

Rt1 T ist zu dominant, geht nicht genug auf P ein

Rt2 T ist zu wenig fordernd

Rt3 T findet kein Maß, ambivalente Äußerungen

Rt4 T hat Schwierigkeiten mit der Nähe-Distanz-Problematik

Rt5 T verbessert sich im Laufe des Prozesses

Rt6 Kritik am musikalischen Verhalten T's

Rt7 keine Kritik an T

Rt8 Nicht Eingeordnetes

Rt9 Nicht beantwortet

Nach Zuordnung der gefundenen Rateräußerungen zu den gebildeten Raterkategorien, deren Auswertung und Berechnung der Rangreihenfolge ergab sich folgendes Verteilungsbild:

	Gesamt		MT		Laien		PT	
Rang	Rt	%	Rt	%	Rt	%	Rt	%

⁷⁵ griech. therapeuein = dienen, pflegen, heilen ...

1	2	18	2	20	2, 3	20	1, 4	20
2	3	16	3, 7	15	5, 6, 7, 9	10	2, 3, 7	10
3	7	12	1, 5, 6, 8, 9	10	1, 8	5	-	-
4	1	10	4	5	-	-	-	-
5	5, 6, 9	8	-	-	-	-	-	-
6	4, 8	6	-	-	-	-	-	-

Abb. 22: Rangliste der auf den Therapeuten bezogenen Raterkategorien
(Legende: Rt = therapeutenbezogene Raterkategorie; MT = Musiktherapeuten; PT = Psychotherapeuten)

Auf den ersten Blick wird sichtbar, daß sich alle Kategorien mit etwa 10% bis 20% quer durch die Gruppen relativ gleichmäßig verteilen. In der Gesamtwertung am höchsten mit allerdings nur 18% liegt die Meinung, T sei zu wenig fordernd (Rt2). Dies denken je 20% der MT und L; bei den PT liegt diese Kategorie mit 10% an zweiter Stelle.

Auf Rang 2 steht insgesamt die Problematik der Ambivalenz und des Maßfindens zwischen Über- und Unterfordern P's (Rt3) mit 16%. Auch bei den MT (15%) und den PT (10%) nimmt diese den zweiten Platz ein, dagegen steht sie bei den L (20%) mit auf Rang 1.

12% aller Rater üben keine Kritik an T, so daß Rt7 insgesamt auf Rang 3, in der Einzelbetrachtung aber jeweils auf dem zweiten Rang liegt mit 15% (MT), 10% (L) und 10% (PT).

Auf dem 4. Rang der Gesamtwertung liegt mit 10% die Meinung, T sei zu dominant und gehe zu wenig auf P ein (Rt1). Diese Ansicht nimmt allerdings bei den PT Platz 1 ein (20%), bei MT (10%) und L (5%) Platz 3. Hier weichen also die PT deutlich von den anderen Gruppen ab.

Auf Rang 5 der Gesamtwertung liegen mit 8% Verbesserungen T's im Laufe des Prozesses (Rt5), Kritik am musikalischen Verhalten T's (Rt6) und Nicht Beantwortetes (Rt9); diese Kategorien sind bei den MT (10%) auf Platz 3, bei den L (10%) auf Platz 2, bei den PT tauchen sie gar nicht auf.

Auf dem 6. Platz mit 6% stehen T's Schwierigkeiten mit der Nähe-Distanz-Problematik (Rt4). Diese werden von den L gar nicht erwähnt, liegen bei den MT mit 5% auf dem vierten Rang, bei den PT (20%) aber mit an erster Stelle; wiederum eine deutliche Unterscheidung von den beiden anderen Gruppen.

Ebenfalls 6% der Rater-Äußerungen waren nicht einzuordnen, bei den MT 10%, bei den L 5%.

Auffällig ist bei diesem Ergebnis, daß es keinerlei deutlich herausragende Prozentzahlen gibt. Man muß eher mosaikartig die verschiedenen Kategorien zusammenlegen, um ein Bild von den

Reaktionen T's auf P zu erhalten. Dann werden allerdings wesentliche Aspekte dieser Beziehung erkennbar:

Als erstes zeigt sich der innere Konflikt von T. Entweder ist er zu dominant und bewirkt bei P Beziehungsabbruch und Rückzug (Rt1) oder er ist zu wenig fordernd, aktiv anbietend, stützend usw. und überläßt P sich selbst (Rt2). Eine Lösung dieses Konfliktes sollte sich theoretisch im rechten Maß beider Handlungsweisen finden lassen, was P optimal entgegenkäme (Rt3).

Weiterhin zeigen sich die Beziehungsschwierigkeiten, die sich durch die Nähe-Distanz-Problematik ergeben (Rt4). Sie lassen sich im Grunde nicht von Rt1-3 trennen. Die Rateräußerungen bilden indirekt T's Konflikt ab, der bei ihm selbst zu einem Gefühl des "Gefesseltseins" führte oder dem Gedanken: "Was immer ich mache ist falsch". Indem eben nicht herausragende Ergebnisse, sondern eine gleichmäßige Verteilung in inhaltlich fast gleich große Kategorien geratet wurden, zeigt sich, daß sich kein gangbarer Weg, keine therapeutische Strategie deutlich herauskristallisiert. Die Hilflosigkeit von T und sein "Gefesseltsein" spiegeln sich darin deutlich wieder. Analog zu den von Hilflosigkeit und einem Gefühl des "Gefesseltseins" geprägten Gegenübertragungsgefühlen von T im Verlauf der Therapie mit P spiegelt sich somit auch in den Rateräußerungen das basale Beziehungsmuster zwischen P und T wieder.

7.2.2.2 Vergleich der Raterkategorien mit den Hypothesenkategorien

Ht1 bezog sich auf die als Fesselung durch P empfundene Gegenübertragung von T. Im Verlauf langer Jahre psychotherapeutischer Behandlung hatte sich herauskristallisiert, daß P durch projektive Identifikation im Therapeuten das auslöste, was ihm selbst lebensgeschichtlich widerfahren war: Der Therapeut fühlte sich nach einiger Zeit eingeengt, "gefesselt". In den Affektiven Spontan- und Konsultationsprotokollen kommt dieses deutlich zum Ausdruck. Nun gibt es keine Raterkategorie, die diese Situation für T beschreibt. Nur gelegentlich tauchen Äußerungen auf, die auch T als zu starr und gehemmt beschreiben. Auch die Forderung nach mehr Herausforderung und mehr Dynamik im Therapeutenverhalten könnte dahingehend gedeutet werden. Diese Rt2 des Schlußratings erreicht nur mit knapper Mehrheit Rang 1. Aber genau in jener knappen Mehrheit, in dem beschriebenen Phänomen der gleichmäßigen Verteilung der Rateräußerungen über die

widersprüchliche Frage nach "Handeln oder Nichthandeln" hinweg ergibt sich genau die innere Situation T's, welche ihn ebenso lähmt, einengt und "fesselt" wie andere Therapeuten vor ihm auch.

Ht2 nennt "Kränkung und Verärgerung" T's als Reaktion auf P's Verhalten. Dies wird nur gelegentlich von Ratern angegeben und bildet keine eigene Kategorie. Hierbei spielt sicher eine wesentliche Rolle, daß T in der Rolle des Therapeuten angesichts eines schwierigen Patienten in den ersten Sitzungen seine Gefühle bzw. seine Gegenübertragung stark kontrolliert, um P nicht zu verschrecken. Gelegentliche musikalische Unmutsäußerungen seitens T wie beispielsweise in Szene 1 werden von den Ratern eher als zu dominantes Therapeutenverhalten, denn als Ausdruck seiner Verärgerung interpretiert.

Die Nennung "Positiver Gefühle" (Ht3) seitens der Rater ist auf die Frage nach T's technischen Problemen in Frage 3 (II) kaum zu erwarten. Auch in den Fragen aus Teil I des Fragebogens bilden sich dazu keine Kategorien. Es wird eher das Therapeutenverhalten T's geratet, als T's Gefühle gegenüber P.

Insofern finden auch "Anstrengung und Stress" (Ht4), "Sich-abgelehnt-Fühlen" (Ht5) und "Resignation" (Ht6) als Reaktionen T's auf P keinen Widerhall in den Rateräußerungen.

Bei all diesen Hypothesen zeigte sich, daß für die Rater auch bei Fragen, die sich auf T bezogen, die Befindlichkeit von P deutlich im Zentrum der Aufmerksamkeit stand. Hier könnte wohl nur eine sehr viel deutlichere Fragestellung eine Verlagerung der Wahrnehmung bewirken.⁷⁶ In weiteren Forschungen ist dieses zu berücksichtigen.

⁷⁶ beispielsweise: "Was mag Person 1 (oder 2) in dieser Situation fühlen?" oder "Wie würden Sie sich an der Stelle von Person 1 (oder 2) in dieser Szene fühlen?"

8 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE DER DATENANALYTISCHEN UND INHALTSANALYTISCHEN AUSWERTUNGEN

1. In den freien Äußerungen nach Betrachtung aller 8 Szenen beschrieben 74% der Rater den Patienten mit Worten, die der Raterkategorie "Isolation, Schizoidität, Kontaktprobleme" zugeordnet wurden. Auf der Skala der standardisierten Fragen über die Szenen 1-5 ragt das Adjektiv "ABGEKAPSELT" am weitesten in den Bereich "trifft zu"; die Adjektive "EINLADEND", "OFFEN", "KONTAKTFREUDIG" tendieren dagegen stark in Richtung "trifft nicht zu". Im Rating für die Szenen 6-8 wandern die Eigenschaftswörter, welche die Pathologie des Patienten betreffen, alle in Richtung "trifft nicht zu", während die "positiven" Adjektive überwiegend als "zutreffend" angekreuzt werden.
2. Im standardisierten Rating zur Interaktion spiegelt sich in den Szenen 1-5 die schizoide Thematik in der Tendenz der Adjektive "NEBENEINANDER", "GETRENNT" und "ISOLIERT" in Richtung "trifft zu" und von "VERSCHMOLZEN", "EINIG" und "ZUSAMMENSCHWINGEND" in Richtung "trifft nicht zu". Die Beziehungsstörung als zentrales Problem des Patienten wurde von allen Ratern identifiziert. Beim Raten der Szenen 6-8 wurde P wieder wesentlich positiver beurteilt.
3. Im freien Schlußrating wurden an zweiter Stelle Äußerungen gemacht, die der Raterkategorie "Starre, Hemmung oder Unfähigkeit, Gefühle auszudrücken" zugeordnet wurden. In den Tabellen 3,5-7, welche die Ergebnisse der Eigenschaftswörterlisten für die Szenen 1-5 darstellen, sind entsprechende Adjektive wie "STARR", "ZAGHAFT" und "BEKLOMMEN" weit im Bereich "trifft zu", dagegen tendieren "BESCHWINGT" und "GELÖST" in Richtung "trifft nicht zu". Für die Szenen 6-8 ändert sich das Bild wieder in der oben beschriebenen Tendenz.
4. Auch P's Probleme mit "Selbstwertgefühl und Narzißmus" wurden von 46% der Rater benannt und in der Eigenschaftswörterliste als zutreffend geratet. Die "gehemmte Aggressivität" wird als solche vielfältig beschrieben (42% aller Rateräußerungen), wie auch seine "Bedrohung durch Nähe,

Angst vor Kontrollverlust" und seine "Depression" (beide mit 34%). Außer beim Thema "Aggression", deren Gehemmtheit nicht in der Eigenschaftswörterliste auftaucht, wird in den standardisierten Fragen entsprechend angekreuzt

5. Vergleicht man die Mittelwertkurven von Patient und Therapeut, so fällt auf, daß die Kurvenverläufe deutlich unterschiedlich breit gestreut sind: Die Kurve des Patienten bewegt sich in wesentlich engeren Grenzen.

Dies könnte bedeuten, daß sich die Ausdruckshemmung und der dadurch erzeugte innere Druck, welcher nur im Ritual der Fesselung als extremste Einengung gelöst werden kann, im Verhalten der Rater spiegelt: Sie kreuzen enger an als in diesem Fall beim Therapeuten und sind möglicherweise ebenso angesichts von P's Verhalten "gefesselt" wie die Therapeuten von P.

6. Insgesamt läßt sich feststellen, daß die Persönlichkeit und Problematik des Patienten von allen drei Ratergruppen adäquat erfaßt und beschrieben wurde, obwohl sie über die 8 Szenen (von je ca. 2 Minuten Dauer) mit ausschließlich musikalischen Dialogen hinaus keinerlei Informationen zu P erhalten hatten. Beim Raten der Szenen 6-8 wurde deutlich eine "Veränderung" des Patienten gewertet.
7. Die drei Ratergruppen Musiktherapeuten, Laien und Psychotherapeuten weisen kaum signifikante Unterschiede auf. Tendenziell differieren sie dahingehend, daß die Psychotherapeuten am stärksten die Pathologie des Patienten wahrnehmen und beschreiben, während die Laien noch am ehesten gesunde Züge beim Patienten finden. Die Musiktherapeuten liegen zwischen diesen beiden Gruppen: sie nehmen die Pathologie wahr und beschreiben sie auch stärker als die Laien, allerdings nennen sie mehr gesunde Züge als die Psychotherapeuten.

Sie tendieren also mehr zu einer Sicht des Patienten, die auch gesunde, kreative Seiten wahrnimmt und aktiv miteinbezieht. Erfahrungsgemäß neigen viele Musiktherapeuten zu den Theorien und dem Weltbild der humanistischen Psychologie, in denen ein pathologie- und diagnosezentrierter Ansatz durch eine mehr ganzheitlichen Sichtweise des Menschen ergänzt werden soll. Gesundheit wird dabei als Qualität für sich – und nicht nur als Abwesenheit von Krankheit definiert.

8. Die Musiktherapeuten sehen im freien Schlußrating die Schizoidität P's an erster Stelle (75%) wie auch die Psychotherapeuten (90%), beurteilen jedoch "Starre, Hemmung und Unfähigkeit, Gefühle zu äußern" – welches sicher ein sehr musiktherapeutisches Thema ist – (mit 60%) an zweiter, und das Thema "Aggression" (mit 45%) an dritter Stelle. Dies ist bei den Psychotherapeuten (mit jeweils 60% und 50%) genau umgekehrt. Den Psychotherapeuten sind weiterhin die Themen "Autonomie" und "Narzißmus" wichtig, den Musiktherapeuten eher "Depression". Beiden Ratergruppen ist die "Bedrohung durch Nähe, Angst vor Kontrollverlust" gleich wichtig. Für die Laien rangiert vor "Schizoidität" und "Starre" der "Narzißmus" an erster Stelle.

In den Kurvenverläufen der Ergebnisse der standardisierten Fragen bildet sich die oben beschriebene generelle Tendenz der frei verbalen Rateräußerungen gut erkennbar ab.

Noch einmal hervorzuheben ist bei allen Verschiedenheiten jedoch eine insgesamt ausgeprägte Übereinstimmung zwischen den drei Gruppen:

9. Dies wird in den Kurvenverläufen bei den standardisierten Fragen für die Szenen 1-5 deutlich sichtbar. Alle drei Kurven bewegen sich in den Tabellen angesichts der gesamten Skalenbreite jeweils nur wenig auseinander. Bei der Beurteilung des Therapeuten ist dies noch deutlicher als beim Patienten – hier liegen die drei Kurven über ganze Streckenteile regelrecht aufeinander. Hält man dennoch nach Tendenzen Ausschau, so findet man als Ausnahmen zwei ausgesprochen ambivalente Ratings der Musiktherapeuten, die T gleichzeitig als am wenigsten "KONTAKTFREUDIG" und "ABGEKAPSELT", sowie als am meisten "BESCHWINGT" und "BEKLOMMEN" einschätzen. Diese deutliche Ambivalenz läßt sich zu der inneren Ambivalenz T's gegenüber P innerhalb des Therapieprozesses in Beziehung setzen.
10. Auch hinsichtlich der Interaktion gibt es bei den Szenen 1-5 geringe Unterschiede zwischen den Gruppen. Tendenziell schätzen die Musiktherapeuten die Kommunikation von P und T positiver ein als die beiden anderen Gruppen, die hier mehr Berührungspunkte haben als sonst. Hier mag eine Sensibilisierung der Wahrnehmungsfähigkeit auf der musikalischen Interaktionsebene, welche die Musiktherapeuten aufgrund ihrer Ausbildung und Berufspraxis erworben haben, sich dergestalt auswirken, daß sie in diesem Fall "mehr" Kommunikation registrieren als die anderen und daher positiver ankreuzen. Die Psychotherapeuten – ihrer generellen Tendenz gemäß – raten

wieder mehr der Pathologie entsprechend die schizoiden Beschreibungen "NEBENEINANDER" und "GEGENLÄUFIG" bzw. weniger "VERSCHMOLZEN".

11. Die Ergebnisse für die Szenen 6-8 sollen hier nicht im einzelnen analysiert werden. Ihre Einschätzung ist hinsichtlich der Beurteilung von Patient, Therapeut und deren Interaktion deutlich in Richtung auf eine wesentlich positivere Einschätzung verändert. Die Gruppenunterschiede dagegen sind wieder sehr gering.

Wir wünschen uns sehr, daß eine aufgrund der Erfahrungen der vorliegenden Studie und ihrer kritischen Reflexion eine im Detail verbesserte Methode entwickelt und weiter angewendet wird. Sie erscheint uns als eine sinnvolle Möglichkeit, Forschungsdefizite in der Musiktherapie zu verringern.

Die Anwendung dieser Methode hat für die Musiktherapeuten zudem einen hohen Lerneffekt. Sie ist dadurch sehr für Aus- und Weiterbildungsarbeit geeignet. Wir haben erlebt, wie durch die sehr genaue Betrachtung der einzelnen Szenen im Hinblick auf klinische Relevanz die Schärfe, mit welcher die TherapeutIn den nonverbalen Bereich in der Therapie beobachtet, erweitert wird. Die Videotechnik ermöglicht es, bestimmte Szenen wiederholt anschauen zu können und dabei neue Details oder aber Zusammenhänge zu entdecken. Indem einzelne Phasen des Therapieprozesses mehrmals gemeinsam mit Kollegen betrachtet und reflektiert werden, wird die Deutlichkeit der unbewußten Inszenierungen auf der Symbolebene besonders intensiv nachvollzieh- und verstehbar.

9 LITERATURVERZEICHNIS

- Abs B (1989) Agieren und Mitagieren in der musiktherapeutischen Behandlung. Musiktherapeutische Umschau 10:33-49
- Alley J (1981) The effect of self-analysis of videotapes of selected competencies of music therapy majors. Journal of Music Therapy 17:113-132
- Alley J (1982) The effect of videotape analysis of selected competencies: an observation of simulated and clinical activities. Journal of Music Therapy 19:141-160
- Alvin J (1982) Regressionale Techniken in der Musiktherapie. Eine Fallgeschichte. Musiktherapeutische Umschau 3:111-118
- Alvin J (1988) Musik und Musiktherapie für behinderte und autistische Kinder. Fischer, Stuttgart
- Baitsch H (1988) Zur Lage der Forschung in der Musiktherapie. In: Hörmann G (Hrsg) Musiktherapie aus medizinischer Sicht. Hettgen, Münster, S 11-27
- Balck FB, Jantschek G, Maler T, Wilke E (1986) Veränderung und Meßbarkeit des improvisatorischen Spielausdrucks in der klinischen Musiktherapie. In: Lambrecht F (Hrsg) Spezialisierung und Integration in Psychosomatik und Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg, S 207-214
- Bänninger-Huber E, Moser U, Steiner F (1990) Mikroanalytische Untersuchung affektiver Regulierungsprozesse in Paar-Interaktionen. Z Klin Psychol 19:123-143
- Bastine R, Fiedler P, Kommer D (1989) Psychotherapeutische Prozeßforschung. und: Was ist therapeutisch an der Psychotherapie? Z Klin Psychol 18:1-22
- Beck G (1990) Die Mikrostruktur im Musiktherapie-Prozess. Musik-, Tanz- und Kunsttherapie 1:34-41
- Beimert R (1985) Musiktherapie in der Erziehungsberatung. Eine Einführung in die Musische Sozialtherapie. Fachbuchhandlung für Psychologie, Frankfurt am Main
- Bergin AE, Lambert MJ (1978) The evaluation of therapeutic outcomes. In: Garfield SL, Bergin AE (eds) Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Wiley, New York, pp 139-189
- Bergmann J (1981) Ethnomethodologische Konversationsanalyse. In: Schröder P, Steger H (Hrsg) Dialogforschung. Schumann, Düsseldorf, S 9-51
- Berliner Studiengruppe für Musiktherapie (Hrsg) (1985) Musiktherapeutische Ausbildung und Praxis. Express Edition, Berlin
- Blacking J (1973) How musical is man? @VERLAG, London Seattle
- Blanck G, Blanck R (1985) Angewandte Ich-Psychologie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Bolay H-V (1985) Musiktherapie als Hochschuldisziplin in der Bundesrepublik Deutschland. (Heidelberger Schriften zur Musiktherapie, Bd 1) Fischer, Stuttgart
- Boss M (1947) Sinn und Gehalt der sexuellen Perversion. Huber, Bern
- Brähler E (1976) Die automatische Analyse des Sprechverhaltens in psychoanalytischen Erstinterviews mit der Giessener Sprachanalyseanlage. Medizinische Dissertation, Ulm
- Brandenburg S (1988) Annäherung an Anna. Musiktherapie mit einem krebserkrankten, mehrfach behinderten Mädchen. Musiktherapeutische Umschau 9:297-312

- Bräutigam W (1978) Verbale und präverbale Methoden in der stationären Psychotherapie. *Z Psychosom med Psychol Psychoanal* 24:146-155
- Bright R (1984) Musiktherapie in der Altenhilfe. (Praxis der Musiktherapie, Bd 4) Fischer, Stuttgart
- Brom M (1983) Übertragung in der Kreativen Therapie. *Musiktherapeutische Umschau* 4:3-9
- Brown G, Yule G (1983) *Discourse Analysis*. Cambridge Univ Press, Cambridge
- Brunekreeft A (1986) Diagnostik in der Musiktherapie – Versuch einer Morphologie. Abschlußarbeit, Lehrgang für Musiktherapie der Hochschule für Musik und Darstellende Kunst Wien
- Burger C (1990) Interaktion in der Psychotherapie. Mehrebenenanalytische Untersuchung an verbalen und nonverbalen Indikatoren. Diplomarbeit, Konstanz
- Buzasi N (1982) Beschreibung und Auswertung einer Kurztherapie. *Musiktherapeutische Umschau* 3:29-48
- Büchler C (1987) Musik und ihre Psychologien. Fachbuchhandlung für Psychologie, Eschborn
- Büchler C (1987) Musik und ihre Psychologien. Fachbuchhandlung für Psychologie, Eschborn
- Caine TM, Wijesinghe B, Winter DA (1983) Personal styles in neurosis. Implications for small group psychotherapy and behavior therapy. Routledge, London
- Conreau G (1974) Einführung in die Psychotherapie. Kindler, München
- Crowe B (1985) Einzelmusiktherapie mit einem verhaltensgestörten Jungen. *Musiktherapeutische Umschau* 6:313-315
- Czogalik D (1989) Psychotherapie als Prozess. Mehrebenenanalytische Untersuchungen zu Struktur und Verlauf psychotherapeutischer Interaktionen. Habilitationsschrift, Ulm
- Czogalik D, Hettinger R (1989) Stochastische Modelle in der Psychotherapie-Prozeßforschung (Nr. 6). Forschungsstelle für Psychotherapie, Stuttgart
- Dahmer H (1983) Die eingeschüchterte Psychoanalyse. Aufgabe eines psychoanalytischen Forschungsinstitutes heute. In: Lohmann H-M (Hrsg) *Das Unbehagen in der Psychoanalyse. Eine Streitschrift*. Qumran, Frankfurt am Main Paris, S 24-39
- Decker-Voigt H-H (1975) Therapie und Erziehung durch Musik. Eres, Bremen
- Decker-Voigt H-H (Hrsg) (1983) *Handbuch Musiktherapie. Funktionsfelder, Verfahren und ihre interdisziplinäre Verflechtung*. Eres, Bremen
- Decker-Voigt H-H (Hrsg) (1992) *Spiegel der Seele. Traum, Imagination und künstlerisches Tun*. Trialog, Bremen
- Dickerson J (1982) Ego functions and their relevance for a conceptual approach to musictherapy. *Pratt Institute Creative Arts Therapy Review* 2:52-59
- Dittmann AT, Stein SN, Shakov D (1966) Sound motion picture facilities for research in communication. In: Gottschalk AE, Auerbach AH (ed) *Methods of Research in Psychotherapy*. Appleton-Century Crofts, New York, pp 25-34
- Dittmann AT, Wynne L (1961) Linguistic techniques and the analysis of emotionality in interviews. *J abn soc Psych* 63:201-204
- Dixon WJ, Brown MB, Engelman L, Jennrich RI (1990) *BMPD Statistical Software Manual*. Univ California Press, Berkeley Los Angeles Oxford
- Dowrik PW, Biggs SJ (eds) (1983) *Using video: psychological and social applications*. Wiley, London
- Eggebrecht R (1985) Sprachmelodische und musikalische Forschungen im Kulturvergleich. Dissertation, Max-Planck-Institut für Verhaltensphysiologie, München

- Ekman P, Friessen WV (1969) A tool for the analysis of motion picture film or video tape. *Am Psychol* 24:240-243
- Ekstein R, Wallerstein RS (1972) *The teaching and learning of psychotherapy*. Int Univ Press, New York
- Ellgring JH (1983) *Nonverbale Kommunikation im Verlauf der Depression*. Habilitationsschrift, Philosophische Fakultät der Universität München
- Ellgring JH (1989) *Nonverbal Behavior in Depression*. Cambridge Univ Press, Cambridge
- Ellgring JH, Clarke AH (1978) Verlaufsbeobachtungen anhand standartisierter Videoaufzeichnungen bei depressiven Patienten. In: Helmchen H, Rentordt E (Hrsg) *Fernsehen in der Psychiatrie*. Thieme, Stuttgart, S 68-77
- Enke H (1981) *Der wissenschaftliche Umgang mit neuen oder neubenannten Psychotherapieverfahren*. Eröffnungsvortrag zur 2. Woche der Psychotherapiewochen. Sonderdruck, Lindau
- Erikson F, Shultz JY (1982) *The counselor as gatekeeper*. New York
- Erlach A (1988) Vom Klang zum Wort. Interventionsmöglichkeiten beim psychotischen Rückzug. *Musiktherapeutische Umschau* 9:174-179
- Eschen JT (1980) Zur Praxis der Einzelmusiktherapie. *Musiktherapeutische Umschau* 2:141-151
- Eschen JT (1983) Zur Theorie der Musiktherapie. *Musiktherapeutische Umschau* 4:291-295
- Ey H (1967) *Das Bewußtsein*. de Gruyter, Berlin
- Fiedler P, Rogge K-E (1989) Zur Prozeßuntersuchung psychotherapeutischer Episoden. *Z Klin Psychol* 17:45-54
- Finkel K (Hrsg) (1979) *Handbuch Musik- und Sozialpädagogik*. Bosse, Regensburg
- Flader D (Hrsg) (1991) *Verbale Interaktion*. Studien zur Empirie und Methodologie der Pragmatik. Metzler, Stuttgart
- Formann-Radl I (1980) Musiktherapie im Rahmen eines verhaltenstherapeutischen Gesamtherapiekonzeptes. Untersuchende Studie in Form eines Vergleiches zwischen Alkoholkranken mit neurotischer Persönlichkeitsstruktur und Patienten mit Verhaltensstörungen. *Z Psychosom Med Psychoanal* 26:282-295
- Fraisse P (1966) Zeitwahrnehmung und Zeitschätzung. In: Metzger W, Bergius R (Hrsg) *Handbuch der Psychologie*. Hogrefe, Göttingen, S 656-690
- Franzke E (1989) *Der Mensch und sein Gestaltungserleben*. Psychotherapeutische Nutzung kreativer Arbeitsweisen. (3. Aufl.). Huber, Bern Stuttgart Toronto
- Garfield SL, Bergin AE (eds) (1986) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley and Sons, New York
- Gaston ET (ed) (1968) *Music and Therapy*. Macmillan Company, New York
- Gathmann P, Brunekreeft A, Wiedemann F, Schmölz A (1988) Kann musiktherapeutische Kommunikation "gemessen" und nachvollziehbar gemacht werden? Zum Problem der Analyse, Codierung und Metaanalyse musiktherapeutischer Kommunikation bei psychosomatisch Erkrankten. *Musiktherapeutische Umschau* 9:199-213
- Geck M (1973) *Musiktherapie als Problem der Gesellschaft*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Geissler M (1986) Musiktherapeutische Arbeit mit einem epileptischen Kind. *Musiktherapeutische Umschau* 7:131-139
- Gembris H (1987) Forschungsprobleme der Musiktherapie am Beispiel des Themas "Musik und Entspannung". *Musiktherapeutische Umschau* 8:300-309

- Gemoll W (1965) Griechisch-Deutsches Schul- und Handwörterbuch. Freytag, München Wien
- Gottschalk LA, Auerbach AH (eds) (1966) *Methods of Research in Psychotherapy*. Appleton-Century-Crofts, New York
- Grawe K (1988) Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung. *Z Klin Psychol* 17:4-5
- Grawe K (1990) Psychotherapien im Vergleich: Haben wirklich alle einen Preis verdient? *Psychother Psychosom med Psychol* 40:102-114
- Greenfield D (1978) Evaluation of music therapy practicum competencies: Comparison of self- and instructor-ratings of videotapes. *Journal of Music Therapy* 15:15-20
- Gumperz JJ (1982) *Discourse Strategies*. Cambridge Univ Press, Cambridge
- Gustorf D, Neugebauer L (1988) Ein Lied, ein Lied für Bahmann. *Musiktherapeutische Umschau* 9:79-88
- Haardt A, Klemm H (1982) *Musiktherapie. Selbsterfahrung durch Musik*. Heinrichshofen, Wilhelmshaven
- Haas J (1983) *Musiktherapie bei psychischen Störungen*. Fischer, Stuttgart
- Habermas J (1968) *Erkenntnis und Interesse*. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Hansen SB, Furman CE (1980) The effect of videotape-based feedback vs. field-based feedback on the development of applied skills. *Journal of Music Therapy* 17:103-112
- Hegi F (1986) *Freie Improvisation und Musiktherapie. Möglichkeiten und Wirkung freier Musik*. Jungfermann, Paderborn
- Heimann P (1950) On countertransference. *Int J Psychoanal* 31:81-84
- Heimann P (1964) Bemerkungen zur Gegenübertragung. *Psyche* 18:483-493
- Heimann P (1978) Über die Notwendigkeit für den Analytiker mit seinen Patienten natürlich zu sein. In: Drews S et al (Hrsg) *Provokation und Toleranz. Alexander Mitscherlich zu Ehren. Festschrift für Alexander Mitscherlich zum 70. Geburtstag*. Suhrkamp, Frankfurt am Main, S 215-230
- Henninger M (1991) *Das autistische Syndrom unter dem Aspekt der Wahrnehmung*. Diplomarbeit, Fachhochschule Heidelberg
- Herrlen-Pelzer S, Sponholz G, Baitsch H (Hrsg) (1991) *Musik in Prävention und Therapie*. Armin Vaas, Langenau
- Hesse H-P (1974) Musikpsychologische Grundlagenforschung und Musiktherapie. In: Revers WJ et al (Hrsg) *Neue Wege der Musiktherapie*. Econ, Düsseldorf Wien, S 163-170
- Höffer L (1982) Tommi Tulpe, 9 Jahre. *Musiktherapeutische Umschau* 3:221-229
- Hoffmann EH (1987) Wie sich Seelisches in Szene setzt. *Musiktherapeutische Umschau* 8:225-241
- Hörmann G (Hrsg) (1988) *Musiktherapie aus medizinischer Sicht*. Hettgen, Münster
- Hörmann G (1989) *Handlungsaktivierende Musiktherapie*. Paroli, Münster
- Jacob P jr. (1981) Application: The San Francisco Projekt – The analyst at work. In: Wallerstein RS (ed) *Becoming a psychoanalyst. A study of psychoanalytic supervision*. Int Univ Press, New York, pp 191-210
- Jacoby H (1980) *Jenseits von "Begabt" und "Unbegabt"*. Christians, Hamburg
- Janke W, Debus G (1978) *Die Eigenschaftswörterliste (EWL)*. Hogrefe, Göttingen Toronto Zürich

- Janssen P (1982) Psychoanalytisch orientierte Mal- und Musiktherapie im Rahmen stationärer Psychotherapie. *Psyche* 36:541-570
- Jensen HS (1981) Musiktherapie als akademische Disziplin. *Musiktherapeutische Umschau* 2:29-37
- Jensen HS (1982) Musiktherapie und Positivismus. *Musiktherapeutische Umschau* 3:161-167
- Jung CG (1974) Zur gegenwärtigen Lage der Psychotherapie. (Gesammelte Werke, Bd X) Walter, Olten
- Kächele H (1981) Zur Bedeutung der Krankengeschichte in der klinisch-psychoanalytischen Forschung. *Jb Psychoanal* 12:118-178
- Kächele H (1988) Spezifische und unspezifische Wirkfaktoren in der Psychotherapie. *Psychother Psychosom* 33:1-11
- Kächele H (1989) Music therapy as a target of psychotherapy research – introduction to the workshop on single case research in music therapy. Paper presented at the 3rd European Conference on Psychotherapy Research. Bern
- Kächele H, Kühn H, Grünzig H-J, Ohlmeier D (1975) Zur Fremdbeurteilung des psychoanalytischen Gruppenprozesses. Eine exploratorische Studie anhand von Videoaufzeichnungen. *Gruppenpsychother Gruppensystem* 9:285-306
- Karkoschka E (1966) Das Schriftbild der Neuen Musik. Hermann Moeck, Celle
- Kernberg O (1978, 1975) Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Klüwer R (1983) Agieren und Mitagieren. *Psyche* 37:828-840
- Kohler C (Hrsg) (1971) Musiktherapie. Theorie und Methodik. Fischer, Jena
- Kohut H (1973, 1971) Narzißmus. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Krause R, Lütolf P (1988) Facial indicators of transference processes within psychoanalytic treatment. In: Dahl H, Kächele H, Thomä H (ed) *Psychoanalytic process research strategies*. Springer, Berlin Heidelberg New York London Paris Tokyo, S 241-256
- Krause R, Lütolf P (1989) Mimische Indikatoren von Übertragungsvorgängen. Erste Untersuchungen. *Z Klin Psychol* 18:55-67
- Kremer JW (1982) Plädoyer in einer Debatte um einen Gesundheitsbegriff. *Musiktherapeutische Umschau* 3:21-28
- Kriz J, Lisch R (1988) *Methoden-Lexikon*. Psychologie Verlags Union, München Weinheim
- Krügel-Zeul M (1983) Gegenübertragung – ein Stiefkind der Psychoanalyse. In: Lohmann H-M (Hrsg) *Das Unbehagen in der Psychoanalyse*. Eine Streitschrift. Qumran, Frankfurt am Main Paris, S 71-85
- Kümmel WF (1977) *Musik und Medizin. Ihre Wechselbeziehungen in Theorie und Praxis von 800 bis 1800*. Alber, Freiburg München
- Lambrecht F (1986) *Spezialisierung und Integration in Psychosomatik und Psychotherapie*. Springer, Berlin Heidelberg
- Langenberg M (1983) Grenzenlosigkeit als Verführung. *Musiktherapeutische Umschau* 4:117-134
- Langenberg M (1988) *Vom Handeln zum Be-Handeln*. (Heidelberger Schriften zur Musiktherapie, Bd 3) Fischer, Stuttgart New York
- Langer S (1965) *Philosophie auf neuem Wege. Das Symbol im Denken, im Ritus und in der Kunst*. Suhrkamp, Frankfurt am Main

- Lee PY, Uhlemann MR, Haase RF (1985) Counselor verbal and nonverbal responses and perceived expertness, trustworthiness and attractiveness. *J Couns Psych* 2:181-187
- Lehr G (1980) Vermittlung von Emotionen durch musikalische Improvisation. *Musiktherapeutische Umschau* 1:287-299
- Lepping M (1987) Tonfolgenverarbeitung in Rechenautomaten. *ZfMP* 12:59-65
- Linke N (1977) Heilung durch Musik? Didaktische Handreichungen zur Musiktherapie. Heinrichshofen, Wilhelmshaven
- Linke N (1985) Systematik der Musikpsychologie. In: Bruhn H, Oerter R, Rösing H (Hrsg) *Musikpsychologie*. Urban Schwarzenberg, München, S 435-442
- Lohmann H-M (Hrsg) (1983) *Das Unbehagen in der Psychoanalyse*. Eine Streitschrift. Qumran, Frankfurt am Main Paris
- Loos G (1980a) Kurztherapie bei einer psychosomatischen Patientin. *Musiktherapeutische Umschau* 1:57-70
- Loos G (1980b) Ausschnitte aus Fallberichten zum Thema Wendepunkte. *Musiktherapeutische Umschau* 1:219-222, 301-304
- Loos G (1986) Spiel-Räume. Musiktherapie mit einer Magersüchtigen und anderen frühgestörten Patienten. (Praxis der Musiktherapie, Bd 7) Fischer, Stuttgart
- Lorz A (1984) Fallstudien in der Musiktherapeutischen Umschau. *Musiktherapeutische Umschau* 5:95-113
- Lorz A (1989) Extreme Polaritäten – Integrierende Mitte. Musiktherapie mit Barbara, einer eßgestörten Patientin. *Musiktherapeutische Umschau* 10:223-233
- Luban-Plozza B, Delli PM, Dickhaut HH (1988) *Musik und Psyche. Hören mit der Seele*. Birkhäuser, Basel Boston Berlin
- Luborsky L, Kächele H (1988) *Der Zentrale Beziehungskonflikt*. PSZ-Verlag, Ulm
- Luborsky L, McLellan AT, Woody GE, O'Brien CP, Auerbach A (1985) Therapist success and its determinants. *Arch Gen Psych* 32:602-611
- Luborsky L, Spence DP (1978) Quantitative Research on Psychoanalytic Therapy. In: Garfield SL, Bergin AE (eds) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: an Empirical Analysis*. Wiley, New York, pp 331-368
- Maler T (1977) Musik und Ekstase in einer ostafrikanischen Medizinmannpraxis. In: Willms H (Hrsg) *Musik und Entspannung*. Fischer, Stuttgart, S 29-45
- Marsden M (1971) Content-analytic studies in psychotherapy. In: Garfield SL, Bergin AE (eds) *Handbook of Psychotherapy and behavior change*. Wiley, New York, pp 345-407
- Maxwell GM, Pringle JK (1983) The analysis of video records. In: Dowrik PW, Biggs SJ (eds) *Using video: psychological and social applications*. Wiley, Chichester, pp 33-45
- Mayr S (1975) Musiktherapie und Gruppendynamik als Grundlage der Kommunikationstherapie. In: Decker-Voigt H-H (Hrsg) *Texte zur Musiktherapie. (Therapie und Erziehung durch Musik, Bd 1)* Eres, Bremen, S 5-15
- Meder H (1983) Supervision für Musiktherapeuten. In: Decker-Voigt H-H (Hrsg) *Handbuch Musiktherapie. Funktionsfelder, Verfahren und ihre interdisziplinäre Verflechtung*. Eres, Bremen, S 279-281
- Mendes B, Lia R (1983) Die musiktherapeutischen Behandlung von Amusie bei einer Patientin mit musikalischer Vorbildung. *Musiktherapeutische Umschau* 4:205-212
- Mengedoth T (1988) Begegnung mit Karin. *Musiktherapeutische Umschau* 9:89-99

- Mergenthaler E (1986) Die Ulmer Textbank – Entwurf und Realisierung eines Textbankverwaltungssystems als Beitrag der Angewandten Informatik zur Forschung in der Psychoanalyse. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo
- Merten K (1983) Inhaltsanalyse. Einführung in Theorie, Methode und Praxis. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Meyberg W (1987) Conga-Controversen. Kommunikationsförderung durch Trommeln und Bewegung. Musiktherapeutische Umschau 8:133-141
- Meyer A-E (1990) Kommunale Faktoren in der Psychotherapie als Erklärung für nicht grob unterschiedliche Ergebnisse – Ein Mythos mehr in der Psychotherapieforschung? Psychother Psychosom med Psychol 40:152-157
- Michel DE (1976) Music Therapy. An introduction to therapy and special education through music. Charles C. Thomas, Springfield/Illinois USA
- Möller H-J (1972) Tendenzen und Probleme der gegenwärtigen Musiktherapie. Z Psychother med Psychol 22:140-149
- Möller H-J (1974) Psychotherapeutische Aspekte in der Musikanschauung der Jahrhunderte. In: Revers WJ et al (Hrsg) Neue Wege der Musiktherapie. Econ, Düsseldorf Wien, S 53-160
- Moreno JJ (1987) Der Musiktherapeut als moderner Schamane. Ganzheitliche Welttraditionen bei Heilbehandlungen (mit musikalischen Elementen). Musiktherapeutische Umschau 8:108-123
- Moreno JJ (1988) Multicultural music therapy: the world of music connection. Journal of Music Therapy 15:17-27
- Moser T (1989) Körpertherapeutische Phantasien. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Moser U (1989) On-Line und Off-Line, Praxis und Forschung, eine Bilanz (24). Psychologisches Institut der Universität Zürich
- Munro S (1986) Musiktherapie bei Sterbenden. (Praxis der Musiktherapie, Bd 5) Fischer, Stuttgart
- Neudert-Dreyer E (1987) Das Leiden des Patienten und Aspekte seiner Bewältigung als Variablen im psychoanalytischen Prozeß. Eine Einzelfallstudie. Dissertation, Universität Ulm
- Neugebauer L, Gustorf D, Mathiessen P, Aldridge D (1989) Künstlerin an der eigenen Biographie. Musiktherapie mit Silvia. Musiktherapeutische Umschau 10:234-242
- Nicholas M, Boyle ME (1983) An annotated bibliography of single case experimental research in music therapy. Journal of Music Therapy 20:156-163
- Nicholas M, Gilbert J (1981) Research in music therapy: a survey of music therapists attitudes and knowledge. Journal of Music Therapy 17:207-213
- Niedecken D (1981) Musiktherapie mit einem verwahrlosten Jugendlichen. Musiktherapeutische Umschau 2:39-51
- Niedecken D (1988) Einsätze. Material und Beziehungsfigur im musikalischen Produzieren. VSA, Hamburg
- Nissen TP (1983) Musiktherapie. Ihre Ursprünge und moderne Formen. Fortschr Med 101:972-978
- Nitzschke B (1984) Frühe Formen des Dialogs. Musiktherapeutische Umschau 5:167-187
- Nordoff P, Robbins C, Franknoi J, Ruttenberg B (1980) Rating-Skalen für Improvisatorische Einzel-Musiktherapie. Musiktherapeutische Umschau 1:185-202

- Oerter U (1991) Hintergrund, Beschreibung und Vergleich zweier Arten musiktherapeutischer Improvisation. Diplomarbeit, Fachhochschule Heidelberg
- Orff G (1982) Der Wert des akustischen Phänomens und des prämelodischen Spiels in der Entwicklung eines blinden Mädchens. *Musiktherapeutische Umschau* 3:283-293
- Orff G (1984) Schlüsselbegriffe der Orff-Musiktherapie. Beltz, Weinheim Basel
- Ostertag J (1985) Der "Wilde Mann" und die "Sanfte Weise". Musiktherapie mit einem schizophrenen Patienten. *Musiktherapeutische Umschau* 6:223-241
- Palmowski W (1983) Die empirische Überprüfbarkeit der Musiktherapie. In: Decker-Voigt H-H (Hrsg) *Handbuch Musiktherapie. Funktionsfelder, Verfahren und ihre interdisziplinäre Verflechtung*. Eres, Bremen, S 227-229
- Papousek H, Papousek M (1988) Musikalität am Anfang des Lebens. *Üben und Musizieren* 5:25 – 30
- Papousek M (1981) Die Bedeutung musikalischer Elemente in der frühen Kommunikation zwischen Eltern und Kind. *Sozialpädiatrie in Praxis und Klinik* 3:468-473
- Petersen P (1987) Der Therapeut als Künstler. Ein integrales Konzept von Psychotherapie und Kunsttherapie. Jungfermann, Paderborn
- Petzold H (Hrsg) (1987) Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. Jungfermann, Paderborn
- Pfeiffer H, Timmermann T, Wolf B, Bender W, Fichter M (1986) Gruppentherapie bei Süchtigen mit musiktherapeutischen Elementen. *Gruppenpsychother Gruppensystem* 21:236-247
- Pousseur H (1959) Theorie und Praxis in der neuesten Musik. *Darmstädter Beiträge zur Neuen Musik* 1959:15-29
- Priestley M (1980) Analytische Musiktherapie und musikalischer Respons. *Musiktherapeutische Umschau* 1:21-36
- Priestley M (1982) *Musiktherapeutische Erfahrungen. (Praxis der Musiktherapie, Bd 1)* Fischer, Stuttgart
- Priestley M (1983) *Analytische Musiktherapie*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Racker H (1978) *Übertragung und Gegenübertragung*. Reinhardt, München Basel
- Reinhardt A, Röhrborn H, Schwabe C (1986) Regulative Musiktherapie bei depressiven Erkrankungen. *Psych Neurol med Psychol* 38:547-553
- Rett A, Grasemann F, Wesecky A (1981) *Musiktherapie für Behinderte*. Huber, Bern Stuttgart Wien
- Revers WJ, Harrer G, Simon WCM (1974) *Neue Wege der Musiktherapie*. Econ, Düsseldorf Wien
- Rice LN, Greenberg LS (eds) (1984a) *Pattern of change. Intensive analysis of psychotherapy process*. Guilford Press, New York
- Rice LN, Greenberg LS (1984b) The new research paradigm. In: Rice LN, Greenberg LS (eds) *Pattern of change*. Guilford Press, New York, S 7-26
- Rice LN, Kerr GP (1986) Measures of client voice quality. In: Greenberg LS, Pinsof WM (eds) *The psychotherapeutic process*. Guilford Press, New York, S 73-107
- Rice LN, Wagstaff AK (1967) Client voice quality and expressive style as indexes of productive psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 31:557-563
- Richter M (1977) *Aktive Musiktherapie in Gruppen*. Bonz, Stuttgart

- Sacks HY, Schegloff E, Jefferson G (1974) A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language & Speech* 50:696-735
- Sandler J (1976) Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme. *Psyche* 30:297-305
- Schäfer GE (1986) Spiel, Spielraum und Verständigung. Untersuchungen zur Entwicklung von Spiel und Phantasie im Kindes- und Jugendalter. Juventa, Weinheim München
- Schefflen AE (1966) Natural History Method in Psychotherapy: Communicational Research. In: Gottschalk LA, Auerbach AH (eds) *Methods of Research in Psychotherapy*. Appleton-Century Crofts, New York, S 263-289
- Schefflen AE (1973) *Communicational structure: Analysis of a psychotherapy transaction*. Indiana University Press, Bloomington
- Scherer KR, Wallbott HG (Hrsg) (1984) *Non-verbale Kommunikation. Forschungsberichte zum Interaktionsverhalten*. Beltz, Weinheim
- Scheytt N, Janssen PL (1986) Kommunikative Musiktherapie in der stationären analytischen Psychotherapie. In: Lamprecht F (Hrsg) *Spezialisierung und Integration in Psychosomatik und Psychotherapie*. Springer, Berlin Heidelberg, S 203-206
- Scheytt-Hölzer N (in Vorb.) Die Rolle der Verbalisierung in der Musiktherapie. (in Vorbereitung)
- Schirmer H (1986) Die Beschreibung von Musik. *Musiktherapeutische Umschau* 7:125-130
- Schmidt G (1982) Musiktherapie mit einem zwanghaften Patienten. *Musiktherapeutische Umschau* 3:119-130
- Schmölz A (1971) Zur Methode der Einzelmusiktherapie. In: Kohler C (Hrsg) *Musiktherapie. Theorie und Methodik*. Fischer, Jena, S 83-88
- Schmölz A (1983) Einzelmusiktherapie (aktiv/rezeptiv). In: Decker-Voigt H-H (Hrsg) *Handbuch Musiktherapie. Funktionsfelder, Verfahren und ihre interdisziplinäre Verflechtung*. Eres, Bremen, S 55-57
- Schmölz A (1986) Die Wiener Schule der Musiktherapie. Lehr- und Forschungstätigkeit des Lehrganges für Musiktherapie. "Blätter" der Wiener Musikhochschule 2/2, Juni 1986
- Schmölz A (1987) Die Wiener Schule der Musiktherapie. Lehr- und Forschungstätigkeit des Lehrganges für Musiktherapie. *Musiktherapeutische Umschau* 8:242-258
- Schmölz A (1987) Musiktherapie bei psychosomatischen Erkrankungen. In: Spintge R, Droh R (Hrsg) *Musik in der Medizin*. Springer, Berlin, S 303-309
- Schmölz A (1989) Entfremdung – Auseinandersetzung – Dialog. Zur Komplexität des musiktherapeutischen Beziehungsgeschehens. *Mitteilungsblatt der internationalen Gesellschaft für Kunst, Gestaltung und Therapie* 8:1-15
- Schubert G (1982) Klänge und Farben. (Praxis der Musiktherapie, Bd 2) Fischer, Stuttgart
- Schwabe C (1978) Einige Aspekte zu einem kommunikationstheoretischen Ansatz musiktherapeutischer Prozeßvariablen. *Psychiat Neurol med Psychol* 30:359-364
- Schwabe C (1979) *Regulative Musiktherapie*. Fischer, Stuttgart New York
- Schwabe C (1983) *Aktive Musiktherapie für erwachsene Patienten*. Fischer, Stuttgart
- Schwabe C (1985) *Methodik der Musiktherapie und deren theoretische Grundlagen*. Barth, Leipzig
- Schwabe C (1986) *Regulative Musiktherapie*. Barth, Leipzig
- Sektion StudentInnen in der Deutschen Gesellschaft für Musiktherapie e.V. (Hrsg) (1991) *Alternativer Studienführer Musiktherapie*. Selbstverlag, Heidelberg

- Spintge R (1988) Musik und Medizin – Biologie und Therapie. In: Hörmann G (Hrsg) Musiktherapie aus medizinischer Sicht. Hettgen, Münster, S 135-183
- Spintge R, Droh R (Hrsg) (1985) Musik in der Medizin. Springer, Berlin
- Steimer-Krause E, Krause R, Wagner G (1990) Prozesse der Interaktionsregulierung bei schizophrenen und psychosomatisch erkrankten Patienten. *Z Klin Psychol* 19:32-49
- Steinberg R (1987) Musikpsychopathologie. Musikalischer Ausdruck und psychische Krankheit. In: Behne E, Motte-Haber H de la (Hrsg) Musikpsychologie. (Jahrbuch der Deutschen Gesellschaft für Musikpsychologie, Bd 4) Florian Noetzel, Wilhelmshaven, S 29-49
- Sterba RF (1929) Zur Dynamik der Bewältigung des Übertragungswiderstandes. *Int Z Psychoanal* 15:456-470
- Stern DN (1979) Mutter und Kind, die erste Beziehung. Klett-Cotta, Stuttgart
- Stern DN (1985) The interpersonal world of the infant. Basic Books, New York
- Stiles WB, Shapiro DA (1986) Are all psychotherapies equivalent? *Am Psychol* 41:165-180
- Stockhausen KH (1960) Musik und Graphik. Darmstädter Beiträge zur Neuen Musik 1960:5-25
- Strauss C (1985) Kausale Musiktherapie. Heinrichshofen, Wilhelmshaven
- Streich H (1984) Märchen aus Träumen mit musikalischen Inhalten. *Musiktherapeutische Umschau* 5:25-38
- Streich H (1986) Musiktherapie und Tiefenpsychologie in einer Privatpraxis. *Musiktherapeutische Umschau* 7:181-186
- Strobel W (1985) Musiktherapie mit schizophrenen Patienten. *Musiktherapeutische Umschau* 6:177-208
- Strobel W, Huppmann G (1978) Musiktherapie. Grundlagen, Formen, Möglichkeiten. Hogrefe, Göttingen Toronto Zürich
- Strobel W, Loos G, Timmermann T (1988) Die musiktherapeutische Balint-Gruppenarbeit. *Musiktherapeutische Umschau* 9:267-283
- Strupp HH (1960) Psychotherapists in action. Explorations of the therapists contribution to the treatment process. Grune, New York
- Strupp HH (1987) Eine Theorie ist ein Mythos. Über die Psychotherapie in Praxis und Forschung. *Uni Ulm intern* 133:11-12
- Strupp HH, Hadley SW (1979) Specific versus nonspecific factors in psychotherapy: a controlled study of outcome. *Arch Gen Psych* 36:1125-1136
- Suppan W (1984) Der musizierende Mensch. Eine Anthropologie der Musik. Schott, Mainz
- Szeceödy I, Kächele H, Ehlers W, Dreyer K (1991) Supervision – an intricate tool for psychoanalytic training. *Z psychoanal Theorie und Praxis* (im Druck)
- Tarr-Krüger I (1990) Bulemie und Widerstand. Ein musiktherapeutisch orientierter Ansatz. Roland Asanger, Heidelberg
- Thomä H, Grünzig HJ, Böckenförde H, Kächele H (1976) Das Konsensusproblem in der Psychoanalyse. *Psyche* 30:978-1027
- Thomä H, Kächele H (1985) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd 1: Grundlagen. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Thomä H, Kächele H (1988) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd 2: Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Paris London Tokyo

- Timmermann T (1983) Musiktherapie mit einem suchtkranken Rockmusiker. Musiktherapeutische Umschau 4:39-50
- Timmermann T (1987) Musik als Weg. Pan, Zürich
- Timmermann T (1989) Die Musen der Musik. Kreuz, Stuttgart Zürich
- Timmermann T (1990) Der musikalische Dialog – Beziehungsmuster im Spiegel bedeutsamer Momente im Therapieprozess. Dissertation, Universität Ulm
- Timmermann T, Scheytt-Hölzer N, Bauer S, Kächele H (1991) Musiktherapeutische Prozeßforschung – Entwicklung und Aufbau eines Forschungsfeldes. Psychother Psychosom med Psychol 41:385-391
- Tischler B (1983) Ist Musiktherapie wissenschaftlich begründbar? Musiktherapeutische Umschau 4:95-104
- Tress W (1983) Psychotherapeutische Verläufe. Drei Therapieverfahren phobischer Syndrome im gruppenstatistischen Vergleich. Enke, Stuttgart
- Trout DH, Rosenfeld HM (1980) The effect of postural lean and body congruence on the judgement of psychotherapeutic rapport. J Nonverbal Beh 3:176-190
- Tschuschke V, Czogalik D (1990) Psychotherapie – welche Effekte verändern? Springer, Berlin
- Tüpker R (1988) Ich singe, was ich nicht sagen kann. Bosse, Regensburg
- Tüpker, R (1992) Zur Bedeutung künstlerischer Formenbildung in der Musiktherapie. In: Decker-Voigt H-H (Hrsg.) Aus der Seele gespielt. Eine Einführung in die Musiktherapie. Trialog, Bremen, S 121-142
- Vanger P (1984) Variations in the interactive behavior of depressives. Thesis, University of London
- Vanger P, Summerfield AB, Rosen B, Watson JP (1990) Verbal and nonverbal feedback activity of depressives in dyadic interaction. PPM-P-Disk Journal 1:1
- Vinci AC (1988) Die Notenschrift. Grundlagen der traditionellen Musiknotation. Bärenreiter, Kassel Basel
- Vogt-Schäfer K (1991) Indikation in der Psychiatrie am Beispiel einer Berliner Klinik. Musiktherapeutische Umschau 12:185-191
- Weber C (1991) Musiktherapie als therapeutische Möglichkeit beim autistischen Syndrom. Diplomarbeit, Münster
- Weber T (1981) Musiktherapie mit einem stotternden Jungen. Musiktherapeutische Umschau 2:229-234
- Wheeler B (1981) The relationship between music therapy and theories of psychotherapy. Music Therapy 1:9-16
- Wiedemann F (1987) Subjektivität und Objektivität in der Beurteilung musiktherapeutischer Aktivität – dargestellt am Beispiel einer Vergleichsstudie. Abschlußarbeit, Lehrgang Musiktherapie an der Hochschule für Musik und Darstellende Kunst Wien
- Willms H (1975) Musiktherapie bei psychotischen Erkrankungen. Fischer, Stuttgart
- Willms H (1977) Musik und Entspannung. Fischer, Stuttgart
- Winnicott DW (1965) The maturational processes and the facilitating environment. Studies in the theory of emotional development. zit. n. Thomä H, Kächele H (Hrsg) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie Bd 1. Springer, Berlin Heidelberg, S 50
- Wolf G (@@@) Abschlußarbeit, Hochschule für Musik, Wien

Wurm W (1982) Psychotherapie als soziale Kontrolle. Beltz, Weinheim

Yasargil MG (1962) Über die Musiktherapie im Orient und Okzident. Schw Arch Neurol
Neurochir Psychiat 90:301-326

10 ANHANG

10.1 Fragebögen

10.2 Tabellen

10.3 Mitwirkende

10.1 Fragebögen

FRAGEBOGEN**ZUR EINSTUFUNG MUSIKTHERAPEUTISCHER VIDEOAUFZEICHNUNGEN****Hinweis für die Rater**

In dem folgenden Fragebogen werden Sie gebeten, Stellung zu verschiedenen Fragen zu nehmen, die sich auf Ausschnitte aus Videoaufzeichnungen einer Einzelmusiktherapie beziehen. Die Fragen sind teilweise zum Ankreuzen, teilweise offen gestellt, so daß Sie selbst Inhalt und Umfang der Antwort bestimmen können. Bitte lassen Sie keine Frage aus und entscheiden Sie sich bei vorgegebenen Antworten auf jeden Fall für eine der Alternativen, auch wenn Sie nicht ganz zutreffen sollte. Sollte Ihnen bei den offenen Fragen die Antwort schwerfallen oder sogar unmöglich sein, so notieren Sie auf jeden Fall, warum dies so ist.

TEIL I DES FRAGEBOGENS

Diesen Teil füllen Sie bitte nach jeder vorgeführten Szene aus. Bitte beachten Sie: Es geht uns um Ihre persönliche Einschätzung, ein "richtig" oder "falsch" gibt es hier nicht.

1. Bitte beurteilen Sie, ob und in welchem Ausmaß nachstehende Adjektive auf das Spiel des Patienten zutreffen! Antworten Sie dabei möglichst spontan und nutzen Sie die ganze Breite der vorgezeichneten Skala, um Ihre Antwort abzustufen und zwischen den verschiedenen Adjektiven zu differenzieren (Markierung bitte deutlich mit einem Kreuz auf der vorgegebenen Linie)

	trifft nicht zu	trifft zu
bekommen	-----	-----
wütend	-----	-----
froh	-----	-----
wehmütig	-----	-----
ausgeglichen	-----	-----
traurig	-----	-----
ängstlich	-----	-----
gelöst	-----	-----
mutlos	-----	-----
friedlich	-----	-----
hilflos	-----	-----
offen	-----	-----
selbstsicher	-----	-----
verärgert	-----	-----
beschwingt	-----	-----
verstört	-----	-----
ratlos	-----	-----
kontaktfreudig	-----	-----
aggressiv	-----	-----
zaghaf	-----	-----
abgekapselt	-----	-----
unbekümmert	-----	-----
bedroht	-----	-----
starr	-----	-----
überlegt	-----	-----
einladend	-----	-----

Sonstige:

2. Welche Stimmungslage kommt im Spiel des Patienten zum Ausdruck?

3. Bitte beurteilen Sie nun, ob und in welchem Ausmaß nachstehende Adjektive auf das Spiel des Therapeuten zutreffen! Denken Sie auch hier nicht lange über ein Wort nach, sondern geben Sie die Antwort, die Ihnen unmittelbar in den Sinn kommt (Markierung bitte deutlich mit einem Kreuz auf der vorgegebenen Linie)

trifft nicht zu	trifft zu
beklommen wütend froh wehmütig ausgeglichen traurig ängstlich gelöst mutlos friedlich hilflos offen selbstsicher verärgert beschwingt verstört ratlos	<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>

kontaktfreudig
 aggressiv
 zaghaft
 abgekapselt
 unbekümmert
 bedroht
 starr
 überlegt
 einladend
 Sonstige:

4. Welche Stimmungslage kommt im Spiel des Therapeuten zum Ausdruck?

5. Was fällt Ihnen an dem Patienten auf?

6. Können Sie Wünsche und Bedürfnisse des Patienten wahrnehmen?

(bitte ankreuzen)

JaNein

Der Patient möchte

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| seine Unabhängigkeit und Autonomie behaupten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| dominieren; seinen Willen durchsetzen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| über die Dominanz des Therapeuten hinwegkommen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| die Zuneigung oder Aufmerksamkeit des Therapeuten gewinnen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| sich unterwerfen; nachgeben; passiv sein | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| dem Therapeuten nahe sein | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| den Therapeuten nicht verletzen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hilfe und Schutz von dem Therapeuten gewinnen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| dem Therapeuten weh tun; Wut, Feindseligkeit,
Abneigung ausdrücken können; sich wehren | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| sich unter Kontrolle haben | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

7. Können Sie Reaktionen des Therapeuten auf diese Wünsche wahrnehmen?

(bitte ankreuzen)

Ja Nein

Der Therapeut reagiert

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| dominierend, kontrollierend, sich einmischend,
einschüchternd oder eindringend | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| unfair, ausnutzend | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| abwehrend, ärgerlich, feindselig | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| aggressiv | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| kritisch, mißbilligend | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| gedankenlos, unsensibel | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| unkooperativ, ungefällig | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| zurückgezogen, unnahbar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| nicht herzlich | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| verständnislos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| abhängig von dem Patienten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| verletzt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| unterstützend, bestärkend | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| besorgt, interessiert | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| aufrichtig, offen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Der Therapeut

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| behandelt den Patienten fair, mit Respekt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| akzeptiert den Patienten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

8. Bitte beurteilen Sie nun die musikalische Interaktion anhand der folgenden Begriffe. Nützen Sie wiederum möglichst das gesamte Spektrum der vorgezeichneten Skala.

trifft nicht zu

trifft zu

ergänzend	-----
harmonisch	-----
gemeinsam	-----
zugewandt	-----
isoliert	-----
einig	-----
verschmolzen	-----
getrennt	-----
gegenläufig	-----
zerrissen	-----
in Kontakt	-----
entspannt	-----
nebeneinander	-----
zusammen-	-----
schwingend	-----
Sonstige:	-----
_____	-----
_____	-----
_____	-----

9. Interaktionen können unter anderem als konkordant (übereinstimmend), komplementär (sich ergänzend) oder diskordant (nicht übereinstimmend, nicht ergänzend) beschrieben werden. Ist die Therapeut-Patienten-Beziehung überwiegend

konkordant?

komplementär?

diskordant?

(bitte ankreuzen)

10. Versetzen Sie sich in die Rolle des Therapeuten und stellen Sie sich vor, Sie würden mit dem Patienten arbeiten. Was hätten Sie gemacht?

TEIL II DES FRAGEBOGENS

Dieser Teil ist für die Gesamtheit aller Szenen und der Therapeut-Patienten-Beziehung zu beantworten.

1. Charakterisieren Sie Ihren Eindruck von der Persönlichkeit des Patienten:

2. Wo liegt Ihrer Meinung nach die Hauptproblematik des Patienten und wie kommt diese zum Ausdruck?

3. Wo liegen die technischen Probleme des Therapeuten?

10.2 Tabellen

1	Adjektive für P und T, Szenen 1-5	1)
2	Adjektive für P und T, Szenen 6-8	
3	Interaktion, Szenen 1-5	2)
4	Interaktion, Szenen 6-8	2)
3/4	Interaktion, Szenen 6-8	2)
5	Adjektive für P, Szenen 1-5. Getrennt nach 3 Ratergruppen ¹⁾	
6	Adjektive für T, Szenen 1-5. Getrennt nach 3 Ratergruppen ¹⁾	
7	Interaktion, Szenen 1-5. Getrennt nach 3 Ratergruppen	2)
8	Adjektive für P, Szenen 6-8. Getrennt nach 3 Ratergruppen ¹⁾	
9	Adjektive für T, Szenen 6-8. Getrennt nach 3 Ratergruppen	
10	Interaktion, Szenen 6-8. Getrennt nach 3 Ratergruppen	2)
A1	Adjektive für P und T, alle Szenen	1)
A2	Adjektive für P und T, Szenen 1-5	3)
A3	Adjektive für P und T, Szenen 1-5	4)
A4	Wünsche und Bedürfnisse des Patienten	
A5	Reaktionen des Therapeuten auf die Wünsche und Bedürfnisse	
S1	Adjektive für P, Szenen 1-5	1) 5)
S2	Adjektive für T, Szenen 1-5	1) 5)
S3	Adjektive für P, Szenen 6-8	1) 5)
S4	Adjektive für T, Szenen 6-8	1) 5)
S5	Interaktion, Szenen 1-5	2) 5)
S6	Interaktion, Szenen 6-8	2) 5)

- 1) Die Adjektive in der Graphik sind nach der sinkenden Differenz der Mittelwerte für den Therapeuten und für den Patienten sortiert (T-P). Oben in der Tabelle erscheinen die "T-" und unten die "P-typischen" Adjektive.
- 2) Die Adjektive über die Interaktion sind nach der sinkenden Differenz zwischen den Mittelwerten für Szenen 6-8 und Szenen 1-5 sortiert. Unten in der Tabelle erscheinen die Adjektive, die am meisten zugenommen haben.
- 3) Nach sinkendem Mittelwert von P sortiert.
- 4) Nach sinkendem Mittelwert von T sortiert.
- 5) Darstellung der Mittelwerte und Standardabweichungen

aus Kap. 6.1.3.3 Randbemerkung zu den Tabellen: Die den Adjektiven zugehörigen Werte sind durch Linien miteinander verbunden. Wir glauben, daß diese Linien einen guten Sinn haben, gerade weil diese Adjektive eine sinnvolle Reihenfolge bilden. In der Literatur findet man häufig Linien, die willkürlich zusammengestellte Zahlenfolgen verbinden, die man mit dem Wort "Profile" bezeichnet. Dieses ist nicht unser Zugang.

Tabelle 1: Adjektive für P und T, Szenen 1-5

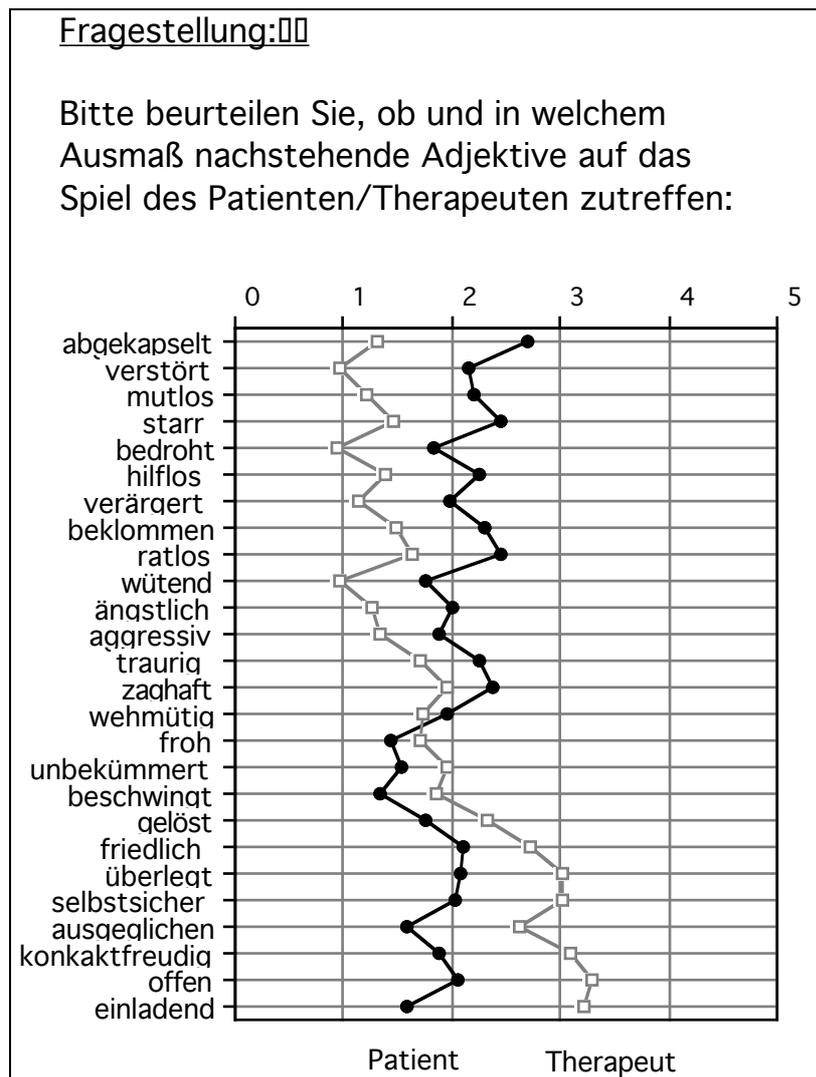


Tabelle 2: Adjektive für P und T, Szenen 6-8

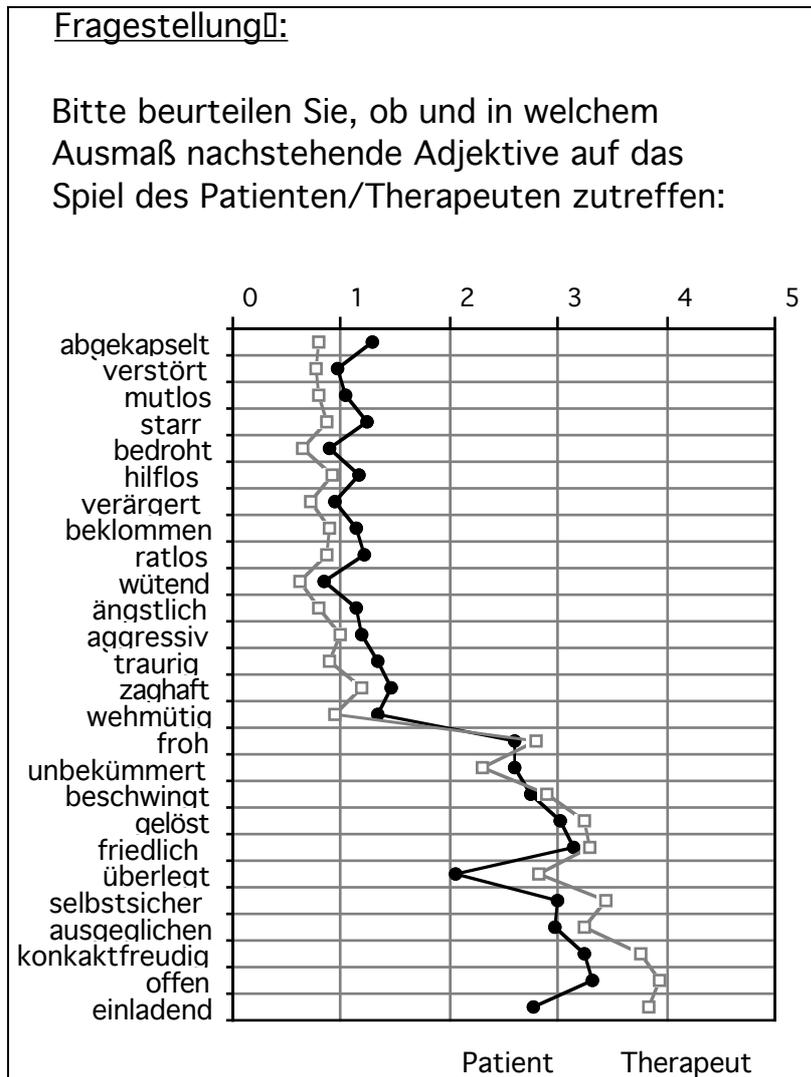


Tabelle 3: Interaktion, Szenen 1-5

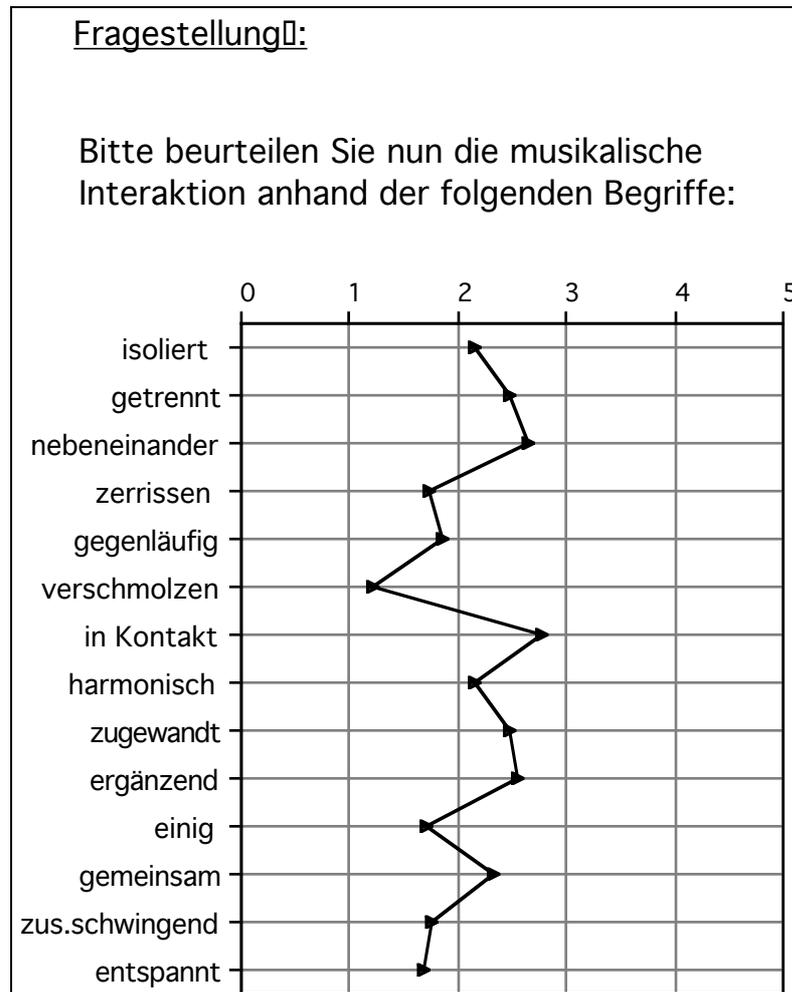


Tabelle 4: Interaktion, Szenen 6-8

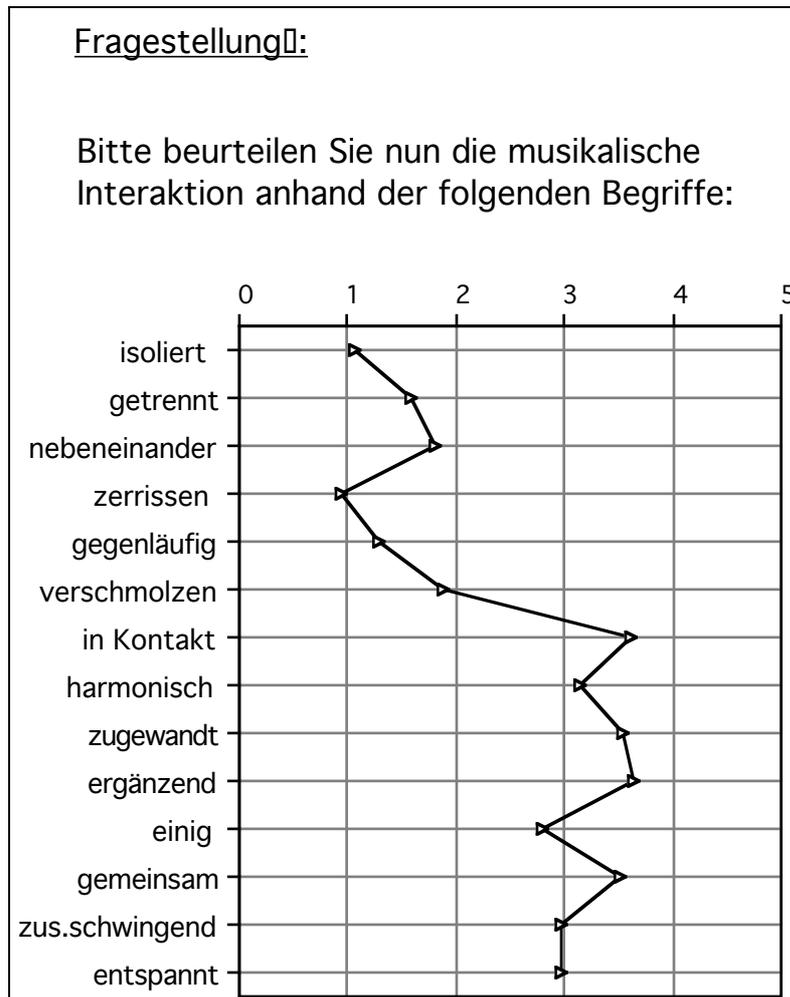


Tabelle 3/4: Interaktion, Szenen 6-8

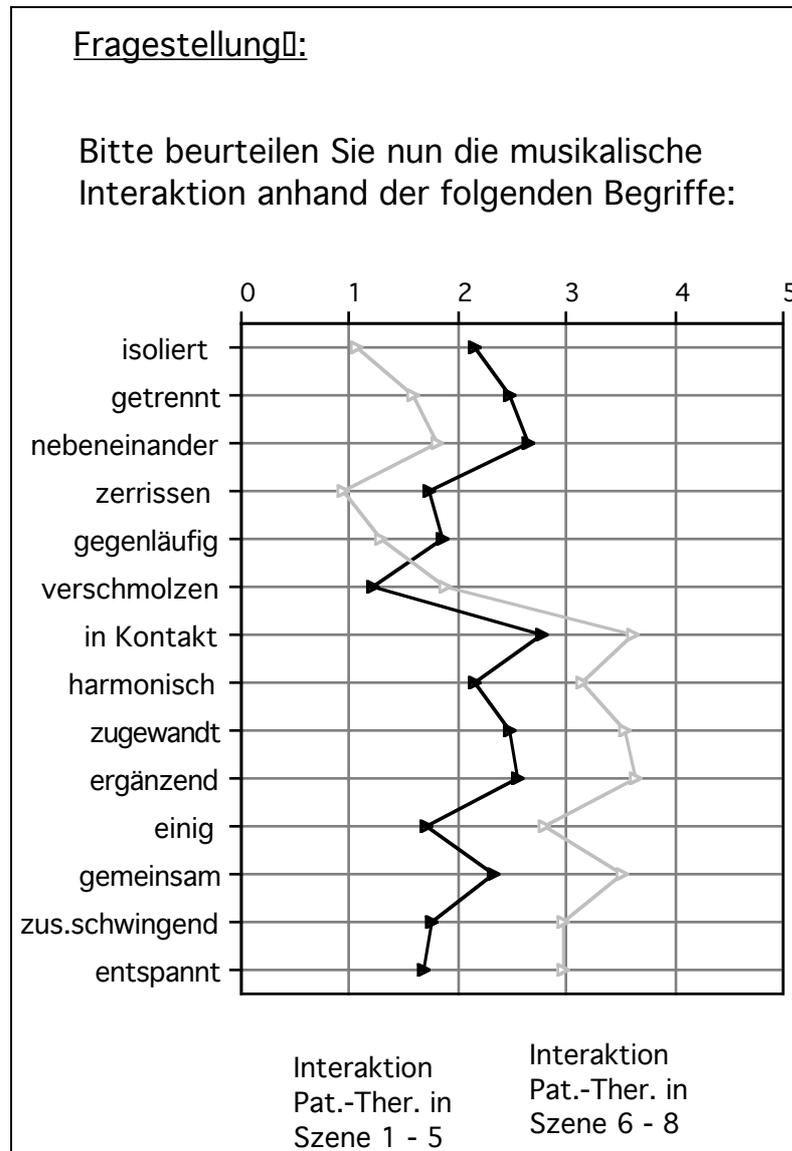


Tabelle 5: Adjektive für P, Szenen 1-5; aufgetrennt nach den 3 Ratergruppen

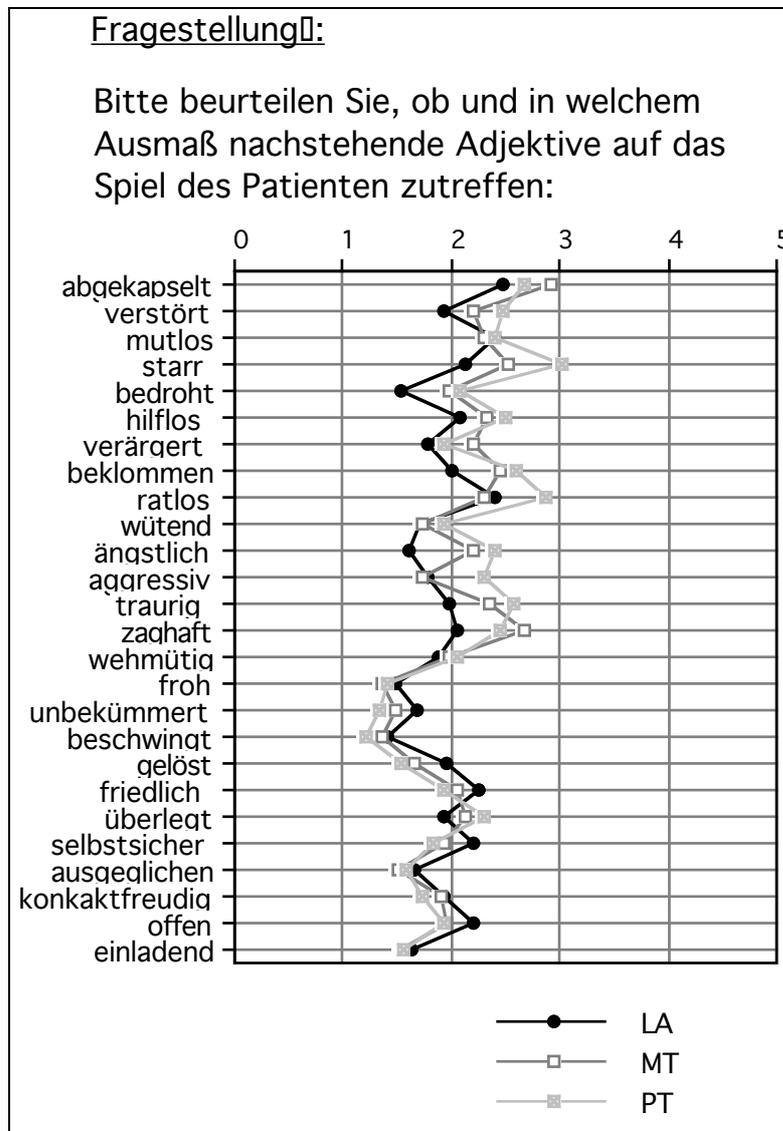


Tabelle 6: Adjektive für T, Szenen 1-5; aufgetrennt nach den 3 Ratergruppen

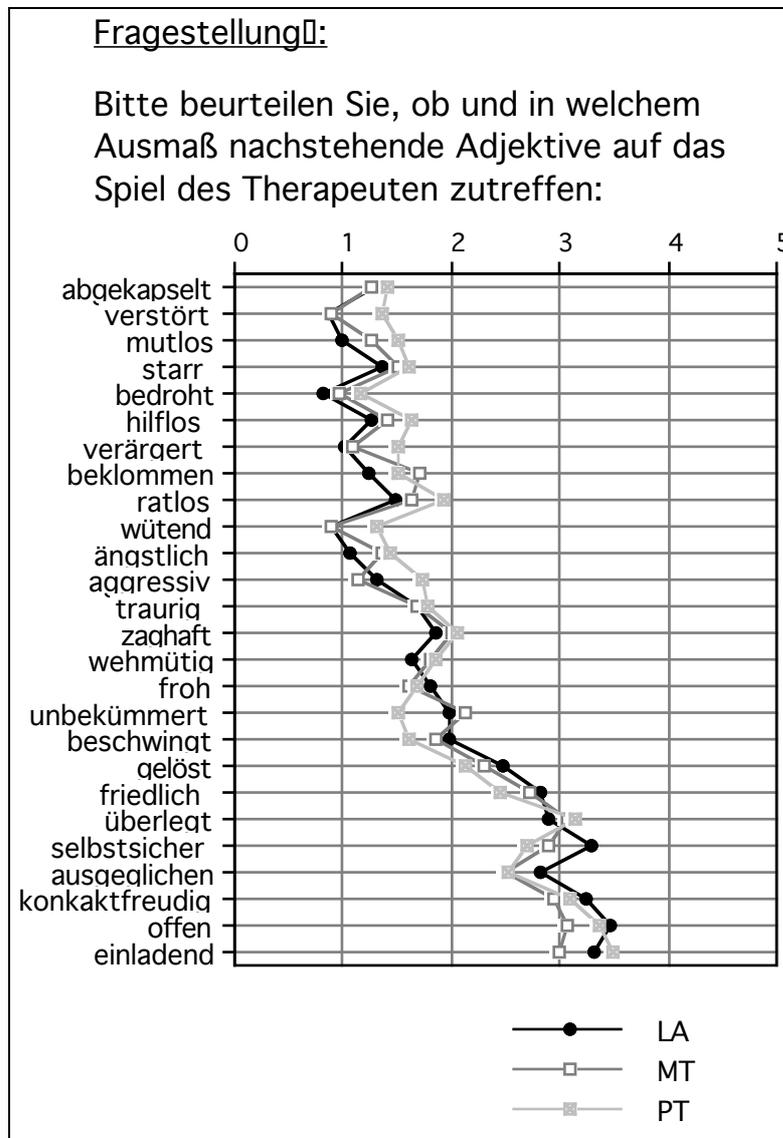


Tabelle 7: Interaktion, Szenen 1-5; aufgetrennt nach den 3 Ratergruppen

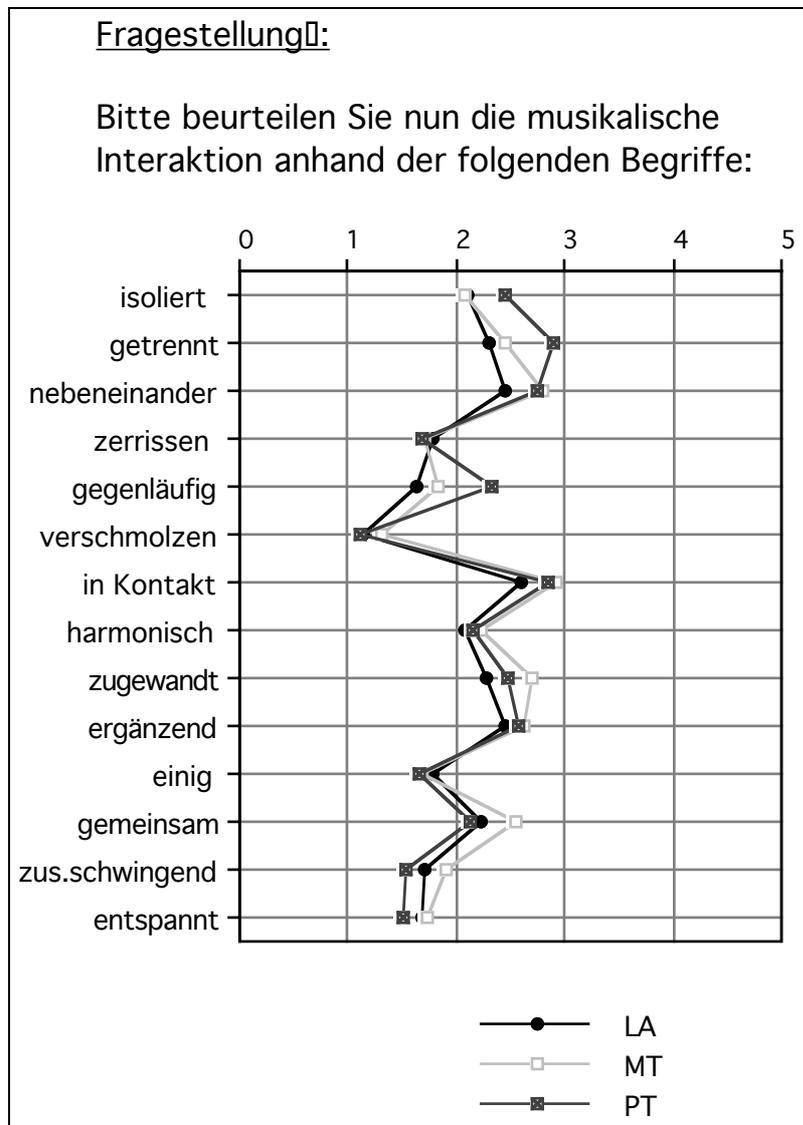


Tabelle 8: Adjektive für P, Szenen 6-8; aufgetrennt nach den 3 Ratergruppen

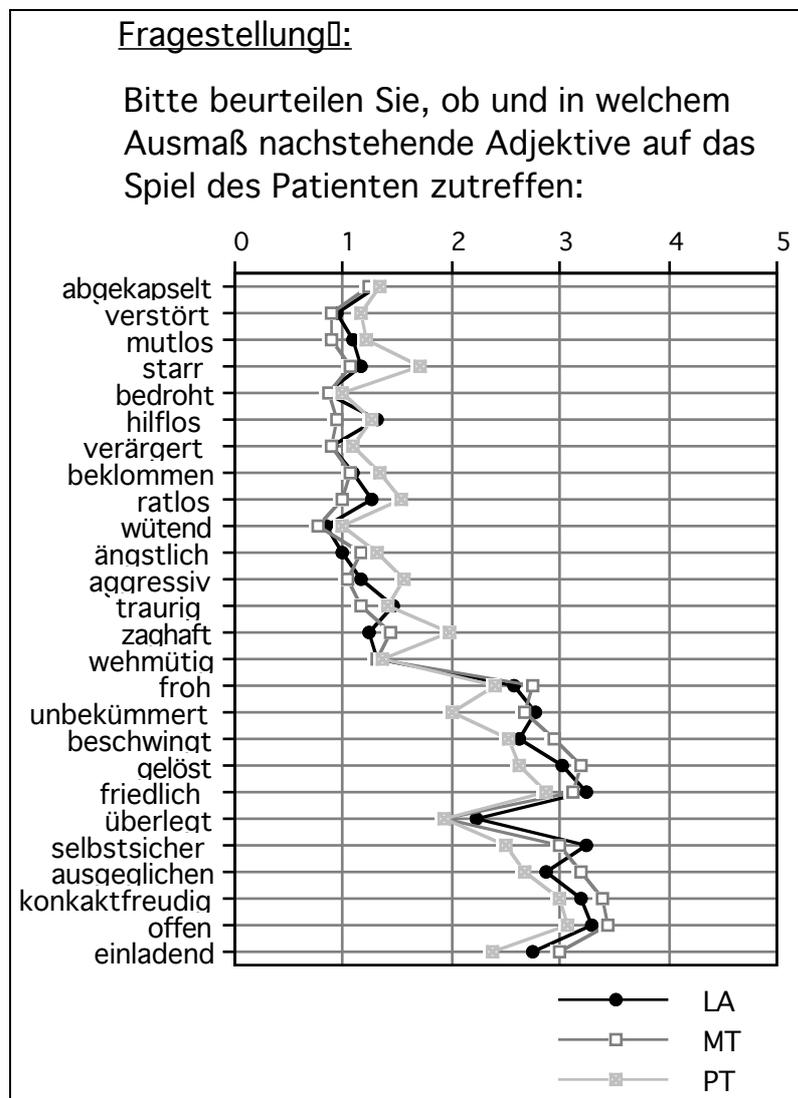


Tabelle 9: Adjektive für T, Szenen 6-8; aufgetrennt nach den 3 Ratergruppen

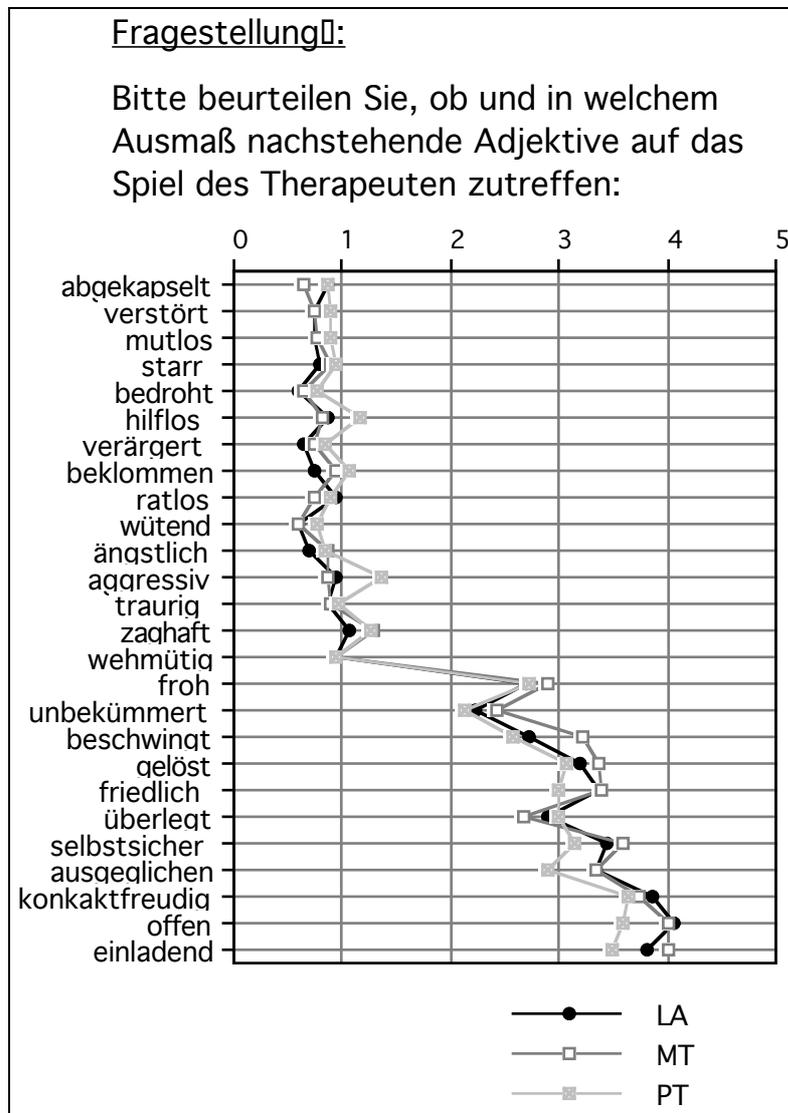


Tabelle 10: Interaktion, Szenen 6-8; aufgetrennt nach den 3 Ratergruppen

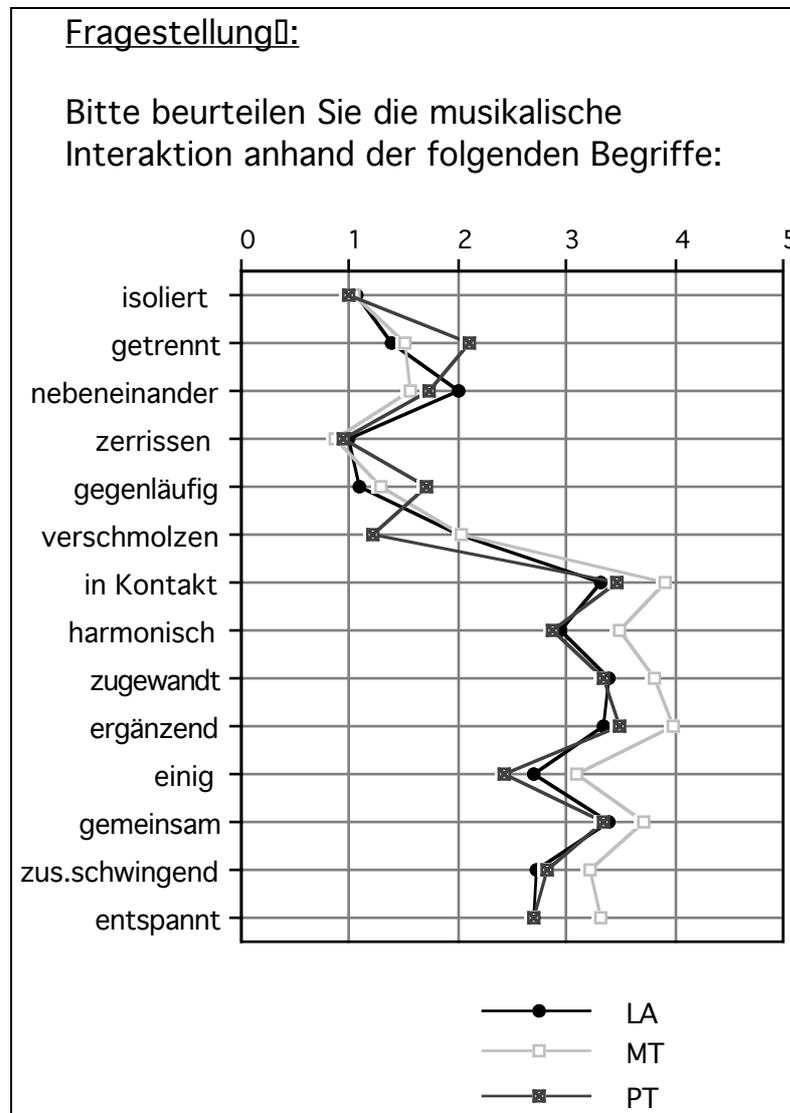


Tabelle A1: Adjektive für P und T, alle Szenen

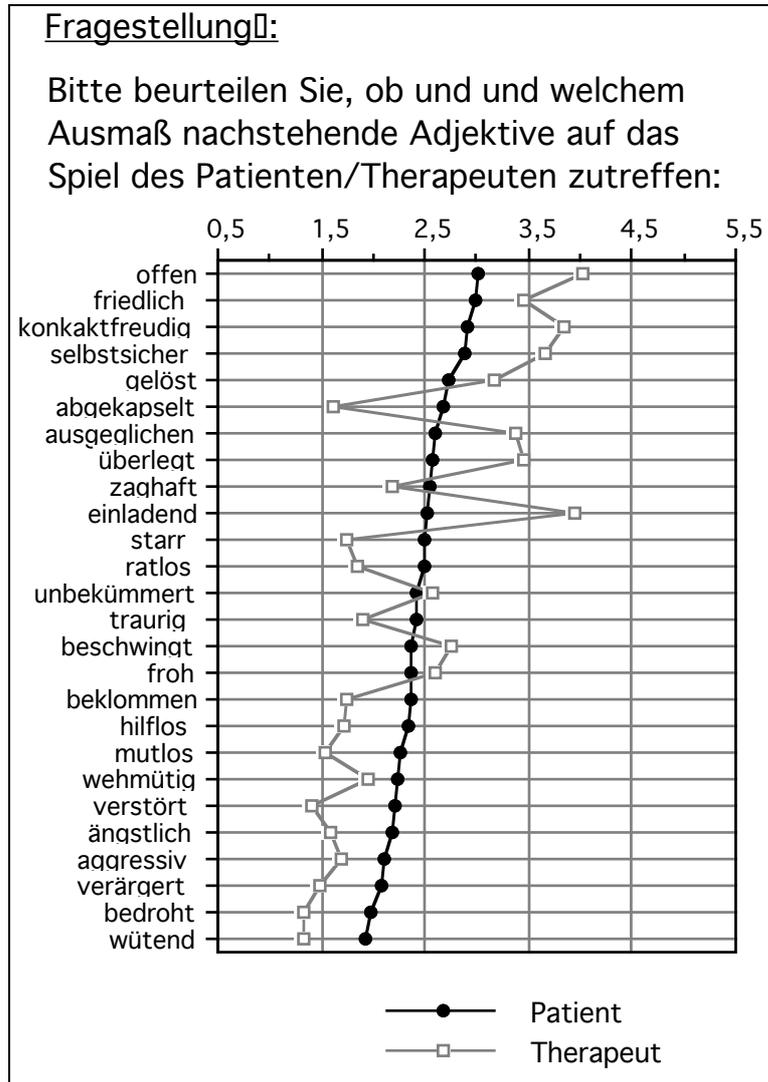


Tabelle A2: Adjektive für P und T, Szenen 1-5

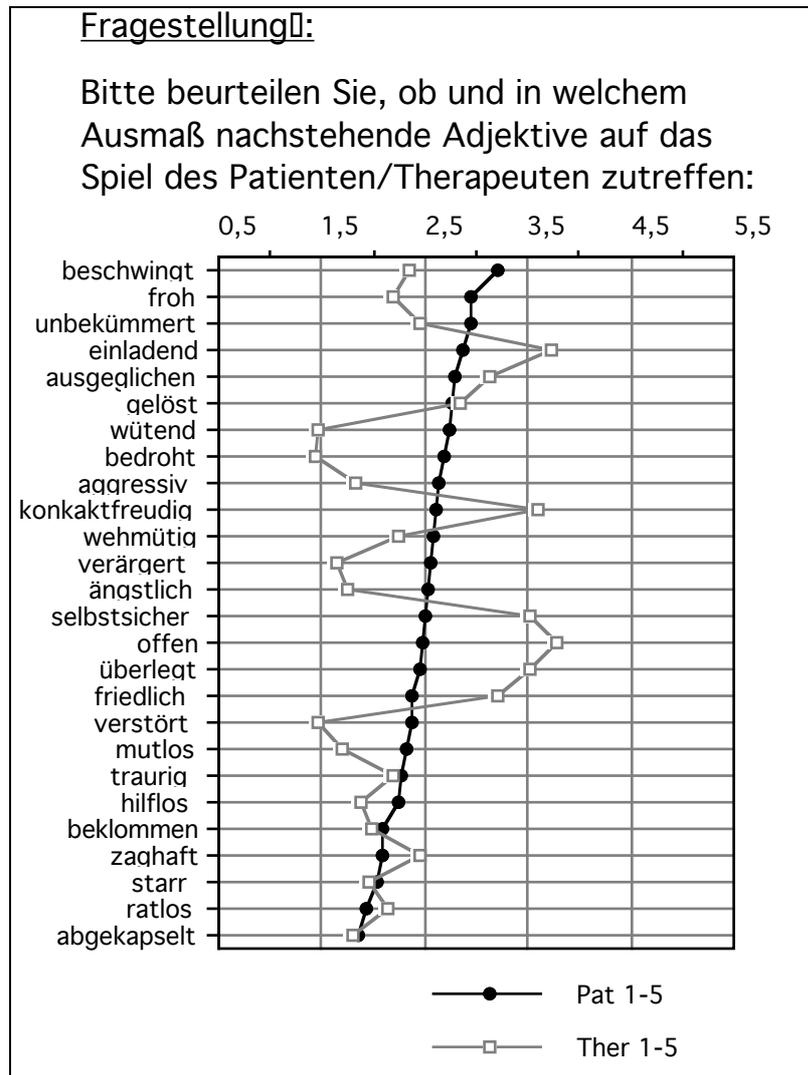


Tabelle A3: Adjektive für P und T, Szenen 1-5

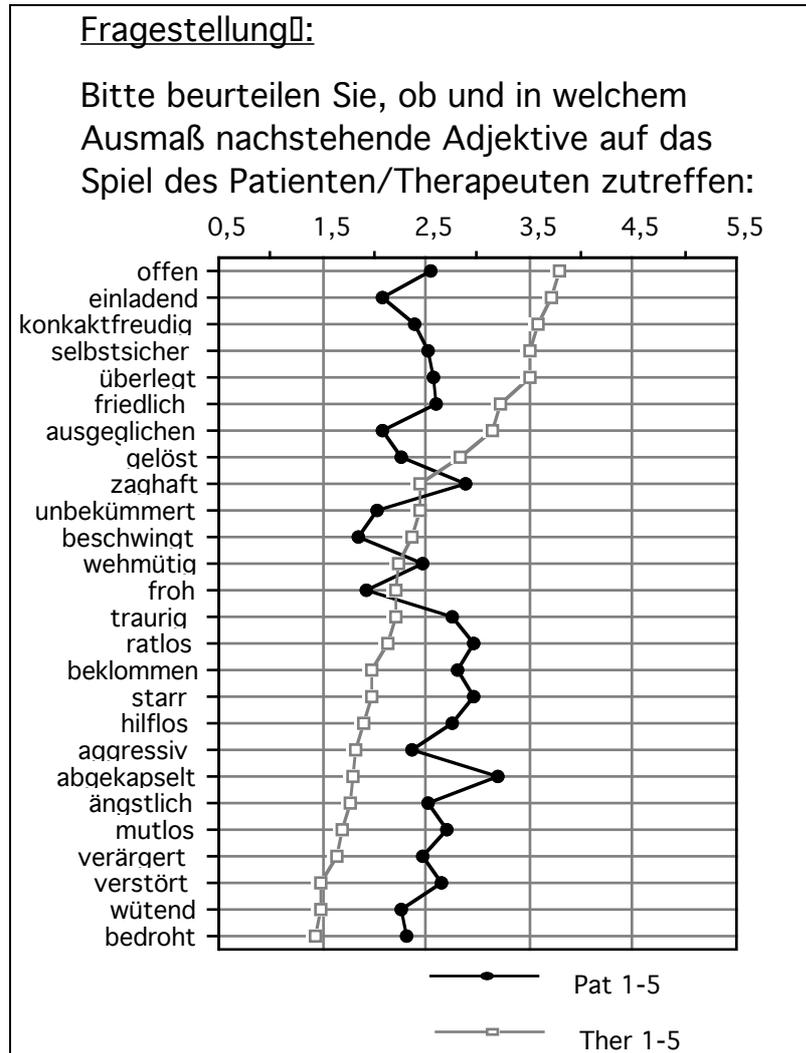


Tabelle A4: Wünsche und Bedürfnisse des Patienten

Rangfolge	Der Patient möchte	"Ja"-Nennungen	100% = 397 Ratings
1	sich unter Kontrolle haben	258	65,0%
2	seine Unabhängigkeit und Autonomie behaupten	248	62,5%
3	die Zuneigung oder Aufmerksamkeit des Therapeuten gewinnen	223	56,2%
4	den Therapeuten nicht verletzen	190	47,8%
5	dem Therapeuten nahe sein	186	46,8%
6	über die Dominanz des Therapeuten hinwegkommen	160	40,3%
7	dem Therapeuten gefallen	152	38,3%
8	Hilfe und Schutz von dem Tehrapeuten gewinnen	140	35,3%
9	dominieren; seinen Willen durchsetzen	130	32,8%
10	dem Therapeuten wehtun; Wut, Feindschaft, Ablehnung ausdrücken können; sich wehren	71	17,9%
11	sich unterwerfen; nachgeben; passiv sein	66	16,6%

Tabelle A5: Reaktionen des Therapeuten auf die Wünsche und Bedürfnisse des Patienten

Rangfolge	Der Therapeut reagiert	"Ja"-Nennungen	100% = 397 Ratings
1	behandelt den Patienten fair, mit Respekt	366	92,2%
2	akzeptiert den Patienten	359	90,4%
3	aufrichtig, offen	336	84,6%
4	besorgt, interessiert	309	77,8%
5	unterstützend, bestärkend	293	73,8%
6	abhängig von Patienten	246	62,0%
7	nicht herzlich	79	19,9%
8	dominierend, kontrollierend, sich einmischend, einschüchternd oder eindringlich	76	19,1%
9	aggressiv	48	12,1%
10	unkooperativ, ungefällig	40	10,1%
11	kritisch, mißbilligend; gedankenlos, unsensibel	37	9,3%
12	verständnislos	27	6,8%
13	verletzt	19	4,7%
14	abwehrend, ärgerlich, feindselig	15	3,7%
15	unfair, ausnutzend	9	2,3%

Tabelle S1: Adjektive für P, Szenen 1-5; Mittelwerte und Standardabweichungen bei fünfzig Ratern

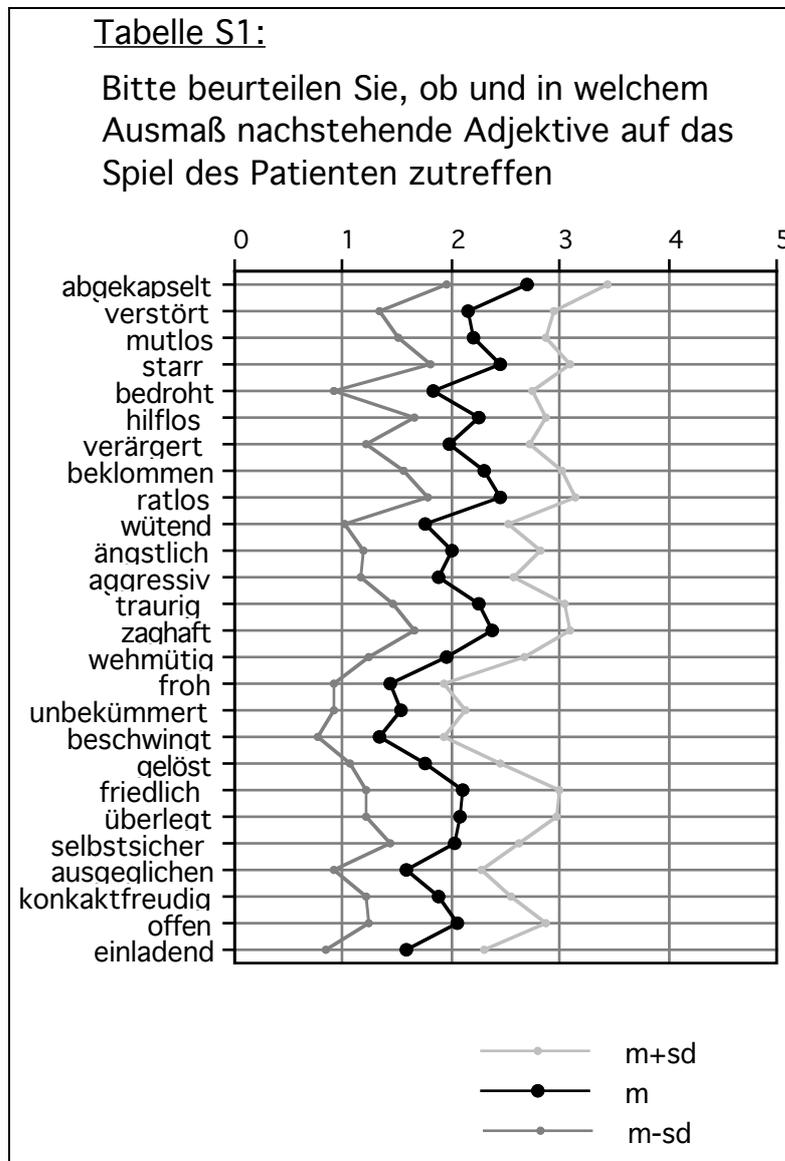


Tabelle S2: Adjektive für T, Szenen 1-5; Mittelwerte und Standardabweichungen bei fünfzig Ratern

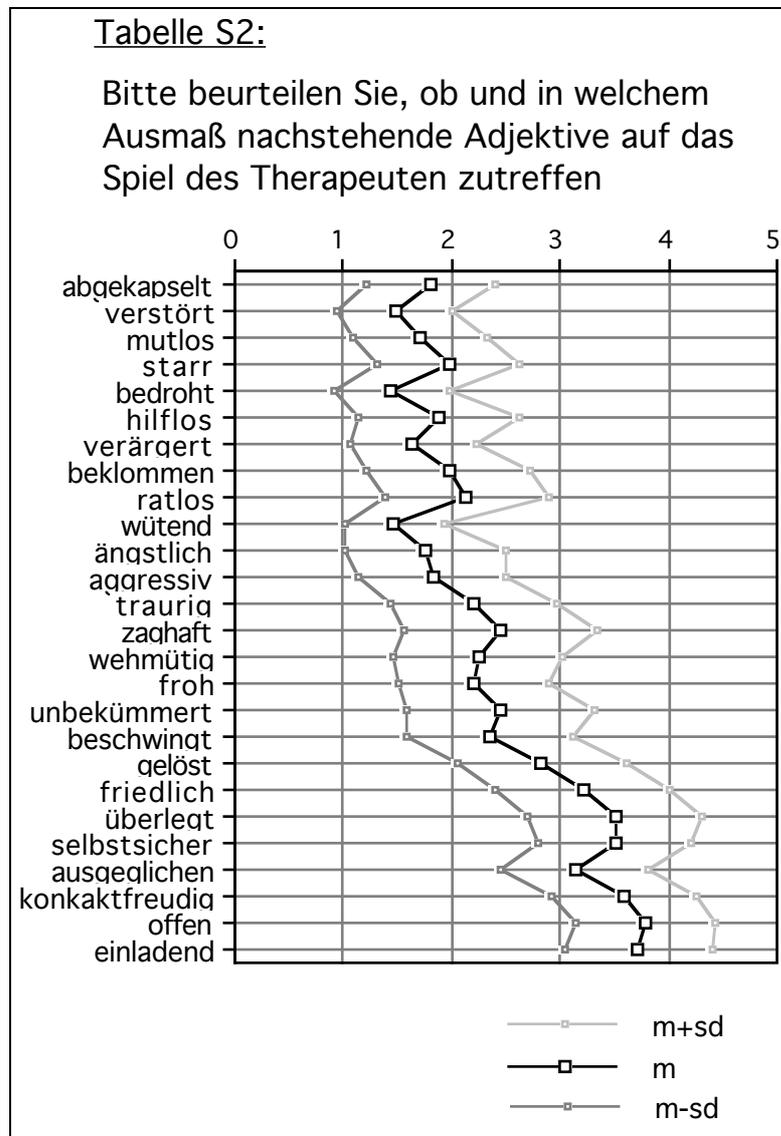


Tabelle S3: Adjektive für P, Szenen 6-8; Mittelwerte und Standardabweichungen bei fünfzig Ratern

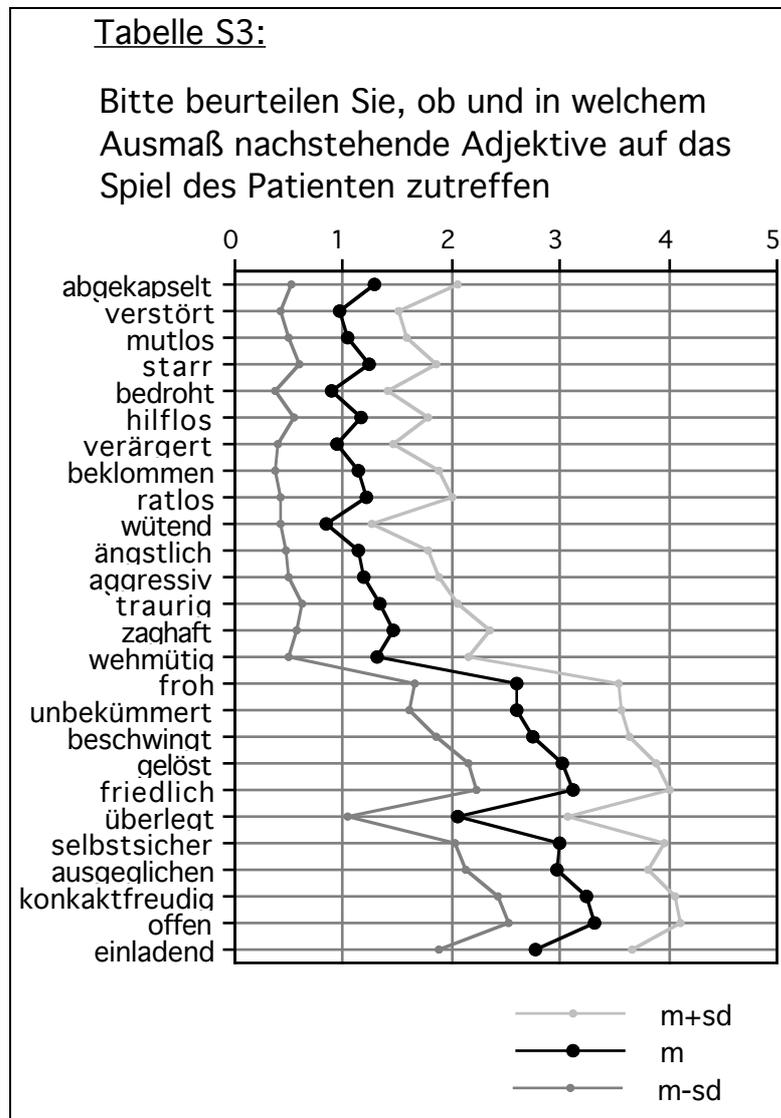


Tabelle S4: Adjektive für T, Szenen 6-8; Mittelwerte und Standardabweichungen bei fünfzig Ratern

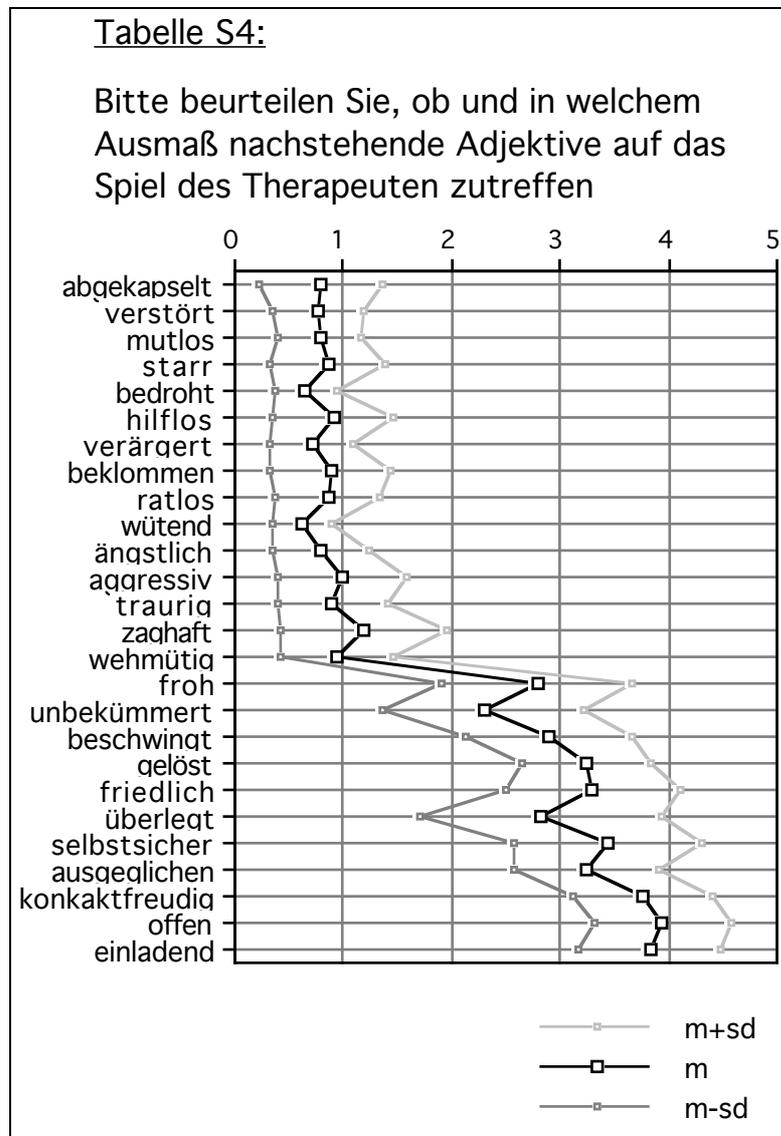


Tabelle S5: Interaktion, Szenen 1-5; Mittelwerte und Standardabweichungen bei fünfzig Ratern

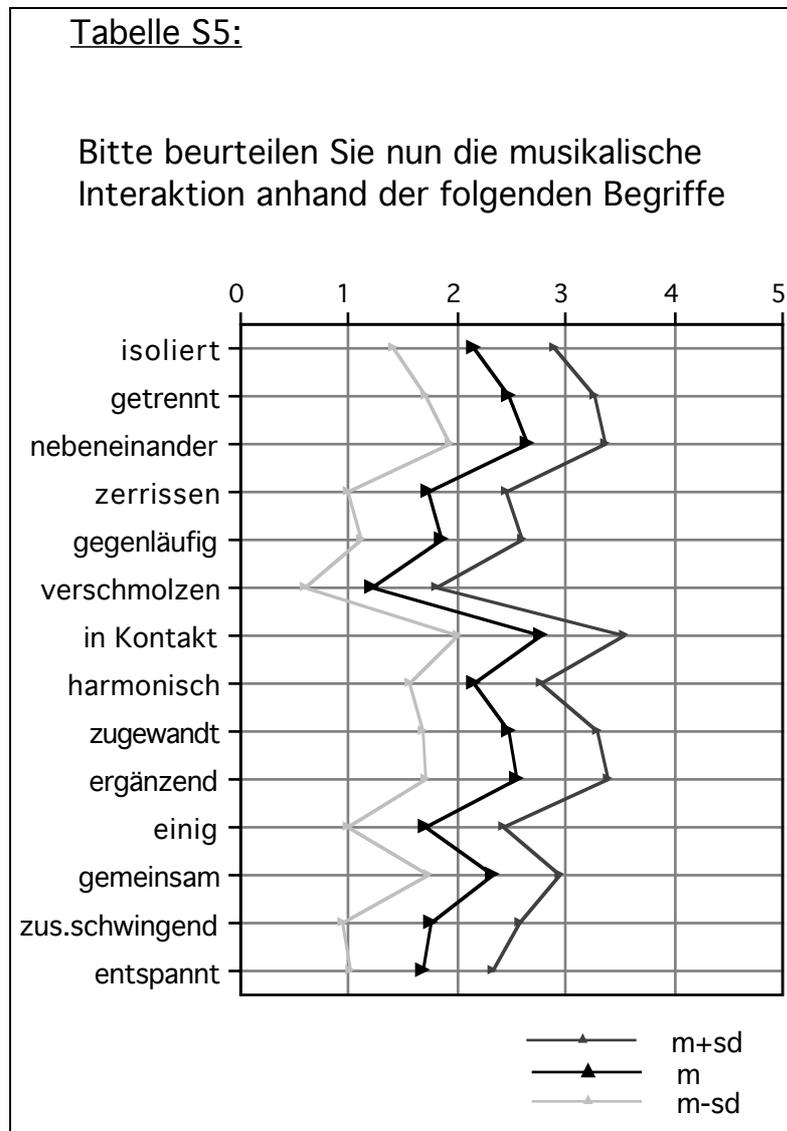
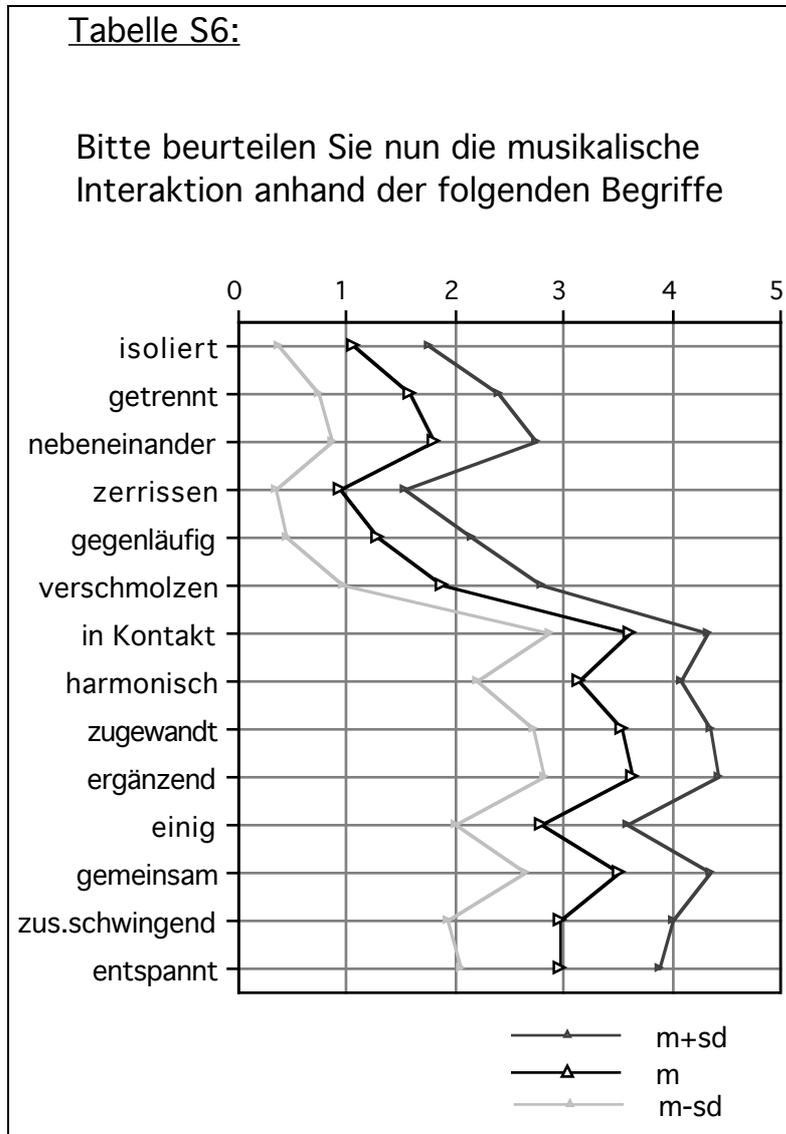


Tabelle S6: Interaktion, Szenen 6-8; Mittelwerte und Standardabweichungen bei fünfzig Ratern



10.3 Mitwirkende

Mpaglama

Philippos Vanger

Geboren in Athen; Psychologiestudium in Montreal, Kanada; promoviert in Psychologie (Thema 'Interaktives Verhalten depressiver Patienten') an der University of London, U.K.; Forschungsarbeiten über Ausdrucksverhalten von psychisch gestörten Menschen im Max-Planck- Institut für Psychiatrie, München; Forschungsstipendium an der Sorbonne, Paris; Klinische Tätigkeit an der Psychiatrie in Athen; seit 89 an der Forschungsstelle für Psychotherapie in Stuttgart mit Schwerpunkt 'Interaktionsforschung in der Psychotherapie'; von 90 bis 92 auch tätig an der Psychotherapeutischen Ambulanz der Universität Ulm.

Bass & Rhythm-guitar

Stefan Schmidt:

Studium der Psychologie in Osnabrück und Konstanz 80-86; Selbsterfahrung in analytischer Psychologie und Musiktherapie; kompositorische und konzertante Tätigkeit im In und Ausland seit 86; zwei Schallplattenveröffentlichungen; Mitarbeit im Projekt "Musik in Prävention und Therapie" an der Abteilung Anthropologie und Wissenschaftsforschung der Universität Ulm 88-89; zusammen mit D. Czogalik und H. Kächele Vorbereitung eines DFG-Projektes zum freien musiktherapeutischen Dialog bei depressiven Patienten; von 90 bis 93 wiss. Angestellter an der Abteilung Psychotherapie.

Blues Harp

Dan Pokorny:

Studium der Mathematik an der Karls-Universität in Prag 69-75; wiss. Assistent am Zentrum für Biomathematik der tschechoslowakischen Akademie der Wissenschaften 75-82; Leiter der Mathematischen Abteilung am Psychiatrischen Forschungsinstitut in Prag 82-87; Mitarbeiter der Abteilung Psychotherapie Universität Ulm ab 88.

Cello

Helmut Baitsch:

Med. Staatsexamen 50; Promotion Dr. med. 51; Promotion Dr. rer. nat in München; Privatdozent für Anthropologie und Hu-

mangenetik an der Universität München 58-61; Professor für Humangenetik und Anthropologie an der Universität Freiburg; zugleich Direktor des Instituts für Humangenetik und Anthropologie der Universität Freiburg 61-70; Rektor der Universität Freiburg 66-68; Vorsitzender der Landesrektorenkonferenz Baden-Württemberg 68/69 sowie 73-75; Aufbau der Sonderforschungsbereiche in der Deutschen Forschungsgemeinschaft 68-70; seit 70 Professor für Anthropologie an der Universität Ulm; ab 75 Leiter der Abteilung Anthropologie und Wissenschaftsforschung an der Universität Ulm; seit 90 Emeritus derselben.

Drums

Dietmar Czogalik:

Flute

Nicola Scheytt:

Studium der Musiktherapie an der Hochschule für Musik und darstellende Kunst in Wien 78-81; Musiktherapeutin in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität GHS Essen 82-85; Studium der Psychologie in Düsseldorf und Tübingen 84-90; parallel dazu musiktherapeutische Arbeit mit verhaltensauffälligen und behinderten Kindern in der Musikschule Tübingen 86-90 und Mitarbeit im Projekt "Musik in Prävention und Therapie" (Schwerpunkt Supervision) an der Abteilung Anthropologie und Wissenschaftsforschung der Universität Ulm 86-90; wiss. Assistentin und Musiktherapeutin an der Abteilung Psychotherapie der Universität Ulm seit 90.

Keyboard

Mac Intosh:

entwickelt von Steve Jobs in San Francisco 80-83, vertrieben von der Fa. Apple; zum erstenmal in Deutschland gesichtet bei der Produktentwicklung Roericht 84; Implementierung an der Abteilung Psychotherapie 85; Mitarbeit im Projekt von Anfang an.

Piano

Susanne Bauer:

Studium der Musiktherapie an der Hochschule für Musik und darstellende Kunst in Wien 77-80; Mitarbeit an der Musikgruppe "Werkstatt Violetta Parra Wien". Weiterbildung in analytischer Musiktherapie bei Mary Priestley in London 10/80

– 2/81; Psychologiestudium an der Universität Rom 81-88, zwei Kinder 83 und 86; Mitarbeit im Projekt "Musik in Prävention und Therapie" an der Abteilung Anthropologie und Wissenschaftsforschung der Universität Ulm 7/88-2/90; wiss. Assistentin und Musiktherapeutin an der Abteilung Psychotherapie der Universität Ulm 90-91; Vorbereitung eines Auslands-Promotion in Chile; ab 10/91 Fortsetzung der musiktherapeutischen Tätigkeit und Aufbau einer Forschungsfeldes an der Abteilung Psychiatrie der Universidad de Chile in Santiago.

Percussion, Posaune

Horst Kächele:

Studium der Medizin in Marburg, Leeds (England) & München 63-69; Promotion zum Dr. med. 69; Weiterbildung zum Psychotherapeut und Psychoanalytiker an der Abteilung Psychotherapie der Universität Ulm 70 -75; Habilitation 76, Professur für Psychoanalytische Methodik 77; Sprecher des Sonderforschungsbereiches 129 "Psychotherapeutische Prozesse" 83-88; Lehrstuhl für Psychotherapie 90 – alles Ulm, und Ulm und Ulm; ca. 100 Veröffentlichungen zu Themen der Verlauf- und Ergebnisforschung in der Psychoanalytischen Therapie.

Vocals

Tonius Timmermann:

Studium der Pädagogik in Münster 69-75; musikpädagogische Tätigkeit im Emsland 76-78; Studium der Musiktherapie und harmonikaler Grundlagenforschung an der Hochschule für Musik und darstellende Kunst Wien 78-81; freie Tätigkeit als Musiktherapeut in München, körper- und atemtherapeutische Ausbildung bei Herta Richter 81-83; musiktherapeutische Tätigkeit an der Klinik St. Irmingard in Prien am Chiemsee 84-87; als wiss. Assistent mit Lehraufgaben an der Abteilung Anthropologie und Wissenschaftsforschung der Universität Ulm 87-90; Promotion zum Dr. rer. biol. hum im Rahmen der hier beschriebenen Studie; wiss. Assistent an der Abteilung Psychotherapie der Universität Ulm 90-91.

BigBong/Querflöte

Ulrike Oerter:

Studium zur Diplom-Musiktherapeutin an der Fachhochschule Heidelberg 87-91; wiss. Assistentin und Musiktherapeutin an der Abteilung Psychotherapie der Universität Ulm seit 1991;

Vibraphon/Nasenpfeife

Hartmut Otto:

Studium zum Diplom-Musiktherapeut an der Fachhochschule Heidelberg 87-91; wiss. Assistent und Musiktherapeut an der Abteilung Psychotherapie der Universität Ulm seit 91;

11 INDEX

Aufnahmetechnik 75

Dokumentation 73

Notation 78

 Balkenpartitur

 differenziert 81

 global 80

 graphisch 81

 Malpartitur 83

 On-Off-Muster 80

 Partituren 78

 traditionelle Notenschrift 84

 Zeitskala 79

 regelmäßig 85

 verändert 85

Notationssysteme 78

Protokoll

 affektives Spontanprotokoll 73

 Protokoll nach Video 73

Transkription 78

Videoaufzeichnungen 74

DANKSAGUNG

Die Breuninger-Stiftung Stuttgart (Förderbereich Psychoanalyse)
hat dieses Forschungsprojekt **groß**zügig unterstützt.